

**Salute per tutti:
da immigrati a cittadini**
aprire spazi... costruire traiettorie

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
Atti dell'XI Congresso Nazionale
19-21 maggio 2011

a cura di

Mario Affronti, Salvatore Geraci
Maurizio Marceca, Maria Laura Russo

Lombar Key

Questo volume degli Atti dell'XI Congresso Nazionale
della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (Palermo 19-21 maggio 2011)
è stato realizzato grazie al contributo di:

CRS – Cooperativa Roma Solidarietà

Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Via Marsala, 103 – 00185 Roma

info@simmweb.it

www.simmweb.it

ISBN 978-88-95316-35-2

© Lombar Key srl

Via D'Azeglio, 58 - 40123 Bologna

Tutti i diritti sono riservati

info@lombarkey.com

www.lombarkey.com

Prima edizione: maggio 2011

INDICE

<i>Introduzione</i>	17
<i>Presentazione</i>	
Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi... costruire traiettorie Mario Affronti	19
Il processo di riorganizzazione scientifica della SIMM Maurizio Marceca, Giovanni Baglio, Salvatore Geraci, Simona La Placa, Luisa Lenguini, Daniela Panizzut, Guglielmo Pitzalis, Graziella Sacchetti, Mario Affronti	25
Il percorso di qualità della SIMM nella formazione pre- e post-laurea in ambito socio-sanitario: un investimento strategico Maurizio Marceca, Emma Pizzini, Mario Affronti	30
<i>Lectio Magistralis</i>	
Premessa alla Lectio Magistralis del prof. Giovanni Berlinguer Salvatore Geraci e Maurizio Marceca	39
Cause sociali e implicazioni morali delle malattie Giovanni Berlinguer	41
La condizione postmoderna e le traiettorie della complessità Giovanni Baglio, Enrico Materia	51
Onorificenza al prof. Elio Guzzanti. Una pagina della storia del diritto alla tutela sanitaria per gli immigrati in Italia Salvatore Geraci	62
<i>Relazioni</i>	
Le politiche per la salute degli stranieri a livello europeo Vittorio Agnoletto	66
Politiche nazionali e locali: fruibilità per tutti o disuguaglianze? Manila Bonciani, Salvatore Geraci, Barbara Martinelli	71

Le politiche per la salute degli stranieri nelle esperienze dei GrIS Guglielmo Pitzalis	84
La tutela della salute della popolazione immigrata: il lavoro delle Regioni e Province Autonome Patrizia Carletti	88
La salute mentale dei migranti in Italia. Questioni di clinica tra servizi e territorio Giuseppe Cardamone	92
Il bambino migrante e la pediatria delle cure primarie Milena Lo Giudice	99
Analisi del rischio infortunistico tra i lavoratori immigrati in Italia Aldo Rosano, Giovanni Baglio, Michele Antonio Salvatore, Laura Cacciani, Amedeo Spagnolo	102
Malattie infettive e migrazione Issa El Hamad, Maria Chiara Pezzoli, Filippo Catelnuovo, Alberto Bergamasco, Marinetta Orobello, Alfredo Scalzini	106
I fattori genetici ed etnici nell'ipertensione arteriosa Mario Affronti	112

Abstract – Comunicazioni e Poster

Salute del bambino

Indagine epidemiologica sui fabbisogni di salute del bambino immigrato nella provincia di Agrigento (c) Galione G, Giuffrè M, La Placa S, Corsello G.	119
Migrazione e disagio psichico dall'età evolutiva all'età adulta: dati epidemiologici preliminari nel territorio milanese (c) Didoni A, Ninotti O, Mazzone R, Annovazzi P, De Micheli M, Ferrari R, La Grutta S, Lodola L, Lupieri A, Meletti V, Montagna G, Santoro A, Strik Lievers L, Tagliabue B, Bonati M, Costantino M A.	120
Progetto "Chi ben Comincia..." (p) Palazzi M, Reali C, Calderone B, Vitali P, Bertozzi N, Raineri C.	121
Salute Zingara: un'esperienza di integrazione socio-sanitaria in una comunità Rom a Reggio Emilia (p) Greci M, Canali L, Casoni C, Manfrè G, Nasi E, Fornaciari R, Verdoliva C, Caporusso M.	122
L'alimentazione complementare nel primo anno di vita nei principale gruppi etnici del territorio di RE (p) Volta A, Fabbri A, Dall'Asta I, Chiarenza A, Guennouna Z, Bonvicini L, Moscara L, Pini D.	123

Salute della donna

Gruppi post interruzione di gravidanza nel reparto di ginecologia dell'A.O. San Carlo Borromeo di Milano (c) Parravicini C, Buscaglia M, Hassibi P.	124
---	-----

Valutazione e sperimentazione di modelli organizzativi differenziali per il coinvolgimento al programma di screening cervicale dei soggetti ad alto rischio: donne immigrate (c)	125
Giordani B, Asole S, Barca A, Forcella E, Prota F, Cau N, Borgia P, Guasticchi G.	
Il percorso nascita delle donne straniere – indagine 2010 (c)	126
Lauria L, Grandolfo M, Forcella E, Spinelli A, Lamberti A, Bucciarelli M, Andreozzi S e il Gruppo di lavoro sul percorso nascita tra le donne straniere	
Ricoveri ginecologici di donne immigrate in Lombardia (p)	127
Oldrati M, Fumarola C, Marconi A M.	
Nabruka, progetto di ricerca-azione sulla prevenzione secondaria del tumore al collo dell'utero (p)	128
Barberis M, Bertuletti C, Boninsegna M C, Casadio C, De Ponti L, Pendezzini A, Sacco R.	
M to F, more difference than before. Uno spazio dedicato (p)	129
Manghi M, Crotti C, Danini L, Gemmi G, Sparano M.	
Lingue e Linguaggi della prevenzione (p)	130
Manca M C.	
L'offerta attiva nella prevenzione dell'IVG e oncologica, rivolta alla donna immigrata: i risultati di una esperienza, nella AUSL di Bologna (p)	131
Lesi G, Mazzoni F, Garavini C M.	
Prevenzione IVG Donne Migranti (p)	132
Scassellati G, Bulcu M, Monami L, Angelucci M A.	
Il "Forum sulla salute delle donne italiane e migranti": un'esperienza dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini (p)	133
Cossutta M, Scassellati G, Angelucci A, Bulcu M, Monami L, Saravia P.	
Centro di Riferimento regione Lazio per MGF (p)	134
Scassellati G, Angelucci A.	
Assistenza alla gravidanza donne straniere (p)	135
Scassellati G, Bulcu M.	
Il percorso nascita tra le donne immigrate (p)	136
Mondo L, Rusciani R, Costa G, Nugara R.	
Dall'analisi dei dati di ricovero nel decennale dell'Osservatorio per la multietnicità della Lombardia nuovi impulsi alla ricerca (p)	137
Pullini A, Carrillo D, Pasini N.	
Indagine sui percorsi ivg donne rumene e sul razzismo istituzionale presso ASL To03 (p)	138
Sartori M, Salvano P, Peitone I, Ostuni P, Igescu E, Fossarello L, Ivanov V	

Salute del lavoratore

Dinamiche sociali e migratorie nel post-sisma aquilano (c)	139
Petrei F, Petrei Fr.	

Il disagio delle “badanti” nel lavoro di cura: implicazioni assistenziali (c)	140
Bertocchi E, Chiesi I, Gradellini C, Mecugni D.	
Studio dei problemi di salute connessi all’attività lavorativa tra gli immigrati in Italia e in Spagna (p)	141
Rosano A, Salvatore M A, Ronda E, Benavides F G.	
Sicurezza sul lavoro: dall’allarme all’azione (p)	142
Baukloh A C, Dall’Asta I.	
La sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro e le differenti culture (p)	143
Baldaccini R, Tritta G, Ferrari M.	

Aspetti epidemiologici

Analisi quali-quantitativa dei determinanti sociali di salute nella popolazione migrante residente nel Comune di Molinella (c)	144
Tortoreto B, Martino A.	
Conoscere per prevenire: un progetto partecipativo per facilitare l’accesso della popolazione immigrata irregolare ai servizi di screening per Malattie a Trasmissione Sessuale (MTS) (c)	145
Ravani I, Ielpo E, Parisotto M, Grignaschi A, Bodini C, Ciccarello N, D’Antuono A.	
Diabete tipo 2 in una popolazione di immigrati a Roma: dati epidemiologici per una sfida di sanità pubblica (c)	146
Rosso A, Nosotti L, Scardella P, Piombo L, Giusti A, Maggini M, Spada R, Vignally P, Morrone A.	
Procedure di accesso al test HIV e HCV in un ambulatorio per migranti (p)	147
Villa A M, Sardella F, Rancilio L, Grassini A, Cosmaro L, Oldrini M.	
Ricerca Operativa Tubercolosi e stranieri. Studio Osservazionale prospettico (p)	148
Celmi R, Sacco V, Forcella E, Viola G, Codecasa L, El Hamad I, Salvatores M, Altieri A M, Lauria F N, Baglio G.	
L’evoluzione della mortalità degli stranieri in Italia nel periodo 1992-2008 (p)	149
Bruzzone S, Mignolli N, Maccheroni C.	
Malattia di Chagas: studio su una popolazione di immigrati da area a rischio (p)	150
Andreoni F, Angheben A, Anselmi M, Boninsegna M C, Pendezzini A, Gobbi F, Talamo M, Tais S.	
Caratteristiche clinico-epidemiologiche della malattia tubercolare in pazienti immigrati ed italiani (p)	151
Tartaglia A, Saracino A, Campanale F, Carretta A, Pagano V, Angarano G, Santantonio T.	
Infezione da epatite B tra gli immigrati a Roma: screening e valutazione clinico-epidemiologica (p)	152
Nosotti L, D’Arca T, Pajno M C, Marrone R, Uccella I, Morrone A.	
Gli stranieri senza dimora: studio delle condizioni predisponenti ad alto rischio di marginalità (p)	153
Uccella I, Pajno M C, Nosotti L, Castaldo M, Tumiatì C, Vignally P, D’Arca T, Marrone R, Calcaterra R, Fazio R, Valenzano M C, Didero D, Di Mucci M, Rosso A, Morrone A, Franco G.	

Immigrati e accesso al test HIV presso l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani di Roma. Cosa è cambiato negli anni? (p)	154
Orchi N, Navarra A, Pittalis S, De Carli G, Fusco F M, Scognamiglio P, Nurra G, Angeletti C, Girardi E, Puro V, Ippolito G.	
Caratteristiche epidemiologiche degli immigrati con infezione da HIV diagnosticata nel Lazio (p)	155
Chiaradia G, Scognamiglio P, De Carli G, Pittalis S, Gori C, D'Arrigo R, Navarra A, Brancatella R, Aviani Barbacci S, Giuliani M, Pitorri A, Grisetti S, Sampaolesi A, Corpolongo A, Puro V, Ippolito G, Orchi N, Girardi E, SENDIH Group.	
Siero-prevalenza di marcatori di infezione da virus dell'epatite B, C ed HIV in una coorte di immigrati africani a Palermo, Sicilia (p)	156
Tramuto F, Colomba G, Affronti A, Pagano S, Affronti M, Montalto G, Vitale F.	
Il ruolo dell'immigrazione nelle dinamiche dell'epidemiologia molecolare del virus HIV-1: analisi filo-geografica di varianti virali non-B in individui nativi italiani e migranti in Sicilia (p)	157
Tramuto F, Maida C M, Bonura F, Perna A M, Affronti A, Pagano S, Vitale F.	
Salute Mentale in un ambulatorio di base per migranti: valutazione epidemiologica di dieci anni di attività (p)	158
Pettorruso M, Silvestrini G, Arrivi F, Iori A, Aragona M, Colosimo F.	
Misurare la performance dei servizi sanitari in termini di disuguaglianze di salute e uso dei servizi ospedalieri per la popolazione italiana e straniera: risultati del progetto PEHRG (Poverty And Equity In Health Research Group) per la regione dell'Umbria (2005-2009) (p)	159
Giannoni M, D'Urzo E, Casucci P, Checconi O, Federici P, Ismail Z.	
Osservatorio sull'assistenza farmaceutica agli stranieri presenti in Italia (p)	160
Costa E, Andretta M.	

Aspetti clinico-assistenziali

Disuguaglianze sperimentate dai cittadini stranieri in Italia nell'accesso ai servizi sanitari (c)	161
Giannoni M.	
Il setting e la cura con i migranti nel Centro di Studi e Ricerche Devereux di Bologna (p)	162
Braca M, Tarricone I, Mencacci E, De Gregorio M, Marcacci T, Berardi D.	
Documento di consenso sulla prevenzione e cura delle Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) nel migrante (p)	163
El Hamad I, Puzzi P, Basché R, Orobello M, Bergamaschi V, Carosi G, Morrone A, Matteelli A.	
Ambulatorio di Malattie Infettive per stranieri a Bari: esperienza di due anni di attività (p)	164
Trillo G, Tartaglia A, Brindicci G, Dargenio M, Saracino A, Monno L, Angarano G.	
Il ruolo della storia migratoria nella storia dei pazienti del CSM di Bologna ovest (p)	165
Chiri L, Marcacci T, Mencacci E, Marseglia M, Tarricone I, Berardi D.	
La diagnosi precoce della malattia tubercolare negli immigrati irregolari: nuove impostazioni (p)	166
Olivani P, Codecasa L, Colucci A, Panizzut D.	

Il fenomeno migratorio dei richiedenti asilo (p)	167
Uccella I, Pajno M C, Nosotti L, Vignally P, D'Arca T, Tumiati M C, Segneri M C, Turchetti P, Irianni N, Milano F, Mazza D, Marrone R, Calcaterra R, Fazio R, Valenzano M C, Didero D, Di Mucci M, Rosso A, Morrone A, Baggi L, Franco G.	
Analisi retrospettiva dei ricoveri in regime di day hospital effettuati presso un servizio di Medicina delle Migrazioni (p)	168
Pagano S, Affronti A, Amari V, Bajardi A, Tagliavia A, Valenti M.	
Medicina di base per migranti non regolari all'interno del servizio sanitario pubblico: problematiche ed esperienza dell'Ospedale San Paolo di Milano (p)	169
Amorosi A, Colombo L, Restelli E, Lussana F, Prina E, Ferrari L, Crosignani A, Umbrello M, Kunkl A, Formenti P, Olivi L, Rosci C, Bianco E, Pugliese P, Galluccio A, Mariani C, Mozzana C, Benchenouf N.	
Dispositivi di comprensione e cura della possessione (p)	170
Forni S, Volpatti M, Santone G.	
Sviluppare le competenze per assistere l'utente immigrato: gli studenti del Corso di laurea in Infermieristica lavorano insieme ad un progetto Europeo (p)	171
Mecugni D, Gradellini C.	

Salute psico-relazionale e/o psico-sociale

Accoglienza e ascolto alle neomamme nel reparto di ostetricia di un'azienda ospedaliera di Milano (c)	172
Ronchin S, Fumarola C, Sacchetti G.	
La doppia salute - posizionarsi su una scala di "benessere" qui e lì, quali i fattori in gioco? (c)	173
Gualdieri L, Musella M, Nappi C, Russo M L.	
L'Altro e io (p)	174
Infante A, Zaghini F, Albanese C, Bartolomei M, Cappitella C, Cristini M, Ferri S, Greco M, Testa V, Transulti F, Ferrucci L, Galizio M, Visconti G.	
Il PTSD in un servizio di medicina di base per migranti (p)	175
Aragona M, Pucci D, Colosimo F, Mazzetti M, Geraci S.	
Dall'advocacy all'empowerment: quali strumenti, quali percorsi, quali strategie (p)	176
D'Angiò A.	
Condividere e valutare il proprio agire; una esperienza degli operatori dell'ambulatorio per stranieri (p)	177
Bevolo P, Holyk M, Karoui R, Nnaemeka N, Wong O, Shabani S, Shuyan S, Simoncyuk L, Gemmi M C, Sparano M, Crotti C, Sanfilippo D, Markova D, Sabattini M, Mazzieri F, Cremonese S.	
Caratteristiche comportamentali di una popolazione di giovani immigrati, ospiti presso il Centro S.P.R.A.R. di Cagliari (p)	178
Cavallini R, Deiana S, Mameli I, Antonacci G, Serra D.	
Difficoltà di vita in Italia e Psicopatologia (p)	179
Aragona M, Pucci D, Colosimo F, Mazzetti M, Maisano B, Geraci S.	

Dono del sangue e immigrazione tra pratiche di riconoscimento e cittadinanza (simbolica?) (p) Fantauzzi A.	180
A piccoli passi dentro la metodologia etnopsichiatrica: un'esperienza di presa in carico di pazienti stranieri in un ambulatorio di medicina delle migrazioni (p) Monti M C, Ferraro A M.	181
Gravidanze in migrazione: nuovi approcci di cura nell'area materno infantile (p) Vizilio S, Corbo I, Caroppo E.	182
Gruppi di incontro di donne del mondo (p) Ugolini E, Franzon G.	183
Quando le ferite sono invisibili (p) Caizzi C, Ciambellini S, Giacometto R, Maisano B, Camillo Da Silva E, Geraci S. ed equipe "Ferite Invisibili".	184
Relazione tra il livello di depressione e il sistema cognitivo delle donne latinoamericane immigrate in Italia (p) Marin L.	185
L' Etnopsichiatria: una scienza in progress (p) Monti M C, Mangiacavallo G.	186
La sindrome di Koro: una diagnosi culturalmente orientata (p) Monti M C, Vallesi Cardillo B.	187
La morte per combustione: suicidio o gesto dimostrativo? (p) Gioè S, Savi T, Mazzola C, Grillo M, Cascino F M, Milone L.	188
La cura del corpo ferito incontro con persone in cerca di dimora a Roma (p) Salvi S, Silvestrini G, Pontecorvo S, Colavita F, De Padua C, Sartori V, Civitelli G, Maisano B.	189
Diritti	
Laboratorio dei Diritti Fondamentali: il diritto alla salute e il rispetto della dignità della persona. Analisi delle criticità esistenti nelle realtà territoriali italiane alla luce della normativa e dell'elaborazione culturale europea (p) Biglino I, Forni F, Odone A, Zagrebelsky V.	190
L'accesso ai servizi sanitari per gli immigrati irregolari nell'UE 27: solidarismo o fallimento delle politiche di integrazione? (p) Rebessi E, Pasini N.	191
Il suicidio in ambiente carcerario. Diffusione del fenomeno nella popolazione carceraria extracomunitaria (p) Grillo M, Cascino F M, Murgio V, Gioè S, Savi T, Milone L.	192
Aspetti organizzativo-assistenziali	
Progetto di ricerca sanitaria finalizzata "il trapianto in ambito interculturale" (c) Shehaj B, Khairallah K, Fossarello L, Grosso M, Caserta M, Cerri R.	193

Intervento di Sanità Pubblica in un Centro di Prima Accoglienza a Roma (p) Cometto M, Capoccia M, Pelo S, Saccoccio O, Donno L, Spadea A.	194
Promozione della salute in condizioni di emergenza: percorsi sanitari per i rom degli insediamenti spontanei a Roma (p) Motta F, Ricordy A, Trevisani C.	195
Il carcere nella rete dei servizi sanitari (p) Monici L, Bonvicini F, Severi C, Zaynalabedin K, Greci M.	196
La Mediazione Interculturale Interaziendale: i risultati di oggi per progettare il domani (p) Bombardi S, Castagnotto P, Gallerani C, M'zah D, Crivceac R.	197
La cura insicura: l'ambulatorio Sokos e l'assistenza alle persone in precarie condizioni di soggiorno (p) Cacciatore F, Sagripanti R, Ciccarello N, Zendron R, Chattat R.	198
Il lavoro del Centro Devereux di Bologna con i rifugiati e i richiedenti asilo: per una memoria utile (p) Tarricone I, Mencacci E, Braca M, Nolet M, Berardi D.	199
Servizio sociale e migranti: la sfida della relazione di aiuto transculturale (p) Di Rosa R T.	200
Salute per tutti. Programmare i servizi per una sanità pubblica e multiculturale (p) Gnolfo F, De Luca S, Ercole A, Franceschini A, Iannace A, Ierardi T, Lombrici M, Orazi L, Plastino A, Rinaldi I, Santone G, Spadea A, Tarantino P, Tonetti S.	201
La Consultazione Socio-Culturale in ambito psichiatrico: valutazioni preliminari dell'esperienza nel distretto di Pianura Est (Bologna) (p) Martino A, Spigonardo V.	202
10 anni di attività (p) Guidi S, Maiolo S.	203
L'ospedale culturalmente competente (OCC) come risposta alla diversità culturale e alla centralità della persona (p) Cossutta M, Donetti D, Confaloni E.	204
Board Equità: gestione delle diversità per la riduzione delle disuguaglianze (p) Cocchi M C, Costantino R, Accorsi A, Cioni L, Taddia P, Fabbri P, Matarazzo T, De Togni A, Signani F, Cavina R, Padovani A, Girotto U, Negri D.	205
Il percorso dell'AUSL di Bologna sulla sensibilizzazione della popolazione straniera nella prevenzione del carcinoma mammario (p) Costantino R, Mato J, Saguatti G, Salimbeni S, Accorsi A.	206
Medicina delle migrazioni: la transdisciplinarietà come elemento chiave di integrazione (p) Previtera B, Bruno L.	207
Le migliori pratiche e politiche di formazione del personale sulle competenze interculturali (p) Pizzini E, Rinaldi A, Pizzuti S, Civitelli G, Pitini E, Marceca M.	208

Orientamenti metodologici per la formazione e l'aggiornamento degli operatori socio-sanitari nel campo della salute e dell'assistenza alle persone immigrate: quali strategie di implementazione? (p)	209
Pizzuti S, Pizzini E, Civitelli G, Geraci S, Lenguini L, Pitzalis G, Baglio G, Curcetti C, Righi M, Lorenzini L, Antonini M S, L'Abbate M T, Marceca M.	
Il ruolo del mediatore interculturale nel favorire percorsi di inclusione e cittadinanza a partire dall'accesso ai servizi socio sanitari (p)	211
Franzon G.	
Diritti umani negati e strategie organizzative di sanità pubblica per richiedenti/titolari di protezione internazionale (p)	212
Santone G, Gnolfo F, Bacigalupi M, Benedetti P, Bracci C, Casagrande S, Gaddini A, Geraci S, Guarino B, Jeger K, Marceca M.	
Progetto Pass-Gruppo educazione alla salute (p)	213
Fossarello L, Padovan D, Cambiano L, Salvano P, Ivanov V, Shehaj B, Grosso M, Caserta M, Cerri R.	
Migranti non in regola con il Permesso di Soggiorno e profilo sierologico per HBV, HCV, HIV e Lue (p)	214
Choroma F.	
 Interventi centrati sulle comunità	
La medicina del teatro: un palcoscenico per accoglienza e integrazione (c)	215
Corbo I, Vizilio S, Caroppo E.	
Il SSN incontra... (c)	216
Fossarello L, Grosso M, Caserta M, Cerri R.	
Uno spazio di salute dentro un percorso di cittadinanza attiva per le donne immigrate (p)	217
Gerin D, Gandolfi C, Iurman V.	
Rifugi precari: migranti forzati, precarietà abitativa ed accesso alla salute (p)	218
Barbieri A, Bassetti A, Benedetti G, Dirindelli P, Francini C, Petri R, Scarselli F, Zanchetta M.	
Cultura della prevenzione: incontri con le comunità straniere (p)	219
Monici L, Fabbri A, Bonvicini F, Kahfian Z, Guidi L, Magnani I, Mozzanica S, Poeta A, Severi C, Greci M.	
La formazione come determinante di salute: i nuovi obiettivi formativi in salute globale (p)	220
Silvestrini G, Carovillano S, Camplone I, Bodini B.	
Idee nuove, oltre il volontariato classico (p)	221
Romitelli V, Miele S, Zanzani I, Congia C, Vettarino R.	
Un approccio interdisciplinare alla complessità in salute: Mal de Chagas e migrazione (p)	222
Ciannameo A, Marta B L, Di Girolamo C, Cacciatore F, Bodini C, Bazzanini N, Parisotto M, Bisoffi F.	
Un modello per mobilitare le comunità di migranti sulla prevenzione HIV: il progetto "PRISMA 2 - Progetto di Intervento per una Strategia Modulare AIDS: gli stranieri" (p)	223
Celmi R, Sacco V, D'Amato S, Pompa M G.	

L'Europa invisibile: il lavoro di MEDU negli insediamenti spontanei dei rom rumeni a Firenze e Sesto Fiorentino (p)	224
Bassetti A, Barbieri A, Benedetti G, Caini S, Dirindelli P, Francini C, Pellecchia U, Petri R, Scarselli F, Zanchetta M.	
La pratica rituale della circoncisione maschile: valutazione di un bisogno possibile e del relativo impatto socio-sanitario in Regione Emilia Romagna (p)	225
Morandi M, Schildkraut P, Calacoci M, Choroma F, Castellani F, Iotti D, Pirazzini S, Lesi G del gruppo di studio sulle pratiche rituali del GrIS Emilia Romagna.	
La Peer education come metodologia di prevenzione dell'infezione da HIV (p)	226
Uccella I, Rosso A, Di Palma R, Fazioli C, Agnoletto V, Morrone A and the A&M group.	
Programma della Regione Lazio di formazione degli operatori socio-sanitari sull'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri (p)	227
Geraci S, Lorenzini L, Mantini V, Sestieri M.	
Artemis: Associazione e reti territoriali per la mediazione interculturale nella salute. Formazione di una rete di educatori di salute di comunità tra Firenze - Prato e Roma (p)	228
Celmi R, Confaloni E, D'Amato S, Vako A, Bombardieri C, Ruzza A, Sacco V, Sipone S.	
La salute come occasione d'incontro con la comunità cinese. Parole ed esperienze per una relazione possibile (p)	229
Maisano B, Castro Cedeno G, Listuzzi A, Geraci S.	
 <i>Allegati</i>	
Raccomandazioni finali della X Consensus Conference e Congresso della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) – Trapani, febbraio 2009	233
Documento finale del Convegno Congiunto del Gruppo di Lavoro Nazionale Bambino Immigrato e della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni – Chieti, novembre 2010	237
Documento di sintesi per un sistema socio-sanitario culturalmente competente, equo e di qualità – luglio 2010	241
Salvatore Geraci, Manila Bonciani, Barbara Martinelli	
Indicazioni metodologiche relative alla formazione degli operatori sociosanitari nel campo della salute e dell'assistenza alle persone immigrate – giugno 2010	249
Maurizio Marceca, Silvia Pizzuti, Emma Pizzini, Giulia Civitelli	
 <i>Indice per autori</i>	 255
 <i>Indice per alcune tematiche specifiche</i>	 259

*A Claudio Carosino,
socio SIMM dal 1992
e morto tragicamente una domenica di ottobre del 2010
durante una visita domiciliare.*

*Abbiamo condiviso con lui
impegno e sogni
per una medicina attenta ad ogni persona,
a qualsiasi condizione sociale
o ambito culturale appartenesse.
Per molti di noi è stato testimone
di una quotidianità professionalmente attenta
e umanamente sensibile ed impegnata.*

INTRODUZIONE

...*"io sono nella misura in cui sono responsabile dell'altro"* (Lévinas).

Ecco ciò che siamo chiamati a vivere nell'incontro con lo straniero (o, semplicemente, con l'altro) al di là della paura e al cuore della nostra identità: incontrare l'altro non significa farci un'immagine della sua situazione, ma assumerci una responsabilità [...] fino all'ardua ma arricchente sfida di una relazione asimmetrica, disinteressata e gratuita [...] occasione di umanità per tutti.

Enzo Bianchi, priore della Comunità monastica di Bose

I determinanti primari delle malattie sono prevalentemente politici e sociali, quindi i relativi rimedi devono essere anche politici e sociali. Medicina e politica non possono e non devono essere tenuti separati.

Geoffrey Rose, epidemiologo contemporaneo

Abbiamo, in apertura, voluto citare autori di appartenenze culturali e professionali diverse e lontane, accostate perchè esprimono anima e ragione della SIMM, almeno per come la viviamo noi. Questi sono gli Atti di un Congresso che scoprirete di alto profilo etico e scientifico, dove le riflessioni e le analisi si intrecciano con la passione e con l'impegno. La medicina, e le scienze sociali in genere, quando sono vissute con vicinanza all'umanità che vive e spera come l'esperienza migratoria ci insegna, non possono essere neutre.

E già dal titolo esprimiamo una scelta di campo rafforzata da poche immagini significative ed attuali: le barche di tanti naufragi o approdi obbligati; il volto dell'impegno e di dignità testimoniata; la piazza dell'indignazione e della determinazione; il bambino, cittadino auspicato e necessario; la bandiera del diritto e riferimento certo.

Tutte traiettorie percorse e da percorrere per trovare spazi, tra mare e cielo, di partecipazione, di condivisione e di impegno.

Proprio nell'impegno per la salute per tutti. Insieme: italiani e stranieri, immigrati, rifugiati, profughi, sfollati, irregolari, clandestini, rom... cittadini del mondo che vogliamo.

I soci SIMM: Mario Affronti, Salvatore Geraci, Maurizio Marceca e Maria Laura Russo

PRESENTAZIONE

Salute per tutti: da immigrati a cittadini Aprire spazi... costruire traiettorie...

Mario Affronti

Presidente Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - SIMM

Con una lettera aperta ai soci ed ai simpatizzanti della SIMM, abbiamo rappresentato l'impegno nella promozione e nella tutela della salute dei migranti così come il nuovo Consiglio di Presidenza (CdP) aveva definito. "Custodire e coltivare: queste le parole d'ordine per consolidare e riorganizzare la Società nel suo ruolo di sensibilizzazione, di *advocacy*, di *policy network* e di promozione scientifico-culturale, riproponendo lo stile e le caratteristiche della SIMM così come sono state definite nelle relazioni e nella prassi dei vari CdP e nelle Assemblee dei Soci e declinate nei principi di essenzialità e di libertà.

Coltivare competenze, motivazioni ed organizzazione per affrontare le nuove sfide che il contesto socio-politico costantemente propone nell'ambito della salute e in quello dell'accoglienza e della tutela degli immigrati, con l'auspicio di sostenere una progressiva transizione dall'*advocacy* all'*empowerment*, inteso come processo di rafforzamento delle possibilità che la singola persona e le comunità immigrate svolgano sempre di più un ruolo da protagoniste nella definizione e attuazione dei processi di promozione della salute di

cui dovrebbero essere destinatari". Questi i settori sui quali siamo intervenuti:

1. valorizzare e riorganizzare le unità territoriali (GrIS) mediante la delega della funzione di Coordinatore Nazionale;
2. riorganizzare l'ambito scientifico e formativo, mediante la creazione di un Comitato Scientifico stabile e il tentativo di ottenere l'accreditamento come provider ECM;
3. stimolare la partecipazione attiva dei soci, a partire dall'implementazione dei Gruppi di Lavoro.

Come Coordinatore Nazionale è stato nominato Salvatore Geraci, promotore ed animatore principale dei GrIS e molto stimato in tutta l'Italia. Sulla riorganizzazione scientifica e formativa leggerete più avanti un resoconto dettagliato curato da Maurizio Marceca.

Per dare rinnovato impulso alla luce di questa nuova prospettiva, abbiamo deciso, infine, di intervenire sullo statuto e l'Assemblea convocata durante i lavori congressuali dovrà pronunciarsi sulle modifiche proposte.

Questo sforzo riorganizzativo ci sembra la migliore premessa per l'11° appuntamento scientifico nazionale del 19-21 maggio 2011 di Palermo, in cui la SIMM celebra i suoi 21 anni di attività e che già dal titolo, sottolinea la nostra vocazione di operatori "per il pubblico". È un'occasione preziosa per confrontare le diverse esperienze, capire meglio il presente e programmare, insieme, il futuro. Temi, come i cambiamenti socio-epidemiologici, le prassi clinico-assistenziali, le ricerche scientifiche, i percorsi istituzionali e del privato sociale (con il processo federalistico di sfondo) e le politiche per la promozione della salute, alimentaranno, come già in passato, un competente e appassionato dibattito multidisciplinare. Come da tradizione, lo scopo del congresso è quello di includere gli immigrati come nuovi cittadini nei percorsi socio-assistenziali del sistema sanitario, aprendo spazi e costruendo traiettorie per tutti in una visione di equità e di giustizia, centrata sul ruolo delle famiglie e delle comunità immigrate, a sostegno di un loro progressivo coinvolgimento e integrazione.

Il primo spazio – sarebbe meglio definirlo terreno – da coltivare, riguarda la *giustizia* nella convinzione che non si può offrire per carità ciò che è dovuto per esigenze di diritti e di dignità umana. L'attualità di questo spazio è testimoniata dalla grave situazione congiunturale che attanaglia il nostro Paese: l'Italia è un Paese in caduta libera e... senza paracadute¹. Prima della crisi i poveri erano 8 milioni, nel primo anno di crisi (2007) sono schizzati a 8 milioni e mezzo. E ora la cifra sale di mezzo milione all'anno. Il potere d'acquisto di operai ed impiegati in 10 anni si è ridotto di 2 mila euro all'anno. Quello di imprenditori e professionisti è aumentato di 16 mila euro. Con 2 figli è povero il 17% delle famiglie; con 3 quasi un terzo. Al Sud 1 persona su 3 è a rischio. Nel

2009 si sono persi 200 mila posti di lavoro. Il 14% delle famiglie vive con meno di mille euro al mese. Le famiglie non riescono più a pagare mutuo e cambiali, ma faticano anche per la spesa quotidiana. Poveri... poverissimi... e disperati.

Sarà questo, tra l'altro, il motivo per il quale, secondo il rapporto annuale di Action Aid "L'Italia e la lotta alla povertà", l'Italia è ultima dei Paesi industrializzati negli aiuti pubblici per la lotta alla povertà nel mondo.

Ma la crisi non ha fermato le migrazioni. Dopo la prima delle sei regolarizzazioni avvenute nel nostro Paese, quella legata alla legge Martelli, in cui l'Italia aveva 354.000 immigrati, nel 2001 erano 1.334.000, nel 2004, 1.990.000 e nel 2009 sono stati 4.279.000. (ISTAT)

L'immigrazione ci dà così una mano ridandoci fiato e speranza e nel frattempo sta cambiando la nostra vita. Cambia il mondo del lavoro. Cambia la famiglia e la scuola. Cambia la salute ed anche la città perché è diventata sempre più strutturale.

Per potere creare interazione e ricchezza vera la mobilità chiede, però, *inclusione* – ecco una traiettoria – che si costruisce nella solidarietà sulla base dei fondamentali valori della giustizia e della pace.

Nel 2009, tuttavia, il Fondo nazionale per l'inclusione sociale è rimasto sprovvisto di copertura e questa carenza, oltre tutto in fase di crisi economica, di certo non aiuta l'integrazione. Quest'anno è stato tagliato, nel silenzio pressoché assoluto, il 76,3% delle spese per i servizi sociali: Il Fondo nazionale delle politiche sociali (che dovrebbe nutrire il cosiddetto welfare) è stato ridotto a 275 milioni di euro; 3 anni fa la sua dotazione era più del triplo. Il Fondo per la famiglia è passato dai 185 milioni dell'anno scorso a 51 milioni².

L'inclusione per essere vera e giusta deve partire dai piccoli e dai deboli. Una storia che è iniziata con il voto alle donne (1946), la tutela dei figli nati fuori dal matrimonio (1955), la chiusura delle case chiuse e la liberazione di ventimila donne (1958), la legge Marcora che istituiva il servizio civile (1972), i decreti delegati e la riforma della scuola che ha esteso la partecipazione scolastica (1973-1974), la riforma del diritto di famiglia (1975) e la parità dei diritti e dei doveri dei coniugi e dei figli, la legge Gozzini e l'alternativa di pena (1975), la chiusura delle scuole speciali (1977) e la riforma universalista della sanità con a corollario la legge Basaglia (1978)³.

Una storia che nasceva dall'idea di non poter tollerare una città di esclusi, nella consapevolezza che la città è tale, nella misura in cui sa costruirsi sugli incontri nuovi facendoli diventare proposta, progetto per il futuro. Una storia di costruzione di *spazi di cittadinanza* effettiva per tutti, considerandola un valore aggiunto importante nel percorso di tutela della dignità delle persone. Una storia che oggi deve essere attualizzata nella creazione di una società interculturale.

C'è urgenza di segni di inclusione come *la cittadinanza* dei minori stranieri che nascono in Italia, in cui la preminenza del principio dello *ius sanguinis* si sostanzia nell'esclusione da un'immediata piena integrazione nella comunità nazionale degli immigrati. Su tale specifico punto, nel corso delle ultime legislature sono state presentate numerose proposte per riformare la legge n. 91 del 1992 e la SIMM insieme ad altre società scientifiche come la SIP e l'ACP ha proposto documenti eloquenti⁴.

O come la necessaria *tutela della famiglia e del ricongiungimento familiare*. Mediamente in Italia uno straniero vede il ricongiungimento dei familiari dopo 7-8 anni. Una

politica familiare rinnovata non può non riconoscere e proteggere l'unità familiare come diritto soggettivo, pur con l'attenzione a dei limiti dettati dall'esigenza di una stabilità socio-culturale necessaria a facilitare e garantire condizioni dignitose di vita per i familiari con cui lo straniero intende ricongiungersi.

Pensare politicamente ad un nuovo spazio, una nuova città, con al centro le relazioni, i legami, l'inclusione.

Occorre forse ripensare in questo senso anche *il diritto di voto, almeno amministrativo*, non come strumento di garanzia di un potere da parte di una classe, di una parte di mondo, ma come strumento di esercizio di cittadinanza attiva.

"La sfida che propongo alla città attuale è dunque la sfida di saper accogliere al suo interno i diversi di ogni tipo, non per dovere di ospitalità, ma come speranza progettuale. (...) Il modello di una società civile che accetta dentro di sé il diverso, come ipotesi positiva di cambiamento rappresenta di fatto una cultura superiore rispetto agli equilibri militari che ci sovrastano. La società del sospetto, dell'isolamento con cui sono regolate le nostre città rappresentano purtroppo un'agghiacciante analogia a quegli equilibri"⁵.

Diciamo tutto questo convinti che la salute va intesa in senso globale in quanto molto spesso è la mancanza di questi elementari diritti a generare malattia e che gli spazi e le traiettorie della salute devono essere concepiti proprio a partire dall'unità psico-fisica e spirituale dell'uomo nel suo rapporto con gli altri.

In questo contesto di geometrie convergenti da progettare e costruire⁶, mi piace accennare al duomo di Monreale – che vi-

siteremo alla fine del congresso – alla luce di nuove e recenti scoperte che analizzano i rapporti esistenti tra la luce del sole e l'architettura medievale siciliana confrontata con quelle di edifici siriani realizzati lungo l'arco temporale che va dal V all'XI secolo e che testimoniano del genuino clima inter-religioso e transculturale di quelle società⁷.

Il tema, di notevole interesse e suggestione, vuole indagare sulla non casualità nella conformazione volumetrica del complesso benedettino di Monreale e delle chiese medievali di Sicilia in generale: le loro dimensioni sono il frutto di una progettazione legata ai cicli astronomici del sole, la collocazione delle pietre angolari risulta animata da una complessa rete di significati legati al culto della luce e la regolazione gnomonica⁸ dell'illuminazione interna rivela agli uomini il tempo liturgico. Dall'analisi congiunta tra architettura, pittura e teologia emerge un inedito aspetto: il progetto architettonico è un processo di intercessione tra la terra e il cielo, un vero e proprio atto di accoglimento delle rivelazioni superiori.

"Questa concezione la troviamo appunto nel Duomo di Monreale, la cui entrata principale è detta Porta del Paradiso. Alla Latitudine di Monreale (38° 10') l'orientamento solare della maestosa cattedrale acquista un valore sacro: 22° e mezzo è infatti l'amplitudine ortiva del punto di levata del sole nel giorno della ricorrenza dell'Assunzione di Maria in cielo. Proprio nel giorno dell'Assunta, il 15 agosto 1176, è stata fatta la dedica mariana del tempio monrealese. (...) Architettonicamente l'asse del tempio, secondo il modello vitruviano, impianta indelebili significati teologici. L'asse longitudinale che va dalla Porta del Paradiso all'abbraccio del *Pantokrator* viene "segnato" dalla luce all'alba del 15 agosto, quando il sole s'incastona perfettamente nella

finestra del catino absidale. Tale fenomeno estivo si ripete nel trimestre primaverile, all'inizio di Maggio, mese mariano per eccellenza. (...) Il protagonismo della luce nel Duomo monrealese si rivela anche nei giorni adiacenti la ricorrenza della Candelora con la medesima via di congiunzione". A sovrintendere la progettazione c'è stata dunque un'alta e raffinata conoscenza della gnomonica. Il dimensionamento architettonico sposa le dinamiche del moto solare e testimonia come l'architettura sacra medievale volesse essere la pietrificazione delle geometrie celesti.

"(...) Ed ancora, ai piedi, dinnanzi la tomba della Regina Madre, le geometrie di un quadrato assumono il movimento della circolarità. Sul pavimento il quattro del *Bereshit*⁹ della Bibbia ebraica, ove tre lepri venivano inseguite da un cane, sembra essersi trasformato in un arcobaleno di coriandoli danzanti ove si rincorrono a cerchio quattro lepri. Il cane, simbolo del male, non c'è più. È una danza di pace gioiosa. È una danza di luce".

C'è da rimanere stupiti da certi particolari, come ad esempio dal fatto che non risulta che la costruzione del complesso di Monreale sia stata concepita da un personaggio. Come se la società fosse artefice piuttosto che il singolo progettista¹⁰. Questa seconda possibilità apre molti più interrogativi sulle componenti culturali dell'ambiente siciliano d'epoca normanna che emerge con tutta la sua potenzialità multietnica ed interculturale. La Sicilia, a partire dal VII secolo, è stata terra di accoglimento di esuli copti, melchiti, armeni e siriaci, è stata caleidoscopio di una cultura cristiana antica che non si riconosce né in quella latina né in quella propriamente di Costantinopoli. La chiesa siciliana del XII secolo poteva dunque essere legittima custode di un sapere antichissimo¹¹.

È interessante riportare la motivazione

che ha spinto gli studiosi palermitani, un cattedratico appassionato di storia dell'arte e di architettura, un giovane architetto, un archivista ed un sacerdote teologo dei quartieri popolari della città: "(...) a quasi due anni dalla distruzione di uno dei fondamenti più importanti dell'identità mondiale, la collezione del Museo Nazionale di Baghdad, sentiamo viva la necessità di fare della ricerca storica uno strumento partecipante all'identità delle nazioni, uno strumento maieutico dei loro indivisibili nessi genetici. Contro chi usa la storia come bacile da cui attingere alibi per distruggere il nostro vicino Oriente, noi contrapponiamo il modello di società antica rilevato da Martin Bernal in *Black Athena*¹² e lavoriamo affinché la storia continui a essere quel grande *sheol*¹³ semitico dove navigare ogni qual volta si è alla ricerca di un'*esistenza in comune*. La storia come indispensabile strumento di pace, di convivenza, di diffusione della cultura da sud verso nord, da est verso ovest. Muovendoci dalla Sicilia alle coste del Levante mediterraneo, nello sperimentare un'emigrazione al contrario, questo nostro studio sogna un'altra presenza dell'Occidente in Medioriente, sogna il rispetto di un documento lungo migliaia di chilometri, largo milioni di vite, spesso migliaia di anni e chiamato territorio. (...) Con appassionato animo agostiniano, auspichiamo *che la luce torni al mondo diffondendosi da Oriente*".

"Dio è l'archetipo (...) non è né maschio né femmina, né giudeo, né greco, né barbaro, né sciita, né servo, né libero, ma egli stesso è tutto in ogni cosa (...) ad immagine dell'intero mondo (...) poiché Dio contiene unione e diversità"¹⁴.

Con i nostri spazi e con le nostre traiettorie anche noi, nel nostro piccolo, vorremmo inserirci in questo documento lungo e largo chiamato territorio alla continua ricerca di un'esistenza in comune a partire dalla salute.

La traiettoria è obbligata e caratterizza la buona operatività della SIMM i cui risultati fino ad ora non possono non essere riconosciuti soprattutto nel tentativo, attraverso la salute, di favorire la reale interazione nella società attuale.

Benvenuti nel nostro meraviglioso territorio e buon congresso a tutti.

Mario Affronti.

Note

1. Caritas Italiana e Fondazione E. Zancan, *In Caduta libera. Rapporto 2010. La povertà e l'esclusione sociale in Italia*, Il Mulino
2. T. Boeri, *Internazionale del 25 febbraio 2011*: 117.
3. 46ª Settimana Sociale – Reggio Calabria, 14-17 ottobre 2010.
4. Comunicato Congiunto SIP-SIMM, *Minori stranieri: la salute fisica e psichica è un diritto di tutti*, 2011; Protocollo d'intesa tra la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e l'Associazione Culturale Pediatri (ACP), 2011.
5. G. Michelucci, *La città tenda e la città carcere*, in *La sfida delle città, Atti Convegno Testimonianze*, 1987, Firenze.
6. "...saper leggere il libro del mondo con parole cangianti e nessuna scrittura" (F. De André-I. Fossati, *Khorakhané (a forza di essere vento*, in *Anime Salve*, BMG Ricordi, 1996).
7. A. A. Belfiore, A. Di Bennardo, G. Schirò, C. Scordato, *Il duomo di Monreale, Architettura di luce e icona*, Abadir Ed. 2009.
8. Tecnica relativa alla costruzione degli orologi solari o meridiane, da "gnomone" (asta o stilo la cui ombra indica l'ora nelle meridiane) derivante dal greco "gnomon" (giudice, indicatore), passato nel linguaggio tecnico attraverso il significato mediatore "che discerne, che regola" (da *DELLI, Dizionario Etimologico della Lingua Italiana* di M. Cortellazzo e P. Zolli, Zanichelli, 1999).
9. La *parashah* di *Bereshit* è la prima parola del libro di *Bereshit* (Genesi per i cristiani),

il primo dei cinque libri che compongono la *Torah*. Il nome deriva dalla parola che dà inizio alla lettura, *Bereshit*, per l'appunto. La parola ebraica significa in principio. Nella *parashah*, infatti si narra della creazione del mondo da parte di Dio.

10. A. Di Bennardo: "(...) un maestro della modernità come Gaudì affermava che le opere più misere in architettura sono quelle concepite da un uomo solo. Danilo Dolci parlava del comunicare umano come della più alta forma di scrittura maieutica".
11. A. Di Bennardo: "(...) la nozione di trasmissione del sapere non è un concetto laico per la società medievale e ancor più bizantina. Le gerarchie superiori della società erano in dovere di trasmettere luce (cioè conoscenza) alle gerarchie inferiori. Quella medievale, pur essendo una società fortemente gerarchica, era una società senza esclusioni di classe. Conseguentemente, la navata principale, pur essendo aperta alle gerarchie inferiori della società, doveva essere progettata per trasmettere il messaggio di luce a chiunque. La missione pedagogica è a sostegno dell'insegnamento liturgico".
12. *Atena nera* è un libro di Martin Bernal, in cui l'autore si propone di mostrare le "radici afroasiatiche della civiltà classica". In pratica, sostiene che la cultura greca classica ha subito influssi determinanti e fondamentali da quella fenicia e ancora più da quella dell'antico Egitto.
13. Lo *Sheol* è il termine usato nell'Antico Testamento o *Tanakh* per indicare il regno dei morti.
14. Massimo il Confessore, VII, pp. 137-139.

Il processo di riorganizzazione scientifica della SIMM

Maurizio Marceca^{a,b}, Giovanni Baglio^b, Salvatore Geraci^a, Simona La Placa^a, Luisa Lenguini^a, Daniela Panizzut^a, Guglielmo Pitzalis^a, Graziella Sacchetti^a, Mario Affronti^{a,b}

^a Consiglio di Presidenza della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

^b Comitato Scientifico della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Nuove consapevolezze

Dopo venti anni di attività ed impegno – in cui l’esperienza sul fronte della risposta ai bisogni degli immigrati come soggetti “fragili” e la promozione del loro diritto alla salute e all’assistenza hanno rappresentato il fulcro, il vero e proprio nucleo pulsante, dell’attività della SIMM – si è ritenuto necessario (senza abbandonare ovviamente questi fronti di impegno), avviare un processo di (ri)qualificazione del profilo strettamente scientifico della nostra Società.

Pur consapevoli dell’importante contributo scientifico-culturale finora fornito (ben rappresentato dagli Atti dei precedenti Congressi), ci siamo infatti resi conto di poter promuovere, orientare e sostenere maggiormente le notevoli potenzialità scientifiche espresse dalle diverse componenti e ambiti di ricerca rappresentati dai nostri soci e dalle diverse organizzazioni/istituzioni in cui operano.

Contemporaneamente, abbiamo condiviso la valutazione che, nell’immediato futuro, sarà sempre più importante riuscire a confrontarsi, sul piano scientifico, in un ambito internazionale. Fino ad ora, anche per nostra responsabilità, non siamo riusciti a far conoscere sufficientemente all’estero l’originalità e la ricchezza della nostra esperienza, finendo per soffrire di una “sottoesposizione”. Non è infatti infrequente, leggendo articoli pubblicati su riviste scientifiche accreditate

ed impattate, considerare che le nostre ricerche, i nostri progetti e le nostre casistiche non sfuggirebbero minimamente. In occasione di recenti congressi europei, è stato evidente come l’esperienza italiana sia sottorappresentata rispetto ad altre esperienze internazionali, benché meno significative.

Va tra l’altro sottolineato come la stessa esistenza di una società scientifica focalizzata sul binomio “salute” e “migrazione” sia una eccezione nel panorama internazionale, dove tendono ad emergere o singole istituzioni universitarie e/o di ricerca, o progetti finanziati a livello internazionale o reti di *advocacy* (ad es. il PICUM).

Il primo passaggio conseguente (e coerente) a questa riflessione è stato quello di ridefinire la natura scientifica della SIMM all’interno della bozza del nuovo Statuto (approvata nel Consiglio di Presidenza – CdP – del 21 marzo 2011) che sarà discussa, eventualmente modificata e approvata all’interno di questo stesso Congresso.

All’Art. 3 della bozza si può leggere infatti che:

“L’Associazione S.I.M.M., per il perseguimento degli scopi e nel rispetto dei principi sopra menzionati:

- *omissis*
- promuove e favorisce attività di studio e ricerche nel campo della salute dei migranti, rifugiati e rom, e dell’approccio transculturale alla salute;

- costituisce un “forum” per lo scambio, a livello nazionale e internazionale, di informazioni e metodologie di approccio alla persona immigrata;
- patrocina e gestisce attività formative nel campo della tutela e della promozione della salute dei migranti;
- *omissis*

A tal fine può svolgere attività di:

- organizzazione di iniziative quali congressi, convegni, corsi e seminari a carattere informativo, formativo e culturale;
- produzione, promozione e diffusione di libri, periodici, ricerche, video e materiali informatici e multimediali su temi legati alle migrazioni e all’approccio transculturale alla tutela della salute;
- *omissis*
- approfondimento scientifico di temi legati alla salute dei migranti anche attraverso la partecipazione a ricerche tematiche;
- collaborazione con altri Enti, Istituzioni e Associazioni pubbliche e private operanti per scopi analoghi;
- *omissis”.*

Due direttrici fondamentali di crescita scientifico-culturale

L’attuale impegno di consolidamento e riorganizzazione della SIMM nel suo ruolo di promozione scientifico-culturale – già sottolineato dal Presidente nella sua lettera aperta ai soci del febbraio scorso – può essere sinteticamente rappresentato attraverso due direttrici: l’istituzione di un organismo di coordinamento scientifico stabile della SIMM (il *Comitato Scientifico*) e il riconoscimento/promozione di libere iniziative strutturate di gruppi di soci interessati (i *Gruppi di Lavoro*).

Il Comitato Scientifico (CS)

Pur non essendo stato (intenzionalmente) incluso tra gli “organismi” veri e propri della SIMM previsti dall’Art. 7 della bozza di nuovo Statuto, il Comitato Scientifico è stato implicitamente riconosciuto come strumento operativo/forma organizzativa della Società quando, all’Art. 10 della stessa bozza, si prevede che “Il Consiglio di Presidenza (CdP) nomina il Comitato Scientifico i cui membri possono anche non essere soci della Associazione SIMM”.

La collocazione, il ruolo ed i compiti di un Comitato scientifico sembrano intuitivi, ma forse non sono così scontati, ed il ragionamento che l’attuale CdP ha portato avanti è stato quello di dividerne un “profilo” che fosse realmente coerente alle caratteristiche ed alle necessità della nostra Società scientifica. Di che cosa si tratta quindi?

Come espresso nella già menzionata lettera del Presidente, il Comitato scientifico “*ha il compito di unire al lavoro di preparazione e gestione degli eventi scientifici principali promossi dalla SIMM (Congresso, eventuali Consensus) la funzione di: promuovere la qualità scientifica della Società (favorendo attività di studio e ricerca con competenza, metodologia e professionalità); istruire e/o curare approfondimenti scientifici ad hoc (ad es. documenti di evidenza su temi riconosciuti come prioritari); valorizzare, anche attraverso la produzione di pubblicazioni, le esperienze presenti al suo interno; tessere rapporti di collaborazione internazionali; curare progetti finanziati e promuovere iniziative di formazione e aggiornamento rivolte ai soci. omissis”.*

Il documento di seguito riprodotto nel riquadro, approvato dal CdP nella seduta dell’8 luglio 2010, illustra nel dettaglio le linee operative attribuite al CS e la sua collocazione funzionale rispetto al CdP. In premessa vengono infatti precisate le linee

di attività che richiedono necessariamente un passaggio di ratifica nel CdP (con relativa verbalizzazione). Per contrasto, si indica implicitamente che sulle altre linee di attività il CS (di cui si ricorda è comunque membro di diritto il Presidente) gode di fiducia e autonomia. Come esplicitato nell'introduzione, si è optato per considerare questa impostazione in "fase sperimentale"; dopo un congruo periodo di verifica la natura e i compiti del CS saranno formalizzati all'interno nel Regolamento della SIMM (anch'esso in prospettiva di revisione).

Dopo aver proposto e discusso in CdP le candidature a membri dell'attuale CS, si è proceduto, attraverso l'invio di una lettera di proposta del Presidente, a verificare la disponibilità delle persone individuate.

Tale documento è stato discusso e approvato dal Consiglio di Presidenza nella seduta tenutasi a Udine, presso la sede dell'Ordine dei Medici, in data 8 luglio 2010. L'impostazione data al CS verrà sottoposta a sperimentazione prima di essere validata e incorporata nel Regolamento della Società.

Premessa

Il Comitato Scientifico (CS) è uno strumento operativo della SIMM di natura consultiva a supporto del Consiglio di Presidenza (CdP) e del Presidente, che ne è membro di diritto. I suoi membri, in numero compreso tra 8 e 14, in carica per il periodo corrispondente a quello del CdP, sono nominati dal CdP stesso su proposta dei suoi componenti o di almeno 15 soci della SIMM. Il Presidente della SIMM espleta una funzione di coordinamento del CS o delega tale funzione ad uno o più i membri dello stesso. I membri del CS aderiscono a titolo gratuito, fatta eccezione per il rimborso delle spese sostenute nell'esercizio del proprio ruolo, debitamente documentate e approvate.

Il CS svolge un ruolo tecnico-scientifico secondo le linee di seguito indicate. I prodotti del CS relativi ai punti e sottopunti: 1.1, 2.1, 2.2, 5 (e relativi sottopunti) e 6 devono essere ratificati dal CdP, anche per via informatica, con vincolo alla formalizzazione in verbale di successivo Consiglio.

Linee operative del Comitato Scientifico

(*impegno stabile; °impegno una tantum)

1. *Supporto tecnico-scientifico all'organizzazione di eventi scientifici societari di ambito nazionale* (Congresso, Consensus, altri)*

- 1.1 Proposta di Programma scientifico Congresso (compreso inviti Relazioni da parte di esperti) sulla base del tema indicato dal CdP
- 1.2 Determinazione regole per invio contributi e predisposizione Abstract Form
- 1.3 Analisi delle proposte scientifiche pervenute e loro assegnazione (relazioni, comunicazioni, poster)

2. *Istruzione e gestione approfondimenti scientifici ad hoc**

- 2.1 Elaborazione documenti istruttori e proposte di Linee-guida / Raccomandazioni su temi specifici
- 2.2 Predisposizione documenti di evidenza su temi prioritari / emergenti
- 2.3 Supporto a Gruppi di lavoro societari specifici e validazione scientifica dei loro prodotti

3. *Supporto alla produzione scientifica dei soci* (in forma di raccomandazioni metodologiche, segnalazione di Enti o Fonti di particolare interesse, etc.)°

4. *Divulgazione documenti scientifici di interesse*°

- 4.1 Diffusione (tramite e-mail e sito) documenti di interesse (Rapporti, articoli, etc.) con/senza commento
- 4.2 Predisposizione Dossier scientifici per assemblaggio pubblicazioni omogenee

5. Creazione e cura rapporti di collaborazione con altre società scientifiche nazionali e internazionali^o

- 5.1 Proposte di Accordi di collaborazione / partnership / gemellaggio
- 5.2 Scambi in forma di visite
- 5.3 Scambi scientifici per ospitalità reciproca a congressi (compresa organizzazione e gestione sessioni tematiche)

6. Proposta o espressione di parere su riconoscimenti scientifici a soci o personalità esterne o giovani ricercatori (in forma di riconoscimento socio onorario, medaglia/targa, borsa di studio o altro premio)^o

Si è così potuto definire l'insieme dei componenti l'attuale CS che, in coerenza con la tradizione multiprofessionale e multidisciplinare della nostra Società, hanno profili: sociologico, antropologico, economicistico, infermieristico e medico (di varie discipline: epidemiologia e sanità pubblica, pediatria, psichiatria, medicina interna e infettivologia). Anche la questione della rappresentanza femminile è stata considerata, ma solo un terzo dei componenti l'attuale CS sono donne (mentre, nel CdP, lo sono la metà, anzi di più se non si considerano i past-President).

Il Comitato Scientifico si è riunito a Roma l'11 ottobre 2010, occasione che è servita a conoscersi (benché molti dei membri fossero già all'interno di percorsi comuni) e a condividere con i neoletti le linee operative e le future attività del CS.

La prima forma di coinvolgimento del CS (funzionale anche alla sua "fidelizzazione" alla nostra Società, soprattutto nel caso dei membri "non soci"), ha riguardato la preparazione di questo Congresso, sia attraverso la condivisione del Programma scientifico, che attraverso il contributo di "referaggio" degli abstract pervenuti (distribuiti in base

alle specifiche competenze) sulla base di una griglia di criteri predefiniti che, infine, attraverso l'incarico di moderare le diverse sessioni del Congresso.

I Gruppi di Lavoro (GdL)

La seconda modalità ritenuta prioritaria per stimolare la vitalità scientifica della nostra Società è quella dei Gruppi di Lavoro (GdL).

Come forse molti soci ricorderanno dal precedente Congresso di Trapani, un GdL sulla "Medicina Narrativa", relativo al progetto *Medicina è Narrazione* (coordinato da Luisa Lenguini), era già stato formalizzato dalla SIMM.

Successivamente, alcuni soci hanno attivato un altro gruppo sulle "Politiche Europee" (coordinato da Pierfranco Olivani), che ha intessuto importanti contatti in ambito europeo.

Il CdP ha ritenuto però necessario riconoscere formalmente quella dei GdL come attività, complementare al CS, che più e meglio di altre può stimolare positivamente l'effettiva partecipazione dei soci alla vita della Società scientifica. Si tratta, quindi, di promuovere iniziative e attività "dal basso"; per farlo, è sufficiente che un certo numero di soci, accomunati da un interesse specifico (benché relativo anche ad ampie aree, come ad es. "salute mentale", o "salute della donna"), condividano e formalizzino – nello spirito dello Statuto e del Regolamento – un documento progettuale, in forma di rationale scientifico, in cui si esplicitano gli obiettivi, le modalità operative e i prodotti previsti, da sottoporre all'approvazione del CdP previo parere del CS. Una volta approvata l'istituzione formale del GdL, questo ha facoltà di organizzarsi nei tempi e nei modi che ritiene più opportuni e fattibili (immaginando che il lavoro a distanza sarà

preponderante). Sarebbe quanto mai auspicabile che, in uno spirito di servizio, i materiali raccolti e prodotti potessero circolare tra i soci. A questo proposito, all'interno di una futura ristrutturazione del sito della SIMM, si prevede di dedicare ai GdL (così come ad altre realtà interne come i GriS locali) aree dedicate. La diffusione all'esterno, in particolare per i documenti di natura tecnico-politica, dovrà essere comprensibilmente sottoposta a parere (consultivo) del CS e (vincolante) del CdP, se si intende farli circolare come "prodotti SIMM".

Pur intendendo lasciare massima libertà alla iniziativa dei soci sui temi cui dedicare specifici GdL, il Presidente, esprimendo nella sua lettera aperta il punto di vista del CdP, ha avuto modo di segnalare che: "altri gruppi di lavoro che il CdP ha già individuato come auspicabili sono relativi alle seguenti tematiche: medicina del lavoro e malattie infettive, accreditamento dei servizi, etc."

Sappiamo di essere una piccola Società scientifica, ma coltiviamo la speranza che, a differenza di tante grandi Società scientifiche con assai scarsa partecipazione degli iscritti, la nostra possa contare in futuro sull'effettivo e vitale contributo della quasi totalità dei suoi soci!

Il percorso di qualità della SIMM nella formazione pre- e post-laurea in ambito sociosanitario: un investimento strategico

Maurizio Marceca^{a,b}, Emma Pizzini^{a,b}, Mario Affronti^{a,c}

^a Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

^b Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive

^c Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone", Palermo

Scenario e Obiettivi

Sin dalla nascita della SIMM, diversi soci sono stati impegnati – in semplice qualità di docenti o anche come promotori all'interno delle proprie organizzazioni (istituzionali e non) – in attività formative, prevalentemente nell'ambito dell'aggiornamento professionale degli operatori dei servizi sociosanitari pubblici e del privato sociale. Nel 2004, in occasione della VIII Consensus Conference svoltasi a Lampedusa, la nostra Società scientifica ha inteso approfondire la tematica, approvando le *"Raccomandazioni sulla Formazione"*, quale documento di riferimento per l'organizzazione di eventi formativi o per la concessione del patrocinio della SIMM.

Negli ultimi anni è però maturata l'esigenza di organizzare e sistematizzare questa mole d'impegno "invisibile" e parcellizzato, come esplicita linea di attività "accreditata" della Società scientifica.

La SIMM ritiene che la formazione continua del personale sia un momento fondamentale e strategico nel contesto sociosanitario, a maggior ragione nel caso di attività assistenziali rivolte a un'utenza estremamente eterogenea; essa è un criterio essenziale dei maggiori Sistemi di Gestione della Qualità e, conseguentemente, deve

essere gestita nell'ambito di un progetto di sviluppo professionale continuo del singolo professionista, in rapporto con i processi lavorativi nei quali è coinvolto.

Una formazione che si proponga di essere efficace per l'apprendimento, inteso come *"un cambiamento relativamente stabile nel modo di pensare, sentire e agire"* dell'individuo o dell'organizzazione, non può ricorrere a metodologie tradizionali, di stampo accademico-scolastico, di tipo puramente trasmissivo, dimostrate inefficaci nel processo formativo di individui adulti (definito "andragogia"), ma deve adottare metodologie che assumano il contesto dell'esperienza quotidiana di lavoro, l'applicazione "sul campo", come motore per la conoscenza e il cambiamento. Nella prospettiva che si è avviata, i progetti formativi proposti dalla SIMM saranno riesaminati ogni anno; ciò al fine, da un lato, di uniformarsi alla normativa vigente in materia di ECM¹, dall'altro, di raccogliere le esigenze/bisogni formativi manifestati da quanti si occupano di assistenza alle popolazioni migranti.

La formazione inerente le tematiche proprie della medicina delle migrazioni s'inquadra a pieno titolo nella definizione di formazione continua e permanente, ampiamente riconosciuta in ambito comunitario², e di conseguenza ogni percorso

formativo non può essere concepito come azione *una tantum*, ma va inquadrato in un processo generale evolutivo di educazione permanente basata sul miglioramento e l'aggiornamento continuo.

Percorso e Metodi

Alcuni di noi, all'interno di un recente Progetto ministeriale conclusosi nel luglio 2010³, hanno avuto modo di approfondire diversi aspetti metodologici relativi alle fonti e alle possibilità di valutazione quantitativa e qualitativa delle iniziative condotte in Italia nel periodo 2002-2008, sui temi d'interesse della SIMM nell'ambito dell'ECM. Tutti i soci SIMM sono stati invitati a collaborare al Progetto fornendo indicazioni e materiale e, nella X Consensus Conference sull'Immigrazione/VIII Congresso Nazionale (Trapani, 5-8 febbraio 2009), è stata resa possibile una raccolta diretta di materiale e la presentazione di un poster relativo ad alcuni risultati preliminari delle attività svolte fino a quel momento. I risultati finali sono stati presentati ufficialmente all'interno del Convegno organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità nel Giugno 2010. In estrema sintesi, il Progetto ha intercettato, nel periodo considerato, circa 2.200 iniziative formative (per quasi 10.000 ore dedicate) promosse a livello nazionale (con una media di oltre 300 iniziative/anno), di cui circa il 90% accreditate, mettendo in luce una notevole variabilità per aree geografiche (70% al nord, 20% al centro, 10% al sud e isole) e per regione, talora non giustificata dalla relativa presenza territoriale di persone immigrate. Il Progetto ha soprattutto fornito l'occasione di coinvolgere, oltre alla SIMM, le regioni italiane nella messa a punto di nuove *"Indicazioni metodologiche relative alla formazione degli operatori socio-sanitari nel campo della salute e dell'assi-*

stenza alle persone immigrate" [si veda il relativo Poster presente in questi Atti]. Per la SIMM ha significato un ulteriore momento di riconoscimento della pregressa attività svolta nell'ambito della formazione giacché le indicazioni metodologiche approvate e sottoscritte ufficialmente da tredici regioni (Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Val d'Aosta e Veneto) rappresentano una revisione/aggiornamento delle raccomandazioni prodotte nel 2004.

La SIMM ha aderito a una rete di soggetti interessati a promuovere, nell'ambito della formazione universitaria, le tematiche correlate alla *"Salute Globale"*⁴. L'impegno prevalente di questa rete, denominata RIISG (Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale), è di promuovere, sostenere e diffondere all'interno dei Corsi di laurea sanitari e non solo, la trattazione delle tematiche correlate alla *"Salute Globale"*. Ciò è stato finora perseguito attraverso l'organizzazione di corsi pre-laurea opzionali⁵, cui vengono riconosciuti Crediti Formativi Universitari (CFU); l'obiettivo finale è di ottenere un riconoscimento stabile di queste tematiche all'interno dei corsi obbligatori. Uno dei sette moduli previsti all'interno del *"core curriculum"* messo a punto per i corsi ADE è costituito da un modulo su *"Immigrazione e Salute"*.

Contemporaneamente, all'interno di un processo di riorganizzazione della SIMM avviato dall'attuale Consiglio di Presidenza, il tema della formazione, sia pre- che post-laurea, è stato identificato come una delle linee strategiche; in particolare, si è ritenuto che la possibilità di diventare *Provider ECM*⁶ potesse rappresentare uno dei punti di forza nella qualificazione del percorso societario.

La Commissione Nazionale ECM ha ritenuto qualificante proporre la certificazione

ne dei *Provider* poiché si è constatato che è assolutamente necessario un controllo a monte della qualità organizzativa dei *Provider* ai fini formativi. La Commissione, inoltre, ritiene che i criteri generali di qualità devono essere certificati e avere un valore nazionale.

All'interno di questa cornice la SIMM ha presentato domanda di accreditamento come *Provider* ECM, entro i termini stabiliti, alla data del 31 gennaio 2011. L'accREDITAMENTO si basa su un sistema di requisiti minimi considerati indispensabili per lo svolgimento di attività formative per l'ECM ed è rilasciato da un solo Ente accreditante (Commissione Nazionale per la Formazione Continua e Regioni) a seguito della verifica del possesso di tutti i requisiti minimi previsti secondo standard definiti (Conferenza Stato-Regioni⁷). Nel caso che la domanda fosse accolta, come *Provider* la SIMM sarebbe abilitata a realizzare attività didattiche per l'ECM e ad assegnare direttamente crediti ai partecipanti; più dettagliatamente la SIMM potrebbe:

- curare i contatti con i relatori per la raccolta dei dati, dei curricula e degli abstract;
- identificare un responsabile scientifico dell'evento per la stesura dei razionali e per la corretta individuazione dei metodi di insegnamento all'interno del programma scientifico;
- inoltrare tutto il materiale necessario all'accREDITAMENTO entro i termini previsti;
- produrre la modulistica secondo i criteri della Commissione Nazionale ECM: Scheda di rilevazione dei dati anagrafici dei partecipanti, Scheda di valutazione dell'evento formativo, Questionario di apprendimento per i partecipanti;
- controllare la lavorazione di ogni singola scheda prodotta e dei dati acquisiti;

- predisporre la stesura dei rapporti finali;
- produrre e spedire gli attestati ECM ai partecipanti regolarmente accreditati.

Il processo è stato condotto in due fasi. Nella prima fase si è costituito un gruppo di lavoro pluridisciplinare con il compito di analizzare e costatare l'adesione della SIMM ai requisiti minimi e ai relativi standard ritenuti necessari per l'accREDITAMENTO istituzionale, secondo quanto stabilito dal *Regolamento applicativo dei criteri oggettivi dell'accordo Stato Regioni del 5/11/09 per l'accREDITAMENTO*. I requisiti indicati hanno riguardato l'indicazione/definizione di: sede legale nel territorio italiano; *mission* formativa nello Statuto societario; esperienza formativa minima di tre anni in campo sanitario; bilancio consuntivo con contabilità analitica; Comitato Scientifico; Responsabile della Struttura Formativa; Responsabile Amministrativo e personale addetto; disponibilità e conformità di locali e attrezzature; certificazione della qualità, budget preventivo per la formazione. Nella seconda fase il gruppo di lavoro ha provveduto alla stesura dei documenti attestanti le caratteristiche della SIMM, la sua organizzazione e gli aspetti qualitativi nell'offerta formativa, nonché l'indipendenza da interessi commerciali. In particolare, è stata definita un' "Istruzione Operativa", contenente la definizione dell'iter, sia della progettazione, sia della successiva validazione degli eventi formativi, per far sì che il servizio formativo progettato e proposto dalla SIMM sia conforme ai requisiti specificati nel progetto stesso e che, se necessario, sia modificato per una maggiore conformità.

Risultati raggiunti o previsti

Nel processo di revisione dello Statuto della SIMM – la cui bozza è stata approvata dal

Consiglio di Presidenza nella seduta del 21 marzo 2011 e che sarà discusso e approvato nella sua versione definitiva nell'Assemblea straordinaria dei soci durante questo Congresso – la formazione è indicata come uno degli ambiti d'impegno principali della nostra Società scientifica. Tale formalizzazione non riveste un significato funzionale di tipo amministrativo (l'adempimento di uno dei numerosi requisiti funzionali all'accreditamento come Provider ECM), quanto piuttosto di visione culturale in ambito scientifico: vi sono evidenze scientifiche che la formazione e l'aggiornamento professionale sono direttamente correlati alla qualità assistenziale.

Con riferimento all'approvazione, da parte della SIMM, delle *"Indicazioni metodologiche relative alla formazione degli operatori sociosanitari nel campo della salute e dell'assistenza alle persone immigrate"* prodotte dal Progetto ministeriale summenzionato, è importante sottolineare il ruolo "pionieristico" esercitato dalla SIMM dal 2004; si ritiene estremamente importante aver condiviso, sia con le istituzioni regionali che al proprio interno, dei chiari riferimenti teorici di tipo metodologico, pur nella consapevolezza che le potenzialità presenti in tali orientamenti potranno esprimersi ed essere implementate solo attraverso un forte impegno su più livelli. In questa direzione la SIMM, attraverso i GrIS e il Comitato scientifico, può rivestire un ruolo d'impulso estremamente strategico. Ne è esempio incoraggiante il programma formativo varato alla fine del 2010 dalla regione Lazio per tutte le 12 ASL regionali (in cui il testo delle *"Indicazioni metodologiche..."* è stato allegato alla Determinazione), che dovrebbe raggiungere nei prossimi mesi più di un migliaio di operatori della salute pubblici. All'interno della Rete RIISG è stato avviato un processo volto a garantire, da parte della SIMM, la presenza di soci, in qualità

di docenti, nelle sedi universitarie che ne dovessero fare richiesta per lo svolgimento di corsi sulla "Salute Globale", con specifico riferimento al modulo su "Immigrazione e Salute". In questa prospettiva, nella presente sede congressuale, i soci interessati saranno invitati a inviare alla segreteria della SIMM un curriculum vitae che comprenda anche le precedenti esperienze in ambito formativo. Alcuni soci SIMM hanno già collaborato alla predisposizione del su menzionato modulo all'interno di un corso online, prodotto dal Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Firenze nell'ambito del progetto *"Equal opportunities for health: action for development"*, promosso e coordinato da Medici con l'Africa CUAMM con il supporto dell'Unione Europea. La produzione e condivisione di materiali e documentazione per la formazione in ambito specifico rappresenterà, nell'immediato futuro, un altro ambito d'impegno della SIMM.

In relazione alla richiesta di riconoscimento quale *Provider ECM* – il processo di natura maggiormente tecnica in corso – la preparazione della documentazione, oltre che richiedere un notevole impegno, ha permesso alla SIMM di analizzare/verificare le sue seguenti capacità:

- strutturali / organizzative:
 - sede, segreteria, contabilità, bilancio consolidato;
 - disponibilità di strutture;
- clinico-assistenziali, tecnico-scientifiche:
 - Comitato scientifico, responsabile scientifico, docenti;
- formativo / andragogiche:
 - esperienza nel settore della formazione;
 - elaborazione di Piani Formativi.

Alla fase di verifica hanno fatto seguito quella di riorganizzazione e sistematizza-

zione della documentazione già disponibile e di stesura dei documenti mancanti, quali ad esempio il Sistema di Qualità (*Certificazione di sistema gestione qualità ISO come eventuale standard aggiuntivo*).

Allo scopo di attuare il proprio Sistema di Gestione per la Qualità la SIMM ha provveduto a:

- identificare tutti i processi operativi da considerare nel Sistema;
- definire la sequenza e le interazioni tra tali processi;
- definire criteri e metodi allo scopo di assicurarsi dell'efficace operatività e del controllo dei processi;
- assicurare che tutte le informazioni necessarie a supportare l'attuazione e il monitoraggio dei processi siano rese disponibili al personale dipendente;
- stabilire di misurare, monitorare e analizzare i processi attuando tutte le azioni necessarie per conseguire i risultati previsti e il miglioramento continuo: mettere sotto controllo un processo significa aver individuato le cause di variabilità dei risultati del processo e aver applicato i mezzi per ridurre tale variabilità;
- attuare le azioni necessarie per conseguire i risultati pianificati e il miglioramento continuo di tali processi.

Ha, inoltre, stabilito il principio di "Autoverifica" della Società, proponendosi di scegliere, successivamente, il sistema migliore in base alle proprie necessità o aspirazioni. Il Modello di Assicurazione Qualità proposto dalla SIMM prevede quattro fasi⁸:

1. *Progettazione* (individuazione degli obiettivi);
2. *Sviluppo* (delle azioni per il conseguimento degli obiettivi);

3. *Valutazione* (dei programmi e dei risultati conseguiti);
4. *Revisione* (ad es. analisi dei risultati della valutazione con gli *stakeholders* per individuare le eventuali cause di disfunzioni e le azioni di miglioramento).

Ciò su cui si è focalizzata l'attenzione valutativa è il "rendimento professionale"⁹ dell'intervento realizzato, espresso in termini di:

- efficacia ed efficienza delle performance lavorative;
- adeguato assolvimento delle aspettative gravanti sul ruolo professionale ricoperto;
- miglioramento documentato dell'accesso e della fruibilità dei servizi socio-sanitari per le popolazioni migranti.

Infine, sono state programmate le seguenti attività riguardanti il Piano di Formazione / Aggiornamento:

- identificazione dei bisogni formativi;
- stesura di un Piano formativo con validità annuale;
- erogazione degli eventi;
- valutazione dei risultati dei momenti formativi a breve, medio e lungo termine sulle capacità/competenze acquisite dagli operatori sanitari.

Nella fase progettuale sono state, inoltre, previste le modalità di valutazione dell'efficacia formativa a valle dell'erogazione. L'ipotesi adottata dalla SIMM è quella che suggerisce di considerare le attività di monitoraggio e valutazione di un progetto formativo riferendole a due ambiti distinti, progettuale e processuale¹⁰, che è bene siano analizzati in modo integrato, ma la loro interazione influenza o determina il livello e la qualità del processo di apprendimento.

Conclusioni e Prospettive

Se guardiamo indietro al percorso già compiuto, all'impegno attuale e alle direttive intraprese per il futuro, possiamo trarne la consapevolezza che la formazione è e sarà uno degli ambiti d'impegno più significativi per la SIMM.

Il tema della formazione nelle sue diverse dimensioni, anche se l'ECM sembra essere quella vocationalmente più vicina alla natura e agli interessi della SIMM, intercetta trasversalmente le diverse anime della nostra società (la componente universitaria, quella degli operatori dei servizi pubblici e quella degli operatori dei servizi gestiti dal III settore, siano essi ONG, Fondazioni, Onlus o altre Associazioni di volontariato). Nell'attesa (e nella speranza) di un imminente riconoscimento di *Provider ECM*, possiamo già constatare come il percorso di qualità intrapreso a questo scopo possa fungere da volano, nel futuro, anche in altri ambiti d'interesse per la nostra Società scientifica (ad esempio, l'Accreditamento istituzionale dei servizi assistenziali).

Ciò richiede però una progressiva capacità di organizzazione e gestione delle varie tematiche attraverso organismi e modalità societari idonei agli obiettivi perseguiti e agli impegni assunti. Ad esempio, nell'immediato futuro dovremo essere in grado di impostare un processo stabile di rilevazione dei bisogni formativi, così come percepiti dai nostri soci ed emergenti dal dibattito e dalla letteratura internazionale, tali da consentirci di programmare e rispettare, ogni anno, un vero e proprio Piano formativo. Il processo di progettazione e sviluppo della didattica avrà quindi lo scopo di definire l'offerta formativa della SIMM in termini di aggiornamento di quanti operano, a vario titolo, nell'ambito della salute, tenendo conto dei bisogni dell'utenza, delle esigenze espresse dai diversi Servizi

sanitari regionali, della valutazione dei professionisti, delle diverse disposizioni emanate (quali l'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2007, *D.P.C.M. 26 Luglio 2010*) e in conformità con quanto previsto dal futuro nuovo Regolamento della SIMM.

Come ricaduta, dovrebbero emergere sempre più distinte e complementari implicazioni:

- l'assunzione esplicita – da parte della SIMM e non solo dei suoi singoli soci – di una necessità di aggiornamento professionale (soprattutto nei termini di riflessione basata sull'esperienza e di scambio di esperienze);
- un impegno della SIMM stessa a pianificare, organizzare e garantire percorsi formativi qualificati sui temi di maggiore rilevanza, che ci costringe a metterci in gioco e ci impegna inevitabilmente a selezionare un gruppo di soci (multiprofessionale e multidisciplinare), nella veste di "docenti accreditati", che possano rappresentare il "motore" di questo sforzo.

In quest'ottica, la formazione vuole attivare ruoli differenti e fortemente integrati per le persone coinvolte: da un lato, gli operatori destinatari del processo formativo che diventano protagonisti attivi e responsabili del proprio percorso formativo, partecipando alla rilevazione dei bisogni di formazione e alla valutazione degli obiettivi formativi raggiunti; dall'altro lato i formatori e i docenti, oltre a fornire il proprio contributo di conoscenza e a organizzare l'offerta formativa, agiscono essenzialmente quali facilitatori di processi di apprendimento.

Tale impegno potrebbe inoltre consentirci, nel tempo, di portare capillarmente il nostro contributo e la nostra esperienza nei diversi contesti cui le persone immigrate si rivolgono per bisogni di salute e assisten-

za. In particolare, potrebbe rappresentare uno degli strumenti più efficaci per costruire (laddove finora assenti) e saldare (laddove già avviati) proficui rapporti di collaborazione con le Istituzioni competenti.

Note:

1. L'Educazione Continua in Medicina (ECM) può essere definita come *"l'insieme organizzato e controllato di tutte quelle attività formative, sia teoriche sia pratiche, promosse da chiunque lo desideri (si tratti di una società scientifica o di una società professionale, di un'azienda ospedaliera o di una struttura specificamente dedicata alla formazione in campo sanitario, ecc.), con lo scopo di mantenere elevata ed al passo con i tempi la professionalità degli operatori della Sanità"*. Per approfondimenti si veda Federici A., *Educazione continua in medicina*, in Federici A. (a cura di), *Le parole della nuova sanità*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2002.
2. ILO, *Vocational training: Glossary of Selected Terms*, Geneva 1993, Ministero del lavoro e delle politiche sociali/Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, *Follow up della risoluzione del Consiglio dell'Unione europea sul Lifelong learning*, Giugno 2003.
3. Progetto *"Migrazione: sistema di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitari e verifica dell'osservanza del diritto alla salute di queste popolazioni"* (0013205-P-16/04/2008), finanziato e promosso dal Ministero della Salute e con responsabilità scientifica e di coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità.
4. Pur non esistendo ancora una definizione condivisa a livello internazionale, è possibile affermare che la "Salute Globale", adottando un punto di vista storicamente profondo e geograficamente ampio, mette in evidenza le disuguaglianze nella salute e nell'assistenza presenti sia tra le diverse nazioni che al loro interno, esplicitando le interconnessioni tra globalizzazione e salute in termini di equità, diritti umani, sostenibilità, diplomazia e collaborazioni internazionali.
5. In alcune sedi questi corsi prendono il nome di Corsi ADE (Attività Didattica Elettiva), in altri di ADO o simili.
6. L'Accordo fra il Ministero della Salute e le Regioni del 20 Maggio 2004 aveva demandato ad un Gruppo Tecnico di lavoro paritetico Ministero-Regioni la revisione del documento di Cernobbio del 2003 sui requisiti e sulle procedure di accreditamento dei *Provider* di Formazione Residenziale e a Distanza, vale a dire quelle strutture sanitarie, pubbliche e private, idonee ad offrire programmi formativi. I *provider* in possesso dei requisiti minimi sono, infatti, abilitati a realizzare attività didattiche per l'ECM e ad assegnare direttamente i crediti ai partecipanti.
7. La Conferenza Stato-Regioni il 1 agosto 2007 ha approvato il "Riordino del sistema di formazione continua" per l'ECM 2008-2010.
8. La suddivisione in fasi tiene conto del lavoro svolto dal Gruppo Tecnico di Lavoro della Commissione Europea sulla Qualità dell'Istruzione e Formazione Professionale che ha definito un Quadro Comune Europeo per l'Assicurazione della Qualità dell'IFP (CQAF), con l'obiettivo di sostenere i soggetti erogatori d'istruzione e formazione professionale nello sviluppo, valutazione e miglioramento dell'Assicurazione Qualità in Europa. Per ulteriori informazioni si veda il sito <http://www.revimp.org>
9. La *qualità degli esiti didattici* rappresenta la qualità del prodotto "immediato" del processo formativo (apprendimenti), espressa in termini di conformità delle conoscenze, capacità tecnico-specialistiche e abilità comportamentali acquisite dagli allievi, alle indicazioni esplicitate negli obiettivi didattici (generali e specifici) dell'intervento. La qualità dell'impatto professionale si sostanzia nell'accertamento che le nuove e/o più ampie e approfondite conoscenze, capacità e abilità comportamentali acquisite dai formati in materia di salute e cura delle popolazioni migranti vengano effettivamente "spese" in situazione lavorativa, traducendosi in comportamenti e prestazioni conformi alle attese ed esigenze specifiche del contesto organizzativo di riferimento.

10. L'ambito del *progetto* (valutazione): insieme di azioni rivolte alla verifica della corrispondenza delle attività alle specifiche contrattuali e alla pianificazione, e rivolte alla valutazione del funzionamento e dell'efficienza/efficacia del sistema. L'ambito del *processo* (valutazione formativa): serie di azioni volte alla verifica delle attività formative e delle relazioni che intervengono tra ambiente di apprendimento, modello di servizio e processo di apprendimento, con una particolare attenzione ai risultati rilevati sui/dai soggetti in formazione.

Riferimenti bibliografici

- Abbat FR. *Teaching for better learning: a guide for teachers of primary health care staff*. Geneva, World Health Organization, 1992 (2nd Ed).
- Amn Z. *Theory and practice in continuing medical education*. Ann Acad Med Singapore. 2000; 29(4): 498-502.
- Anderson GF, Greenberg GD, Wynn BO. *Graduate medical education: the policy debate*. Annu Rev Public Health 2001; 22: 35-47.
- Aparicio A, Willis CE. *The continued evolution of the credit system*. J Contin Educ Health Prof. 2005; 25(3): 190-6.
- Bodini C, Di Girolamo C, Fabbri A, Resti C. *L'insegnamento della salute globale al personale sanitario*. In: Osservatorio Italiano sulla Salute Globale – OISG. "InFormAzione per cambiare. 4° Rapporto dell' Osservatorio Italiano sulla Salute Globale". Pisa, Edizioni ETS, 2011; 27-34.
- Brach C, Fraser I. *Reducing disparities through culturally competent health care: an analysis of the business case*. Qual Manag Health Care. 2002; 10: 15-28.
- Campinha-Bacote J. *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care*. Journal of Transcultural Nursing, 2002; 13 (3): 181-4.
- Carrillo JE, Green AR, Betancourt JR. *Cross-cultural primary care: a patient-based approach*. Ann Intern Med 1999; 130: 829-34.
- Civitelli G, Silvestrini G, Carovillano S, Rinaldi A, Bodini C, Bruno S, Marceca M, Tarsitani G, Ricciardi W. *La rete italiana per l'insegnamento della salute globale*. medicanager 2010 (2): 13-7.
- Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. *Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente il "Riordino del sistema di Formazione continua in medicina, Accreditemento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, i liberi professionisti"*. Approvazione del "Il nuovo sistema di formazione continua in medicina – Accreditemento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, i liberi professionisti".
- Crenshaw K, Shewchuk RM, Qu H, Staton LJ, Bigby JA, Houston TK, Allison J, Estrada CA. *What Should We Include in a Cultural Competence Curriculum? An Emerging Formative Evaluation Process to Foster Curriculum Development*. Acad Med 2011; 86(3): 333-41.
- Demetrio D. *Manuale di Educazione degli adulti*. Laterza, Bari, 1997.
- Di Battista G, Palomba L, Vergani A. *Evaluating the Quality of Italian Local Vocational Training Systems. Towards a Sustainable and Shared Self Assessment Tool*. Evaluation 2009; 15(2): 185-203.
- Federici A. *Educazione continua in medicina*. In: Federici A (a cura di). *Le parole della nuova sanità*. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2002.
- Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, Davis D, Odgaard-Jensen J, Oxman AD. *Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD003030. DOI: 10.1002/14651858.CD003030.pub2
- Geraci S, Baglio G, Marceca M, Martinelli B, Mazzetti M. *Formazione degli operatori socio-sanitari impegnati nell'assistenza ad utenti immigrati: valutazione di un corso nelle aziende socio-sanitarie del Veneto*. In: Bedetti

- C, Geraci S, Guerra R. Atti del Convegno "Salute senza esclusione: impegno internazionale ed esperienze locali", svoltosi a Roma il 10 dicembre 2001 ed organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute, in collaborazione con la Caritas Diocesana di Roma. Rapporti ISTISAN 03/6-Istituto Superiore di Sanità 2003; 03/6: 29-36.
- Gozu A, Beach MC, Price EG, et al. *Self-administered instruments to measure cultural competence of health professionals: a systematic review*. Teach Learn Med 2007; 19(2): 180-90.
 - Gregg J, Saha S. *Losing culture on the way to competence: the use and misuse of culture in medical education*. Acad Med 2006; 81: 542-7.
 - Guilbert JJ. (2002), *Guida pedagogica OMS per il personale sanitario*. OMS.
 - Ho MJ, Yao G, Lee KL, Beach MC, Green AR. *Cross-cultural medical education: can patient-centered cultural competency training be effective in non-Western countries?* Med Teach 2008; 30(7): 719-21.
 - ILO, (1993), *Vocational training: Glossary of Selected Terms*. Geneva.
 - Institute of Medicine. Committee on Quality Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC, National Academy Press, 2001.
 - Institute of Medicine. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington DC, National Academy Press, 2002.
 - Kanisin-Overton G, McCalister P, Kelly D, MacVicar R. *The Practice-based Small Group Learning programme: experiences of learners in multi-professional groups*. J Interprof Care. 2009; 23(3): 262-72.
 - Kartz FM. *Guidelines for evaluating a training programme for health personnel*. Geneva, World Health Organization, 1978 (WHO Offset Publication, No. 38).
 - Lurie SJ, Mooney CJ, Lyness JM. *Measurement of the general competencies of the accreditation council for graduate medical education: a systematic review*. Acad Med 2009; 84(3): 301-9.
 - Maisonneuve H, Matillon Y, Negri A, Pallarés L, Vigneri R, Young HL. *Continuing medical education and professional revalidation in Europe: five case examples*. J Contin Educ Health Prof. 2009; 29(1): 58-62.
 - Mansouri M, Lockyer J. *A meta-analysis of continuing medical education effectiveness*. J Contin Educ Health Prof. 2007; 27(1): 6-15.
 - Pellerey, M. (2001) *Sul concetto di competenza e in particolare di competenza sul lavoro*. In: Montedoro C. (a cura di), *Dalla pratica alla teoria per la formazione: un percorso di ricerca epistemologica*. ISFOL, Franco Angeli, Milano.
 - Pizzuti S, Di Thiene D, Di Nicola A, Baglio G, Geraci S, Marceca M. *L'Educazione continua in medicina (ECM) svolta in Italia nel periodo 2002-2008 sui temi della Salute dei Migranti*. In: Atti della X Consensus Conference - VIII Congresso Nazionale SIMM. Trapani, 5-7 febbraio 2009: 307-12.
 - Pizzuti S, Pizzini E, Di Thiene D, Geraci S, Marceca M. *Quanto (e come) si investe nella formazione degli operatori socio-sanitari sui temi della migrazione? Risultati di una prima ricerca su base nazionale*. In: Atti della XI Conferenza di sanità Pubblica della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica: "Prevenzione e sanità Pubblica: modelli organizzativi e buone pratiche". Napoli, 15-17 Ottobre 2009. 2009; 385: 01.10 ISSN 0019-1639.
 - Quaglino, G.P. (1985) *Fare formazione*. Il Mulino Editrice, Bologna.
 - Scharwartz, B. (1989) *L'educazione degli adulti ed educazione permanente*. Liviana Editrice, Padova.
 - Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. *Raccomandazioni sulla Formazione. Lampedusa, maggio 2004*. In: Atti della IX Consensus Conference - VII Congresso Nazionale SIMM: "Per una salute senza esclusioni". Palermo, 27-30 aprile 2006: 10-2.

Premessa alla Lectio Magistralis di Giovanni Berlinguer

Salvatore Geraci, Maurizio Marceca

Da studenti abbiamo conosciuto il prof. Giovanni Berlinguer per la fama che si era conquistato come docente universitario e intellettuale; successivamente, abbiamo letto i suoi articoli e studiato i suoi libri, seguendolo nei diversi incarichi ed impegni, come bioeticista attento ai temi sociali, politico europeista appassionato e competente e, da ultimo, illustre membro della Commissione dell'OMS sui determinanti sociali della salute.

Non crediamo di averlo "incrociato" per caso sui temi della salute e dell'immigrazione: non poteva infatti sfuggire alla sua sensibilità l'evento epocale che si stava costruendo, ed è stata per noi un'occasione e un privilegio condividere con lui percorsi e riflessioni.

Di grande impatto, accanto alla sua produzione medico-scientifica, sono stati i suoi editoriali su *l'Unità*¹ in risposta a pregiudizi diffusi sulla presunta immigrazione di "untori", ove ci ha ricordato con concretezza di argomentazioni come i movimenti di popolazione abbiano, nella storia dell'uomo, accompagnato la trasmissione di alcune malattie: ciò accadde drammaticamente, ad esempio, con la conquista dell'America, evento che implicò l'unificazione microbica del mondo². I bianchi "esportarono" là il vaiolo, il morbillo e l'influenza: e fu subito strage per quelle popolazioni che, non conoscendo quegli agenti infettivi, erano prive di difese immunitarie specifiche.

Dall'America i conquistatori "importarono" la sifilide e questo fece divampare in Europa (in particolare in Spagna, Francia ed Italia) una epidemia per molti anni acuta e letale. Un'altra migrazione di popoli (e di agenti infettanti) si ebbe a partire dal 1600, quando gli schiavi neri deportati nelle Americhe vi diffusero la febbre gialla. Un ultimo esempio, questa volta dell'era moderna, ci è stato proposto dal prof. Berlinguer: quello dell'AIDS; questa malattia si è diffusa in tutto il mondo a partire dai primi focolai identificati nelle grandi città degli USA; la sua diffusione è stata accelerata anche dall'intensità dei viaggi tra paesi e continenti, nonché dall'ignoranza e dalla resistenza verso i metodi preventivi. La domanda retorica e provocatoria che Berlinguer ci poneva era se quanto detto potesse giustificare le paure o i pregiudizi sugli immigrati come rischio sanitario per la popolazione autoctona. La risposta era, ed è, chiara ed inequivocabile: certamente no, in primo luogo perchè, a differenza del passato, oggi ci sono le conoscenze, l'organizzazione, i mezzi preventivi e di sorveglianza necessari ad affrontare eventuali situazioni critiche; in secondo luogo per la considerazione del cosiddetto "effetto migrante sano"...

Ogni suo intervento, ogni suo articolo, è un prezioso e acuto insegnamento. Per questo fummo onorati, alla fine degli anni '90, della possibilità di collaborare con due

brevi saggi sulla salute degli immigrati (1997) e su quella della donna e del bambino stranieri (1998) nei volumi dedicati a "La salute in Italia" (editi da Ediesse) che Giovanni Berlinguer ha curato con il collega ed amico Marco Geddes. Di fatto, quello spazio ha iscritto nell'agenda della sanità pubblica italiana un'attenzione specifica al fenomeno che andava strutturandosi, nel periodo in cui, con il Testo Unico sull'immigrazione e con il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, si è tentato, con successo, di affrontare organicamente il tema del diritto alla tutela della salute degli immigrati.

Da allora, collaborazioni sempre più assidue, nella formazione, nella definizione di una riflessione sulla "salute globale"³ (ricordiamo con piacere ad Erice, nel 2001, il "tirar tardi" – in un clima amichevole accompagnato da buon marsala di botte – nel definire con competenze diverse quello che sarebbe diventato il Manifesto del nascente Osservatorio Italiano sulla Salute Globale).

E poi l'impegno in Europa, inevitabilmente attento ai temi sociali della medicina, nel sostegno dato alle iniziative della SIMM nel 2005 e nel 2006 per estendere il diritto all'assistenza sanitaria a tutti i migranti nell'Unione; il rilevante e prestigioso contributo nella *Commission on Social Determinants of Health* del WHO presieduta dall'epidemiologo Sir Michael Marmot⁴, senza però mancare alle iniziative di sensibilizzazione ed approfondimento per la tutela degli immigrati organizzate dalla SIMM. Una su tutte rimane scolpita nella nostra memoria: la sorpresa di ritrovarci, il 17 marzo 2009, al "Noi non segnaliamo day", giornata di impegno e di protesta contro l'assurda iniziativa di fare degli operatori sanitari delle "spie" di immigrati non in regola con il soggiorno: "Come potevo mancare?" ci disse in quell'occasione. Come poteva mancare, il prof. Berlinguer a ricor-

darci il mandato costituzionale ed etico del nostro impegno per la salute, che non può prevedere esclusioni o discriminazioni, con equità e giustizia.

E non può mancare neanche a questo Congresso di Palermo 2011 della nostra Società di Medicina delle Migrazioni; poiché però la salute di questo giovane ottantasettenne non gli permette di essere fisicamente presente, ci ha voluto donare una sua pacata e profonda riflessione (mai pubblicata prima), pensata per una conferenza in Brasile (paese con cui ha intessuto profondi rapporti e di cui ci risulta abbia addirittura contribuito ad ispirare il sistema sanitario). Per noi, ancora una volta, è un onore "attingere" alla sua competenza e saggezza e di questo lo ringraziamo con tanto affetto e gratitudine.

Nel leggerlo ci è venuto in mente un aforisma presente sulla copertina di un suo (tanto piccolo quanto imperdibile) libro del 1994, edito da Il Saggiatore, "Etica della Salute":

"Quale società può promuovere una medicina migliore e quale medicina una società migliore?"

Note

1. Vedi, ad esempio, l'articolo su "L'Unità" del 26 settembre 1997: *Immigrati e malattie: facciamo chiarezza*.
2. G. Berlinguer. *The Interchange of Disease and Health between the Old and New Worlds*. American Journal of Public Health. 1992; 82 (10): 1407-13.
3. G. Berlinguer. *La salute globale nella prospettiva etica*. In: *Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. Rapporto 2004. Salute e Globalizzazione*. Milano, Feltrinelli, 2004: 13-22.
4. World Health Organization. *Commission on Social determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, WHO, 2008.

LECTIO MAGISTRALIS

Cause sociali e implicazioni morali delle malattie

Lectio Magistralis tenuta dal prof. Giovanni Berlinguer alla Conferenza presso la Scuola di Sanità Pubblica, Fondazione Oswaldo Cruz, a Rio de Janeiro, il 4 aprile 2007. Viene pubblicata, per volontà dell'autore, per la prima volta in questi Atti.

Giovanni Berlinguer

Un problema antichissimo

Nel classico libro *Civilization and Health* Henry E. Sigerist ha scritto che "in ogni società esistente, l'incidenza della malattia è ampiamente determinata da fattori economici... un basso livello di vita, la carenza di cibo, di abiti e di combustibile, misere condizioni delle abitazioni e altri sintomi di povertà sono sempre stati cause maggiori di malattia". In ogni società esistente. A sottolineare questa verità egli cita perfino, in riferimento alle condizioni di lavoro, un antichissimo papiro egiziano che Sigerist giudica come *a voice of rebellion*:

"Io non ho mai visto un fabbro in veste di ambasciatore o un fonditore inviato in missione, ma ciò che ho visto è il fabbro al lavoro: egli è arrostito all'imboccatura della fornace. Il muratore, esposto a tutti i tempi e a tutti i rischi, costruisce senza portare indumenti. Le sue mani sono logorate dal lavoro, il suo cibo è mescolato alla sporcizia e ai rifiuti: si rode le unghie, non avendo altro alimento. Il barbiere rompe le sue braccia per riempire il suo stomaco. Il tessitore che lavora in casa sta peggio della donna: piegato in due, le ginocchia contro lo stoma-

co, senza poter respirare. Il lavandaio sulla riva sta vicino ai cocodrilli. Il tintore puzza di uova di pesce: i suoi occhi sono stanchi, la sua mano lavora senza pause, e poiché spende il suo tempo nel trattare cenci ha orrore degli abiti".

Un'analisi, e uno sdegno, che anticipano di qualche millennio il *De morbis artificum* di Bernardino Ramazzini. Soltanto nel XIX secolo, tuttavia, i temi del lavoro e delle condizioni di vita, e la loro influenza sulla salute e sulla vita stessa fu posto all'ordine del giorno e fu ampiamente dibattuto. L'intreccio fra una medicina che aspirava ad essere riconosciuta come scienza e una società che aspirava al progresso aprì la strada a una considerazione più attenta verso il rapporto fra malattie e società.

La dimostrazione delle iniquità

Dopo le guerre napoleoniche, L. R. Villermé, però, già medico militare, cominciò in Francia ad analizzare la mortalità differenziale nei diversi *Arrondissements* di Parigi. Esaminò all'inizio i fattori ambientali quali l'altitudine, i venti, le condizioni meteorologiche,

senza riscontrare alcuna coincidenza con le differenze nei livelli di mortalità. Studiò quindi il reddito, e poi le condizioni di vita degli abitanti, con accurate indagini svolte strada per strada. Risultò per esempio che in rue de la Mortellerie, dove risiedevano i più poveri tra i parigini, vi era una mortalità del 30,6 per mille mentre a breve distanza, nell'Ile-Saint Louis, zona più spaziosa e confortevole abitata da ricchi, il quoziente era del 19,1 per mille.

Secondo Villermé l'origine sociale delle malattie e delle morti stava "nei poveri come razza a parte, una moltitudine barbara e incivile, che si riproduceva in eccesso e che pure moriva in eccesso"; e proponeva, come soluzione, di civilizzarli attraverso il rigore morale e la cittadinanza responsabile, con l'aiuto della religione; e affermava, in consonanza con gli economisti igienisti, che "non c'era alcun ruolo per lo stato o per le riforme legislative, perché ciò avrebbe minato la libertà e l'iniziativa degli individui"¹. Un'eco, questa, che veniva probabilmente dagli orientamenti sostenuti da T. R. Malthus nel suo *Essay on the Principle of Population* (1798). Egli infatti, paventando un'espansione demografica incontrollata e foriera di miseria collettiva, si opponeva su questa base al mantenimento delle leggi inglesi in favore dei poveri. Si deve anche ricordare, tuttavia, che la Gran Bretagna nell'Ottocento fu anche promotrice della sanità pubblica, diede vita al *Registrar General's Office*, che fu il primo e il migliore strumento delle statistiche vitali europee, e avviò con Edwin Chadwick la costruzione della sanità pubblica.

In Germania, nella seconda metà dell'Ottocento, le cause sociali delle malattie emersero con ancora maggiore chiarezza. Per iniziativa di Virchow (il fondatore della biologia cellulare) si affrontarono direttamente, in maniera organica, le connessioni tra la salute e la politica. Il suo impegno

cominciò quando fu inviato dal governo prussiano in Alta Slesia per un'epidemia di tifo, e constatò che la vera causa del male stava nelle pessime condizioni di vita, nella cattiva igiene, nella povertà, e tutto ciò era dovuto all'esistenza di uno stato autoritario e repressivo. Parlò poi dell'esigenza di una "epidemiologia sociologica"; suggerì come ricetta per la prevenzione "l'istruzione accompagnata dalle sue figlie: la libertà e la prosperità"; formulò infine l'espressione più chiara e incisiva dei rapporti fra la medicina e la politica: "Se la medicina vuole raggiungere completamente i propri fini, essa deve entrare nella più ampia vita politica del suo tempo, e deve indicare tutti gli ostacoli che impediscono il normale completamento del ciclo vitale".

Nello stesso periodo, tuttavia, gli sconvolgimenti della rivoluzione industriale nata in Inghilterra (la quale fu certamente una pietra miliare della crescita economica e dello sviluppo umano) moltiplicarono le minacce ambientali, anche a causa dell'esodo massivo dalle campagne verso città insospitali e invivibili². Il primo impatto sulla salute e sulla sicurezza dei lavoratori fu devastante. L'eccesso di ore lavorative, la mancanza di cibo sufficiente e appropriato, lo sfruttamento feroce delle donne e dei bambini, le abitazioni malsane, la carenza di ogni istruzione furono ignobili fenomeni che durarono per decenni, senza regole né limiti. Le conseguenze furono atroci, e vennero definite come "massacro industriale" o come "genocidio pacifico".

Solo negli ultimi decenni del secolo le inchieste sociali e le ispezioni pubbliche, i movimenti umanitari e gli scioperi dei lavoratori, i contratti collettivi e le leggi sul lavoro delle donne e dei minori frenarono questa tendenza. Fu così aperta la via verso benefici importanti a favore dei lavoratori e verso il risanamento urbano. Si crearono in quel periodo forme associative diffuse e

possenti, a partire dalle società di mutuo soccorso che ne furono l'embrione, come i sindacati, i partiti socialisti e diverse aggregazioni di lavoratori con uno sfondo rivendicativo e religioso. La Gran Bretagna, e poi la Francia, la Germania, l'Italia furono antesignane di queste trasformazioni, che si diffusero anche in altre parti del mondo. La bella rivista storica *Manguinhos*, pubblicata dalla Fiocruz racconta spesso la nascita e lo sviluppo di queste esperienze in Brasile e nell'America del Sud. Come risultato si ebbero maggiori diritti, rappresentanze riconosciute, condizioni lavorative e sociali che frenarono i fattori determinanti delle malattie, una dignità e un'autostima dei lavoratori superiore al passato, qualche tipo di partecipazione al potere e di parziale correzione delle forme del capitalismo. La riduzione degli indici di mortalità (infantile e generale), e il calo sensibile di molte malattie prima ancora che si conoscessero farmaci o vaccini efficaci (come è accaduto per l'andamento della tubercolosi nel XIX secolo), mostrano quanto abbia influito sullo stato di salute il miglioramento delle condizioni ambientali, sociali, educative.

Due volti della biopolitica

Queste tendenze sono proseguite nella prima metà del Novecento, soprattutto nei paesi più democratici, e la salute ha acquisito maggiore rilievo: sia nei desideri raggiungibili dalle persone, sia negli impegni della politica. I molti progressi ottenuti sono stati però frenati, oltre che dal perdurare di profonde ingiustizie, da due tragedie che hanno caratterizzato quell'epoca: il rapido susseguirsi della prima e della seconda guerra mondiale, nate ambedue in Europa e poi combattute in quasi tutti i continenti; e la barbara distorsione, che ha

prodotto un connubio letale, dei rapporti fra scienza e politica.

Mi riferisco all'idea, nata nel clima delle conquiste coloniali, dell'assoluta superiorità di alcune razze umane sulle altre. Essa era coerente col tentativo di legittimare con le leggi di natura l'eccellenza di una stirpe e quindi col diritto/dovere di esercitare il suo dominio sulle altre; e dal sogno regressivo di guidare per via biologica il perfezionamento della nostra specie. Il fondatore di questa disciplina, Francis Galton, le diede anche un nome: *eugenics*. Le sue opere, da *Hereditary genius* (1869) a *Essays on eugenics* (1909) ebbero ampia eco e molte conseguenze tragiche sulla vita di milioni di persone e sulle decisioni politiche: per esempio, con le discriminazioni introdotte nelle leggi riguardanti le immigrazioni.

All'idea della superiorità razziale si aggiunse, per stringere il cerchio, l'aberrante parallelismo tra i metodi della medicina e quelli della politica. Fu affermato che, se la domanda è: "Che cosa fa il medico se una parte del corpo è irrimediabilmente corrotta, e rischia di portare a morte il malato?", la risposta deve essere: "La asporta, per salvarlo"; e si sostenne, per analogia, che altrettanto si deve fare se una parte della popolazione rischia di infettare l'armoniosa collettività.

In base al principio che "la politica non è che medicina applicata su scala più larga", alla fine dell'Ottocento si cominciò a individuare quali erano nella società gli organi, cioè le persone, irrimediabilmente bacate. Col consenso della legge, con l'appoggio di scienze che pretendevano di riconoscere le mele marce, e con la partecipazione di medici iperattivi, si tentò di individuare i soggetti da scartare o da rendere innocui. Il primo passo fu la sterilizzazione dei malati di mente, per evitare che trasmettessero alle generazioni future le loro pecche; il secondo fu l'eliminazione degli handicappati

gravi, peso insopportabile per la società e incapaci di “una vita degna di essere vissuta”; il terzo, infine, lo sterminio sistematico di coloro che venivano considerati appartenenti a “razze” inferiori e ostili rispetto alla maggioranza di sangue puro.

Questa dottrina fu chiamata biopolitica, e i suoi principi furono convalidati dall'autorità del filosofo F. W. Nietzsche: “La vita non riconosce né solidarietà né parità di diritti fra le parti sane e le parti malate di un organismo: queste ultime bisogna reciderle, o l'organismo perisce”. Può anche esistere, fortunatamente, un'altra biopolitica: una politica per la vita, che risponda al principio fondamentale secondo cui “ogni persona nasce uguale in diritti” e che agisca perciò verso il bene di tutti.

Un grande esempio, e uno minore

Molte analisi potrebbero dimostrare come e perché, durante il XX secolo, le politiche abbiano avuto “un'impressionante oscillazione tra prospettive di vita e prospettive di morte”. Una singolare coincidenza di tempi, e insieme a questa una totale discordanza di scopi, riesce forse a rappresentare, meglio di innumerevoli testimonianze, la totale polarità delle decisioni politiche nel contrasto tra vita e morte. Ho già ricordato (al Congresso di Rio, agosto 2006) quanto accadde nei primi mesi dell'anno terribile 1942, all'acme della seconda guerra mondiale. Nel mese di gennaio Adolph Hitler, riunì nella conferenza del Wannsee lo stato maggiore del nazismo, che rese esecutiva la decisione politica del genocidio sistematico, avviando nei forni crematori quella operazione che fu chiamata “la soluzione finale” della questione ebraica.

Nell'aprile dello stesso anno William Henry Beveridge presentò a nome del Governo inglese, nella Londra flagellata dalle bom-

be, il progetto del *Welfare State* che affermava il diritto alla vita, alla salute e alla sicurezza per tutti i cittadini *from the cradle to the grave*, indipendentemente da classe, censo, genere e istruzione, basandosi sul sistema delle pensioni, dell'assistenza sociale e dell'istruzione diffusa.

Sono un po' restio a parlare dell'altro esempio, assai minore rispetto alle dimensioni dell'impatto del *Welfare State* nel mondo, perché esso si riferisce a un'esperienza personale, di cui sono stato partecipe. Ma mi sembra significativo. Ho svolto all'Università “La Sapienza” la mia tesi di laurea, nel 1952, con una ricerca svolta sulle differenze nella mortalità (infantile, generale e per cause) nei diversi rioni, quartieri e suburbi di Roma nel periodo, che fu cruciale per la Capitale, fra il 1935 e il 1950. Mi aveva colpito la lettura della relazione svolta da Jacques Bertillon all'inizio del Novecento, sulle profonde differenze di mortalità in rapporto al censo nelle città di Parigi, Berlino e Vienna, e più ancora la polemica (agli atti anch'essa) di Cauderlier, secondo cui “quando un medico visita un malato, non gli chiede se è ricco o povero”, ma se ha seguito o no le regole dell'igiene, che sono “semplicissime e alla portata dei meno ricchi; basta respirare aria pura e non fare eccessi di alcun genere”.

Dalla mia tesi risultò confermato un notevole gap di equità nella salute secondo il reddito, il lavoro, l'abitazione, il livello di istruzione. Risultò inoltre, dividendo i dati dei quindici anni in tre periodi (prima, durante e dopo la guerra), che i dislivelli di mortalità infantile erano cresciuti sostanzialmente durante la guerra. Dopo qualche anno lessi una ricerca analoga alla mia, compiuta per il medesimo periodo sulla mortalità infantile nella città di Londra, e apparve una situazione diversa, anzi opposta: durante la guerra, il gap sociale era stato considerevolmente ridotto.

Quali fattori agirono nel rendere così diversi i due casi? Nella capitale italiana, che era sovraffollata di rifugiati i quali pensavano di essere più sicuri all'ombra della Città Aperta, vi era trascuratezza diffusa verso i bambini, e assenza di ogni aiuto per le famiglie. In Londra, che subiva ogni giorno la crudeltà di pesanti bombardamenti, le istituzioni provvedevano assistenza e cure, distribuivano il latte, privilegiavano nell'alimentazione donne e bambini, e i legami nel popolo contribuivano ad affrontare le maggiori difficoltà. La differenza fra le due situazioni è stata cioè tra la presenza e l'assenza di politiche specifiche e di solidarietà organizzata. Diremmo oggi: nell'impegno sui determinanti sociali delle malattie.

La Commissione (CSDH) e l'OMS

Un contributo fra molti altri nell'affrontare questo tema può venire dalla decisione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, promossa dal direttore generale Jong-Wook Lee nel 2005, di nominare una *Commission on Social Determinants of Health*, costituita da venti esperti e presieduta dall'epidemiologo inglese Michael Marmot, che ha il compito di studiare, di promuovere azioni, di sollecitare i governi e le istituzioni locali, di coinvolgere ampiamente la società civile; e ha il mandato di completare il suo lavoro entro il 2008 avendo contribuito, possibilmente, a creare le basi scientifiche e le premesse politiche – questo è l'arduo compito – per sollecitare esperienze da diffondere e per affrontare in modo permanente le profonde iniquità nella salute, che esistono tra paesi e tra i gruppi sociali dello stesso paese. L'idea centrale è che la medicina e l'assistenza sanitaria costituiscono *soltanto uno dei fattori* che influiscono sulla salute della popolazione. In realtà, i fattori principali

consistono nell'ampio spettro di condizioni sociali ed economiche in cui vivono le persone: la povertà nelle sue diverse manifestazioni, le ingiustizie, il deficit di istruzione, l'insicurezza dell'alimentazione, l'esclusione e la discriminazione sociale, l'insufficiente tutela della prima infanzia, le discriminazioni verso le donne, le abitazioni malsane, il degrado urbano, la mancanza di acqua potabile, la violenza diffusa, le lacune e l'inadeguata qualità dei sistemi assistenziali.

Le conseguenze di queste situazioni possono essere riassunte in poche cifre, innegabili e crude nella loro essenzialità:

- la speranza di vita alla nascita varia da 34 anni nella Sierra Leone a 82 in Giappone;
- la probabilità di morire di una persona tra le età di 15 e 60 anni è dell'8,3% in Svezia, 46,4% in Russia, 90,2 % nel Lesotho;
- la speranza di vita nei paesi sviluppati varia di 5-10 anni secondo le differenze di reddito, di istruzione e di condizioni di lavoro;
- in Australia c'è una differenza di 20 anni nella speranza di vita tra gli aborigeni e la media degli abitanti;
- circa 11 milioni di bambini sotto i cinque anni sono morti nell'anno 2002, e il 98% di questi erano nati in paesi a scarso sviluppo;
- le disuguaglianze nel reddito crescono continuamente nei paesi che costituiscono l'80% della popolazione del mondo (rapporto UNDP, 2005);
- nel 1996, 358 miliardari disponevano di una rete di 760 miliardi di dollari, pari alle risorse disponibili per il 45% dell'intera popolazione mondiale.

Di fronte a queste situazioni, pochissimi governi del mondo hanno un program-

ma adeguato, tendente ad affrontare con qualche organicità i determinanti sociali della salute. Le premesse di ogni lavoro della CSDH stanno perciò nell'apprendere dalle precedenti esperienze³ e nel valutare gli ostacoli e le opportunità che potrebbero forse consentire un sostanziale mutamento.

Apprendere dalle esperienze

Nella Costituzione dell'OMS, redatta nel 1946, vi sono due concetti chiarissimi. Uno è l'indicazione dello scopo: "raggiungere per tutti i popoli il più alto livello possibile di salute"; l'altro è lo strumento per ottenerlo: "promuovere, in connessione con gli Stati membri e con le agenzie internazionali il miglioramento delle nutrizione, delle abitazioni, delle condizioni economiche e lavorative e di ogni altro aspetto dell'ambiente necessario". La Costituzione dell'OMS prevede quindi "un'integrazione e un sostegno ravvicinato tra la prospettiva biomedico/tecnologica e quella sociale verso la salute: ma questa unità non è stata perseguita durante la storia successiva dell'organizzazione".

Dopo la fondazione dell'OMS, i successi nella lotta contro le malattie si sono moltiplicati anche per la diffusione, ampia e talora universale, di prodotti come gli antibiotici e i vaccini; ma presto predominò l'idea, tra gli specialisti, tra i governanti e anche nell'opinione pubblica, che attraverso la biomedicina si sarebbero risolti tutti i problemi. L'efficacia delle campagne di eradicazione del vaiolo e la sconfitta dei tentativi di eradicare nel mondo la malaria, dimostratisi impossibili senza profondi mutamenti ambientali, sociali e culturali, misero presto in palese evidenza il lato positivo e quello negativo dell'esperienza. In quel periodo, e anche dopo, molti governi,

compresi quelli di paesi poveri, orientarono i loro bilanci, anziché verso programmi di salute pubblica e verso le zone agricole in cui viveva la grande maggioranza della popolazione, alla costruzione di grandi "palazzi della salute", attrezzati con le ultime tecnologie e destinati alla cura delle élites urbane.

La svolta verso le urgenti necessità delle persone povere e svantaggiate, e verso i determinanti sociali delle malattie, fu avviata negli anni sessanta e settanta: con la scelta di programmi sanitari di tipo comunitario, con le forme partecipative di assistenza e con l'enfasi sulla prevenzione e sulle cure di base raggiungibili da tutti. A confermare questa linea stavano le esperienze di buona salute a basso costo, quelle compiute nello stato indiano del Kerala, nello Sri Lanka, nel Costa Rica e a Cuba. Esse dimostravano che la salute può progredire anche dove il reddito pro-capite non è alto, purché vi sia un impegno dello Stato e della comunità e un'adesione delle professioni sanitarie alla creazione di servizi diffusi, qualificati e accessibili, a diffondere l'istruzione di base, ad affrontare le radici sociali delle malattie.

Nel 1976 Hafdan Mahler, allora direttore generale, propose all'Assemblea generale dell'OMS un'idea utopica, ma assai mobilitante: *la salute per tutti nell'anno duemila*. La priorità dell'assistenza di base (*primary health care*) era accompagnata da un esplicito riferimento alle *causae causarum*: "L'obiettivo implica la rimozione degli ostacoli alla salute, cioè l'eliminazione di malnutrizione, ignoranza, acqua contaminata, abitazioni malsane, che sono importanti quanto la soluzione dei problemi medici".

L'anno 1978 segnò al tempo stesso il trionfo e il declino di questi orientamenti. La Conferenza di Alma Ata (Kazakhstan), con la presenza di oltre tremila partecipanti e di 67 organizzazioni internazionali, rilanciò

al mondo la proposta di Mahler. Al tempo stesso, però, il mondo diveniva un altro. Cambiava, e cominciava l'era del neolibberismo: una corrente di pensiero e d'azione propensa a considerare la salute come fonte di investimenti economici, a criticare la sanità pubblica come un ostacolo all'iniziativa privata, a trascurare il valore dei beni comuni, a spostare il quadro di comando dall'OMS ad altre Agenzie internazionali: la Banca Mondiale, il Fondo Monetario Internazionale, l'Organizzazione Mondiale del Commercio. A partire dagli anni Ottanta, l'obiettivo della salute per tutti gli esseri umani scomparve quasi dall'orizzonte politico. All'idea che essa può essere un fine dello sviluppo, un moltiplicatore delle risorse umane e una priorità dell'impegno pubblico, si è opposta quasi ovunque un'altra: che i sistemi universali di salute sono un peso per le finanze degli Stati e un ostacolo per la crescita della ricchezza.

La giustificazione morale di questi orientamenti è stata, nel migliore dei casi, la certezza che la congiunzione virtuosa tra il progresso scientifico e il libero mercato avrebbe gradualmente esteso i propri benefici verso tutti. Purtroppo, questa profezia non si è avverata. Il suo fallimento non può farci dimenticare i progressi in atto, non deve farci nascondere i difetti di molti sistemi sanitari pubblici, non può indurci a negare che la scienza e il mercato siano, usate con oculatezza, fra le creazioni più positive dell'ingegno umano. La congiunzione, però, non è stata virtuosa: al contrario. La diagnosi più evidente del fallimento, e l'impulso più urgente al cambiamento, sta nella crescita esponenziale delle disuguaglianze: sia tra paesi che in ogni paese, sia nella salute che nella speranza di vita.

In un'epoca nella quale abbiamo gran parte delle conoscenze e dei mezzi necessari per contrastare gran parte delle malattie, si può accettare che vi siano persone,

gruppi, paesi nei quali "è rischio di morte il nascimento", come scriveva Giacomo Leopardi, nei quali superato questo rischio se ne incontrano altri, e si vive perciò un terzo o la metà degli anni di cui beneficiano i privilegiati? Come si può definire questo fenomeno, se non come un crimine contro l'umanità?

Il paleolibberismo di Adam Smith

Guardando al recente passato, si può constatare che nel novecento vi sono stati molti crimini, guerre e dittature, ma anche molte conquiste. Fra queste, l'essere spesso riusciti ad addomesticare mediante le lotte sociali, lo spirito selvaggio del capitalismo e l'aver ridato voce, mediante le lotte di popolo, ai paesi che erano stati dominati dal colonialismo e dal neolibberismo. Sul piano della biologia umana e dell'antropologia i tre fenomeni di maggior rilievo sono stati probabilmente l'emancipazione delle donne, la crescita esponenziale della popolazione; e il prolungamento (quasi un raddoppio) della durata media della vita (*life expectancy*).

Negli ultimi decenni del secolo, però, proprio su questo terreno si sono manifestati segni regressivi, disuguaglianze accresciute tra paesi e al loro interno, e i progressi di alcuni sono stati pagati a caro prezzo dagli altri.

Ritornando alle statistiche e alle iniquità della salute si può riflettere su due domande distinte:

- perché in Giappone la speranza di vita è di 82 anni, e in Sierra Leone di 32?
- Perché in Inghilterra un manovale vive 7 anni in meno che un professionista?

Alla prima, la risposta è semplice: il Giappone è il paese più longevo del mondo

perché è ricco, ha minori squilibri di altri paesi (USA), è più coeso e ha un efficace sistema universale di prevenzione e di cure. In Sierra Leone le persone vivono meno di mezza vita perché mancano il cibo, l'acqua, il lavoro, l'assistenza, l'istruzione, perché imperversano l'Aids, la tubercolosi e la malaria; perché si parla molto di solidarietà ma i paesi ricchi attirano i pochi medici e infermieri rimasti nel luogo, si parla di "aiuti umanitari" ma l'Unione Europea, per esempio, per ogni euro elargito ne sottrae due attraverso il commercio ineguale.

La risposta alla seconda domanda è più complessa. Ai manovali e agli impiegati subalterni, raramente mancano le risorse essenziali per vivere: acqua, cibo, abitazione, cure, istruzione di base. L'epidemiologo Michael Marmot (che presiede la Commissione per i Determinanti Sociali dell'OMS) ha definito la loro condizione come *status syndrome*, basata su fattori materiali come la qualità del lavoro, il reddito, il rischio, le discriminazioni basate sul genere e sull'etnia, ma anche immateriali: la dipendenza, la mancanza di controllo sulla propria vita, l'induzione verso comportamenti nocivi, la gratificazione negata al proprio lavoro, la caduta dell'autostima. In altre parole, l'assenza di ciò che Adam Smith definiva, nella sua *Teoria dei sentimenti morali*, come "l'importanza di avere ciò che è necessario per svolgere il proprio ruolo senza vergogna".

Con dignità, quindi. Contrastando l'indifferenza degli inerti e tentando di suscitare sentimenti di solidarietà.

Le prime parole della *Teoria dei sentimenti morali*, sono queste, inequivoche, "Per quanto egoista si possa ritenere l'uomo, sono chiaramente presenti nella sua natura alcuni principi che lo rendono partecipe delle fortune altrui, e che rendono per lui necessaria l'altrui felicità, nonostante da essa egli non ottenga altro che il piacere di contemplarla... tale sentimento... non è

affatto prerogativa del virtuoso o del compassionevole... Nemmeno il più grande furfante, il più incallito trasgressore delle leggi della società ne è del tutto privo."

Il primo capitolo della *Teoria dei sentimenti morali* è perciò intitolato alla simpatia, che costituisce "il solo principio che può ricondurre a unità la genesi dei differenti tipi di giudizio morale"; e questo tema è ripreso più volte nell'opera più famosa di Adam Smith *An inquiry on the nature and the causes of Wealth of Nations* (1776), dove l'analisi economica non è mai disgiunta dalla prospettazione di un comportamento etico.

Da quando mi sono avvicinato a queste letture, ho nutrito sempre più stima nel paleoliberalismo, e sempre più diffidenza e ostilità verso il neoliberalismo. Sono stato poi confortato dalla lettura del libro di Amartya Sen su *Etica ed economia*, il quale indica i limiti di una condotta che guardi solo alle motivazioni interessate ed egoistiche, e di una teoria che si rivela inadeguata anche sul piano più strettamente economico.

A questo si è aggiunto il rigetto verso le affermazioni di Milton Friedman, secondo cui l'unica etica dell'economia può essere che il profitto, e verso le profonde conseguenze che sono derivate da questi orientamenti.

Tra passato e futuro

Nel Novecento, le maggiori forze propulsive sono state la scienza e il mercato, e il maggiore conflitto nei paesi industrializzati si è svolto fra le classi lavoratrici e il capitale. Al tempo stesso, tuttavia, due soggetti avevano assunto l'esistenza di fondamenti comuni, che Marcello Cini descrive nel suo libro *Il supermercato di Prometeo*:

"Il primo, nell'ambito del rapporto fra l'uomo e la natura, era l'assunzione della

possibilità di una crescita *illimitata* della produzione di beni materiali, ottenibile attraverso la realizzazione dell'ideale bacciano di sottomissione totale della natura al dominio dell'uomo". In verità, questo ideale era stato patrocinato da lunghissimo tempo, e sancito come messaggio divino all'atto stesso della creazione dell'uomo: "Crescete e moltiplicatevi e riempite la terra, e dominate sui pesci del mare e sugli uccelli del cielo e sopra ogni altro animale che si muove sulla terra" (Genesi, 1.28). In un altro passo si dice che Dio "prese l'uomo e lo pose nel Giardino dell'Eden perché lo lavorasse e lo custodisse" (Genesi 2.15). Ma, gradualmente, e in modo accelerato negli ultimi due secoli, ed ora precipitevolissimamente, ha però stravinto il messaggio del dominio su quello del lavoro e della custodia. Da questo momento "non è più la nuda natura ma il potere conseguito per dominarla a minacciare l'individuo e la specie. In questa condizione l'uomo è diventato per la natura più pericoloso di quanto un tempo la natura lo fosse per lui, la tecnologia cessa di essere una forza neutrale dell'agire umano e diventa un modo ineludibile oggetto dell'etica".

Il secondo fondamento comune stava, nel quadro dei rapporti sociali, nella convinzione che "la crescita avrebbe portato di per sé a un progresso materiale e culturale delle condizioni di vita dell'umanità intera, tale da condurre via via all'affermazione, fino alla loro definitiva scomparsa, dei conflitti fra le classi e fra i differenti popoli della terra".

Vista dal movimento socialista e comunista, la transizione avrebbe comportato, con la scomparsa delle classi, il riconoscimento della pari dignità di ogni individuo; vista dal lato opposto, il benessere universale sarebbe stato raggiunto gradualmente in favore di tutti, a cascata, per opera della congiunzione tra scienza e mercato.

La realtà è che, insieme a molti progressi, non ci sono mai state tante persone private della propria dignità e della vita stessa, che sono morte prematuramente per la fame, per la povertà, per malattie evitabili, e mai le ingiustizie sono state così evidenti.

Negli ultimi anni sono emerse anche molte novità positive tra cui la conoscenza dei fatti e l'impegno per correggere le ingiustizie: "le informazioni su discriminazioni, torture, miserie, malattie e abbandoni aiutano a coalizzare le forze che contrastano questi eventi, allargando l'opposizione dalle sole vittime al vasto pubblico". Ciò è possibile perché la gente ha la capacità e la disponibilità di reagire verso le difficoltà degli altri, e molti tendono a rendere necessaria l'altrui felicità.

A questo si aggiunge una nuova riflessione morale, riferita non solo alla prossimità ma alla distanza temporale e spaziale, cioè alle prospettive globali, all'intreccio fra la dignità degli individui e i traguardi della collettività, volti a promuovere la sicurezza e il benessere di tutti. Da ciò il passaggio dall'ubriacatura del privato alla considerazione che esistono "beni comuni" materiali come la natura, il clima, le acque, le risorse energetiche, la salute, e beni comuni immateriali come l'istruzione, la conoscenza, l'informazione, l'innovazione.

Su questi temi sono in corso profonde innovazioni, che partono dall'impulso dato a un'economia del sapere, che diventa il terreno privilegiato nella produzione del profitto, nella crescita delle persone, nella distribuzione del potere, nel valore e nella dignità del lavoro.

Epilogo: marzo 2011

Vorrei sottolineare alcune impressioni tratte dalla lunga e appassionante esperienza che ho avuto l'onore di condividere con

eminenti scienziati, politologi, docenti universitari di tutto il mondo, dall'inizio del 2005 conclusasi a maggio del 2008 con un Rapporto globale sulla salute presentato nel settembre dello stesso anno all'OMS di Ginevra – come componente della Commissione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità incaricata di affrontare le diseguaglianze nella salute e le cause sociali che ostacolano una migliore condizione e una prospettiva di vita più salubre (CSDH). Grazie alle indagini comparate svolte in molti paesi coinvolgendo governi, università, movimenti di lotta per la salute e per l'accesso alle cure, dopo avere analizzato le tendenze degli ultimi decenni e valutato i molti progressi compiuti, allo stesso tempo, abbiamo dovuto constatare che le diseguaglianze – prevedibili ed evitabili – stanno comunque crescendo. Un motivo in più per lottare con continuità, con intelligenza e con passione sull'attualità, e soprattutto sulle prospettive.

Inoltre, nel corso dell'impegno come parlamentare europeo nella scorsa legislatura, seppure io ritenga doveroso sottolinearne i pregi, devo anche dire che l'Europa manca, nei suoi progressi in campo sanitario, di un impegno specifico sull'equità nella salute. Senza questo, le diseguaglianze tendono a crescere. Devo anche aggiungere che l'Unione europea soprattutto nel presente è molto interessata ai rischi delle "malattie transfrontaliere", che spesso vengono ingigantiti, trascurando invece il fatto che le malattie hanno origine all'interno della nostra società, ovvero nel contesto dei comportamenti, delle condizioni di lavoro e di vita di ciascun cittadino.

Aggiungo, infine, una riserva che non è linguistica, ma concettuale. Leggendo le delibere dell'Unione in tema di salute, sono rimasto sempre sorpreso dalle loro premesse: si dice che l'Europa si impegna "per promuovere la produttività"; oppure,

analogamente, "per aiutare a vincere la competizione economica". Niente di male, ma non si dichiara mai che la salute delle persone ha un proprio valore intrinseco; ed è ovviamente un'aspirazione di tutti. Sembra spesso che gli affari e le merci abbiano la priorità sulla vita dei cittadini.

Note bibliografiche

1. D. Porter: *Public Health, in Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, W.F. Bynum and Roy Porter eds, Routledge, London 1993, Volume 2, pp. 1239-1240.
2. Cfr. per esempio: F. Engels: *Die Lage der arbeitenden Klassen in England*, ed. Otto Weigand, Lipsia 1845.
3. Cfr. il documento *Learning from past experiences*, discusso nella prima riunione della CSDH, Santiago del Cile, 15-17 marzo 2005.

LECTIO MAGISTRALIS

La condizione postmoderna e le traiettorie della complessità

Giovanni Baglio^{a,b}, Enrico Materia^a

^aLaziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica, Roma; ^bSocietà Italiana di Medicina delle Migrazioni

Le pagine che seguono intendono offrire al lettore un punto di vista su alcune questioni di sfondo, solo in apparenza astratte e lontane, nel solco dell'insegnamento di Thomas Pynchon e con in mente una sua citazione dal romanzo *Mason & Dixon*: "Non c'è nulla di più temibile di una versione unica di come stanno le cose nel mondo o di come sono andate le cose nella storia" [Pynchon, 1999].

Si potrebbe definire la nostra una riflessione sulle origini del presente, e sulla crisi che sembra caratterizzare l'epoca odierna: una crisi di verità e di senso, che ha coinciso con la fine di quella che gli storici delle idee hanno chiamato *Modernità*; e che apre all'avvento di una nuova condizione postmoderna.

Cercheremo di leggere dentro questa condizione emergente, per rintracciarne i tratti distintivi e, soprattutto, per esplorare i nessi tra verità ed etica, conoscenze e valori, a partire da una domanda centrale posta dai filosofi del tardo '900, in particolare da Michel Foucault [2009]: quale vita è necessaria, quando la verità sembra non esserlo più?

La riflessione si articolerà in tre momenti distinti. Una prima parte, per così dire *de-*

struens, riguarderà la crisi della Modernità; seguirà una parte *construens*, dedicata al nuovo paradigma emergente della complessità; si guarderà, infine, ai risvolti etici della complessità, verso l'orizzonte di un pensiero cooperativo.

I. La crisi della modernità e l'*Angelus Novus*

C'è un dipinto che forse più di ogni altra immagine riassume in sé il senso e la portata della crisi che attraversa la nostra epoca e assurge, in qualche misura, a simbolo ed emblema di questa crisi. Si tratta dell'*Angelus Novus*, un acquerello che il filosofo Walter Benjamin acquista nel 1921 da Paul Klee, stravagante pittore di origine svizzera ossessionato dagli angeli, a tal punto che nel corso della sua attività artistica dipingerà ben 56 opere a tema angelico; Benjamin ottiene il dipinto e ne fa il riferimento costante e il fulcro della sua riflessione filosofica e storiografica.

È un'immagine strana questa dell'*Angelus novus*, che nella lettura di Benjamin si carica di accenti apocalittici. Ciò che il filosofo

tedesco vede raffigurato nell'acquerello è l'Angelo della Storia:

"I suoi occhi sono spalancati, la bocca è aperta e le ali sono dispiegate. L'angelo della storia deve avere questo aspetto. Ha il viso rivolto al passato. Là dove davanti a noi appare una catena di avvenimenti, egli vede un'unica catastrofe, che ammassa incessantemente macerie su macerie e le scaraventa ai suoi piedi. [...] Ma dal paradiso soffia una bufera, che si è impigliata nelle sue ali, ed è così forte che l'angelo non può più chiuderle. Questa bufera lo spinge inarrestabilmente nel futuro, a cui egli volge le spalle, mentre cresce verso il cielo il cumulo delle macerie davanti a lui. Ciò che noi chiamiamo il progresso, è questa bufera" [Benjamin, 1962].

Questa è senz'altro una delle pagine più tragiche e, per così dire, conclusive della storia della Modernità. Una pagina che viene scritta proprio mentre infuria in Europa la seconda guerra mondiale, proprio là dove la Modernità era nata e si era imposta come superba espressione della razionalità umana.

1.1 Lyotard e i grandi racconti della Modernità

Siamo partiti dalla fine della storia. Ma che cosa possiamo dire ancora di questa fine; e soprattutto, cos'è (o cosa è stata) la Modernità?

Per rispondere a queste domande, facciamo nostra la riflessione del filosofo francese Jean Francois Lyotard, che ha dedicato al tema del postmoderno diversi suoi scritti, tra cui il ben noto rapporto scritto su commissione del Governo del Quebec e intitolato appunto "La condizione postmoderna" [Lyotard, 1981].

Lyotard mette in relazione la fine della Modernità con la crisi delle tre grandi metanarrazioni, *les grands récits* che ne hanno sostenuto l'impalcatura, attraversando il secolo breve: l'Illuminismo, l'Idealismo hegeliano e il Marxismo.

Le metanarrazioni rappresentano per Lyotard l'orizzonte di spiegazione e di senso, all'interno del quale gli eventi della storia – passati e presenti – acquistano un significato e una prospettiva di intelligibilità; e che consente anche di legittimare le scelte per il futuro. Sono, in definitiva, i grandi sistemi filosofici che cercano di dare una risposta assoluta e definitiva all'enigma della Storia. "Postmoderna" sarebbe dunque, per Lyotard, l'incredulità nelle spiegazioni onnicomprehensive della conoscenza e dell'esperienza storica.

Ora, questi tre meta-racconti della Modernità, al di là delle tante differenze che pur esistono e li contraddistinguono, presentano al fondo alcune caratteristiche comuni. Un primo tratto condiviso è rappresentato da una visione ottimistica, vorremmo dire ingenua, della Storia intesa come "progressiva illuminazione"; una Storia che evolve lungo un percorso lineare di progresso: progresso scientifico per gli illuministi, morale per gli idealisti e sociale per i marxisti. In questa prospettiva, il progresso viene percepito come una sorta di fatalità cronologica, per cui è sufficiente andare avanti per andare bene [Vattimo, 1991].

Un altro tratto in comune consiste nella ricerca spasmodica di un "fondamento" in grado di sostenere l'intera impalcatura del sistema. Tale fondamento può essere rintracciato nella ragione positiva, una Ragione che i grandi filosofi della Modernità imparano presto a scrivere con la R maiuscola, capace di dispensare certezze assolute e definitive, di rappresentare *l'ubi consistam*, il punto di appoggio archimedeo ("Datemi un punto di appoggio e vi solleverò il mon-

do” aveva detto Archimede) su cui fondare l’intero edificio della conoscenza e dell’etica. Così nella filosofia di Kant, il grande vate della Modernità illuministica, tutto si regge sulla Ragione: la certezza della conoscenza (*ragion pura*) e la certezza dell’etica (*ragion pratica*). Lo stesso vale per Hegel: “Tutto ciò che è razionale è reale e tutto ciò che è reale è razionale” aveva detto il filosofo padre dell’idealismo; e questo motto di sapore pitagorico diviene il fulcro della sua filosofia della razionalità. Infine per il Marxismo, la ragione rivoluzionaria si afferma contro le storture e le devianze dei sistemi capitalistici. Sulle ali della Ragione, la Modernità si mette alla ricerca della precisione matematica, del rigore logico, della certezza intellettuale e dell’intransigenza morale.

1.2 *L’Età dei Lumi e la concezione scientifica del mondo*

Analizziamo più da presso la metanarrazione illuministica, che ci tocca da vicino in quanto professionisti della salute e ricercatori la cui formazione si è compiuta in un humus di impronta positivista.

L’impalcatura illuministica ha sostenuto la filosofia della scienza e impregnato la cultura per più di tre secoli, dalla cosiddetta “rivoluzione scientifica” nel XVII sec. ad opera di Galileo, Cartesio e Newton, fino ai nostri giorni.

L’Illuminismo ha significato il primato indiscusso della scienza e del pensiero logico-matematico, e l’affermazione di una visione meccanicistica e deterministica della natura, perfettamente compresa all’interno degli orizzonti della fisica e delle sue leggi predicate come assolute, universali e immutabili [Abbagnano, 1998].

È stato il trionfo della *concezione scientifica del mondo*, in cui il sapere scientifico si offre come abbozzo di una visione metafisica

definitiva: un processo asintotico di avvicinamento a un luogo fondamentale di spiegazione e di osservazione, uno “*sguardo da nessun luogo*” – come recita il titolo di un interessante saggio del filosofo americano Thomas Nagel [1986] – in cui il predicatore scompare e rimane il predicato, e che sembra coincidere pericolosamente con il punto di vista di Dio.

La metafora forse più emblematica del potere della Scienza è rappresentata dal pendolo di Foucault, ossia il pendolo con il quale il fisico francese Jean Bernard Léon Foucault nel 1851 dimostrò il movimento di rotazione terrestre, che diveniva visibile rispetto al piano immutabile delle sue oscillazioni, e che oggi si può ammirare in un’ala del Museo delle Arti e dei Mestieri a Parigi. Scrive Umberto Eco, nell’omonimo romanzo: “Lassù, da dove esso pendeva, e lungo l’infinito prolungamento del filo, in alto verso le più lontane galassie, stava, immobile per l’eternità, il Punto Fermo” [Eco, 1988]. Un punto fermo da cui far discendere, nel solco dell’eredità cartesiana, il carattere di necessità, invarianza e atemporalità delle leggi e delle teorie: unico possibile riscatto alla dannazione del *panta rei*.

1.3 *Il meccanicismo nelle scienze della vita*

Con il passare del tempo, il modello meccanicistico contagia anche la biologia e la medicina. Osserva Giorgio Cosmacini, storico della medicina e autore del saggio “L’arte lunga” [1997]: “Nella seconda metà del settecento l’ambizione dei medici e degli scienziati d’avanguardia era quella di «fare come Newton», cioè di scoprire proprietà e formulare leggi che corrispondessero nel campo medico-biologico alla «legge di gravitazione universale»”.

Non solo, ma si cominciano ad adottare

meccanismi simili a orologi come modelli per i processi della vita. Nasce così la iatromeccanica e nel 1747 il medico-filosofo francese Julien Offray de La Mettrie pubblica la sua opera *L'Homme Machine*, considerata il vero manifesto del bio-meccanicismo: "L'uomo è fatto di parti... congegnate in una *organisation mécanique* simile a quella di un orologio. [...] Il medico è come l'orologiaio, che ripara i guasti perché conosce la macchina". E prima di lui Giorgio Baglivi, medico allievo di Malpighi, aveva scritto: "Il cuore è una molla che governa l'economia fisica dell'uomo. Le mascelle sono tenaglie, lo stomaco una storta, le vene e le arterie tubi idraulici, i visceri filtri e setacci, i polmoni mantici" [Cosmacini, 2008].

A tal proposito, può essere interessante riflettere sull'ordine gerarchico esistente tra le diverse discipline mediche, e in particolare tra clinica e anatomia patologica, nel percorso per giungere alla verità diagnostica. Per lungo tempo, e fino a pochi decenni or sono, la valutazione dell'anatomopatologo era ritenuta conclusiva: una sorta di giudizio finale e inappellabile dell'accuratezza della diagnosi clinica. La credenza della maggiore prossimità dell'anatomia patologica alla verità clinica è da ricondurre, a nostro avviso, proprio alla visione meccanicistica del corpo umano. Se l'uomo è una macchina, allora solo l'anatomopatologo che ha accesso alle più intime alterazioni morfologiche può rintracciare il malfunzionamento delle sue parti con ben maggiore precisione del clinico, che invece svolge un lavoro induttivo o abduttivo interpretando segni e sintomi, ossia dati disponibili all'esterno.

1.4 La fine delle metanarrazioni e oltre

A un certo momento nella storia del '900,

queste metanarrazioni entrano in crisi. E i primi segnali di un mutamento nella sensibilità, nel gusto, nell'umore culturale arrivano dall'arte, con le avanguardie. Espressionismo, cubismo, surrealismo incarnano proprio l'insofferenza umanistico-artistica per un mondo razionalizzato, in cui tutto è considerato calcolabile e organizzabile completamente. "L'urlo" di Munch (1893) sembra invece volerci avvertire che lo spirito dell'uomo e la sua angoscia esistenziale non sono meccanizzabili.

Le metanarrazioni entrano in crisi e perdono legittimità, in quanto non sembrano più in grado di offrire una prospettiva di senso: è *l'Angelus novus* che guarda il passato carico di devastazioni e di macerie, incapace di esprimere un'intelligenza della Storia.

In particolare, la metanarrazione illuministica si scontra con la crisi della fisica newtoniana, che viene superata dalla relatività di Einstein e dalla meccanica quantistica. Il fallimento della fisica di Newton è molto più che l'insuccesso di una teoria scientifica: è la crisi che investe l'impalcatura stessa della Modernità. Pubblicando le sue teorie, si dice che Einstein abbia esclamato: "Newton perdonami!"; e Niels Bohr avrebbe osservato: "Chi non è sconvolto dalla meccanica quantistica, in realtà non l'ha capita". Ma soprattutto, la metanarrazione illuministica si scontra con la consapevolezza di come la scienza sia incapace di risolvere i problemi concreti dell'uomo. È la fine della grande utopia leibniziana del *calculemus*, della scienza come linguaggio universalizzante sulle cui basi costruire un nuovo ordine mondiale, una nuova *Cosmopolis*. Risultato tangibile: la bomba atomica!

Analogamente, la metanarrazione idealistica si infrange sulla soglia dei campi di concentramento, dinanzi al trionfo dell'irrazionalità del male: un'irrazionalità per nulla aliena alla natura umana, nonché alle

culture e alle civiltà che ne hanno scandito la storia antica e recente [Dei, 2004].

Infine, la metanarrazione marxista si sgretola di fronte alle aberrazioni del socialismo reale e sotto i colpi inferti al muro di Berlino.

La fine delle metanarrazioni coincide, dunque, con la condizione postmoderna.

Che cosa rimane oltre la crisi? Rimane un senso di catastrofe, di vuoto, di dissoluzione nichilista. Questo Lyotard non lo dice esplicitamente, anche se tutto nella sua riflessione porterebbe ad ammetterlo. Ma in alternativa al pessimismo lyotardiano, Vattimo suggerisce che in fondo il racconto che noi possiamo fare sulla crisi delle metanarrazioni è una metanarrazione a sua volta. Dopo la fine delle metanarrazioni non c'è il nulla, ma un'altra (meta)narrazione, magari diversa, meno assoluta, meno metafisica e autoritaria. In altri termini, il postmoderno non coincide con la dissoluzione della conoscenza e dell'etica, ma con una riorganizzazione della conoscenza e dell'etica intorno a nuove coordinate valoriali.

II. La sensibilità postmoderna e la complessità

Entriamo nella seconda parte della riflessione, introdotti dalle parole di Borges, uno dei padri della letteratura postmoderna: "Chi sono io? Quello d'oggi, vertiginoso, quello di ieri, dimenticato, quello di domani, imprevedibile?". Già si colgono nel verso alcuni tratti salienti della condizione emergente: incertezza, divenire, imprevedibilità.

I tentativi di comprendere il significato e la dimensione del cambiamento hanno portato a definire il postmoderno, perlopiù, in termini oppositivi rispetto al precedente paradigma: dalla determinatezza all'inde-

terminatazza, dalla finalità al gioco, dal progetto al caos, dall'esito al processo [Hassan, 1985]; e ancora, dall'universale al particolare, dal generale al locale, dall'atemporale al temporale [Toulmin, 1990].

Inizialmente, i segnali di questo profondo mutamento nella sensibilità e nel linguaggio si rintracciano soprattutto nel campo delle arti figurative, dove prevale una certa tendenza alla contaminazione delle tecniche e degli stili, e in architettura dove si passa dalle forme squadrate e geometriche del modernismo all'*architettura del disordine* del museo Guggenheim di Bilbao [Huyssens, 1984; Harvey, 2002]. Nel 1972 viene demolito negli Stati Uniti un edificio ispirato alla "macchina per abitare" di Le Corbusier, e a questo evento si associa il momento simbolico della fine del modernismo e il passaggio al postmoderno.

Per contagio, il cambiamento investe le scienze umane e soprattutto le scienze naturali, dove riaffiora una forte tendenza anti-riduzionistica e anti-meccanicistica. Osservano due grandi scienziati come Nicolis e Prigogine (quest'ultimo premiato con il Nobel per la chimica nel 1977):

"Il nostro universo fisico non ha più come simbolo il moto regolare e periodico dei pianeti, moto che è alla base della meccanica classica. È invece un universo di instabilità e fluttuazioni, che sono all'origine dell'incredibile ricchezza di forme e strutture che vediamo nel mondo intorno a noi. Abbiamo quindi bisogno di nuovi concetti e nuovi strumenti per descrivere una natura in cui evoluzione e pluralismo sono divenute le parole fondamentali" [Nicolis, 1991].

II.1 Complessità e sistemi complessi

Un concetto che sembra esprimere ap-

pieno lo spirito del tempo, lo *Zeitgeist* contemporaneo, l'umore culturale, e che riassume in sé i costrutti positivi della metamorfosi postmoderna, è rappresentato dalla "complessità".

Complexus è l'ordito, è ciò che viene tessuto insieme. E proprio l'idea di intreccio, che è molto più dei fili che lo compongono, si applica assai bene alle nuove istanze della conoscenza, alle prese con una realtà imprevedibile e problematica, che sfugge ai vecchi schemi improntati al determinismo e alla reversibilità.

La complessità rimanda certamente alle teorie di Edgar Morin [1974], Maturana e Varela [1985], Ilya Prigogine [1996], applicate allo studio dei *sistemi complessi*, ossia di quei sistemi il cui comportamento non può essere compreso attraverso l'analisi dei singoli elementi costitutivi. Sono sistemi caratterizzati da un alto grado di auto-organizzazione e composti da un numero elevato di parti che interagiscono tra loro in modo non-lineare, dando luogo a comportamenti (globali) emergenti non facilmente spiegabili e prevedibili alla luce di una singola legge fisica.

Improvvisamente scopriamo che i sistemi complessi sono ovunque. Tanto per citare alcuni esempi: gli ecosistemi (anche i più semplici), la crosta terrestre (quando ad esempio si considerano le interazioni che provocano i terremoti), il clima, gli organismi viventi e i vari sistemi al loro interno (nervoso, immunitario, endocrino ecc.), i sistemi economici e sociali.

È un nuovo modo di vedere il mondo. Questo farà dire al fisico britannico Stephen Hawking: "Il Novecento è stato il secolo della meccanica quantistica. Questo sarà il secolo della complessità".

Da un punto di vista strettamente epistemologico, tutto ciò conduce a un'istanza di approccio globale ai fenomeni collettivi (naturali e sociali), in aperto contrasto con

l'impostazione riduzionistica e semplificatoria della Modernità.

Le parole chiave della complessità travalicano i confini delle singole scienze, per divenire una sorta di *koinè*, di linguaggio universale che ricomponne le diverse discipline e i diversi saperi [Materia, 2008]:

- *molteplicità* esprime l'abbondanza del reale e la pluralità delle forme e delle manifestazioni;
- *integrazione* esprime la necessità di considerare simultaneamente i diversi aspetti della realtà, attraverso approcci multidimensionali ed eclettici, in grado di cogliere il grado di unità e di solidarietà tra le parti (ossia le interdipendenze e il livello di organizzazione della realtà);
- *contesto* esprime la necessità di contestualizzare sempre i discorsi e le teorie alle dinamiche locali e alla dimensione ecologica (cioè collettiva) dei fenomeni;
- *incertezza* esprime il valore del dubbio nella dimensione della ricerca, in quanto riconoscimento delle aree grigie e controllo permanente delle nostre asserzioni.

II.2 *La prospettiva della complessità nelle discipline bio-mediche*

La complessità in quanto prospettiva epistemologica irrompe anche nel settore biomedico. Segnali di cambiamento sono evidenti in molte discipline [Materia, 2005; Baglio, 2006].

In epidemiologia, ad esempio, si torna a considerare l'importanza del contesto e dei fattori socioeconomici nella genesi delle malattie (*social epidemiology*), mentre la *modern epidemiology* era piuttosto concentrata sullo studio delle relazioni causali decontestualizzate tra fattori di ri-

schio individuali ed esiti di salute. In questa prospettiva va interpretata anche la rivalutazione degli studi ecologici e il ricorso ai modelli di analisi *multilevel* che permettono di analizzare al tempo stesso il ruolo giocato dalle caratteristiche individuali e da quelle ambientali in senso lato.

In sanità pubblica e nell'organizzazione dei servizi, si impone una nuova visione basata sul concetto (e sull'utilizzo) delle reti, che è un concetto "complesso". La rete richiama la molteplicità delle connessioni, l'inter-dipendenza tra i diversi nodi, ma anche lo spirito di cooperazione, il rispetto di obiettivi condivisi, i processi di scambio paritario. Un'importante applicazione del concetto di rete alla sanità pubblica è venuta in questi anni dalle esperienze di *policy network*, maturate in seno alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, attraverso i cosiddetti GrIS. Il termine *policy network* è stato utilizzato, in tale contesto, per connotare "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 altri risorse di *policy*" [Geraci, 2007].

L'analisi delle reti complesse (*complex network analysis*), che può disporre oggi dei nuovi strumenti informatici sviluppati allo scopo, è ritenuta oramai fondamentale nella ricerca sui sistemi sanitari per studiare, con un approccio olistico, le interconnessioni non-lineari tra le molteplici componenti e migliorarne la programmazione e l'efficacia [Pourbohloul, 2011].

La medicina clinica approda al modello complesso eco-psico-bio-sociale, oggi ampiamente accettato per inquadrare i determinanti delle malattie, in sostituzione del superato modello dell'uomo-macchina. Salute e malattie non sono più entità dai confini definiti: emancipandosi da defini-

zioni semplici e non equivocate, le malattie sono piuttosto considerate come insiemi dai contorni sfumati ("*fuzzy set*") che ammettono l'esistenza di condizioni *borderline* [Vineis, 2008]. Infine, lo sviluppo della medicina narrativa riporta l'attenzione sul vissuto del paziente e sul metodo clinico come atto interpretativo (ermeneutico), basato sull'abilità narrativa di integrare storie diverse.

Intanto, per definire la salute si fa riferimento alla capacità di adattamento all'ambiente circostante [Anonymous, 2009] che è proprio una delle caratteristiche dei sistemi complessi quali si considerano gli organismi viventi.

III. Verso un pensiero cooperativo

La complessità, dunque, recupera i costrutti positivi del postmodernismo e le sue possibili declinazioni – molteplicità, integrazione, contesto, tolleranza per l'incertezza – diventano nuove coordinate di senso intorno alle quali si va strutturando la condizione postmoderna. Queste parole-chiave hanno un valore intrinsecamente "etopoietico", cioè ispiratore di pratiche, comportamenti, deontologie; nel senso che ci sono forti implicazioni etiche nell'assunzione della complessità come modello di conoscenza.

Questo è già un livello di riflessione sui nessi tra verità ed etica. Ma c'è un piano ancora più profondo su cui è possibile spingere il discorso, per rispondere alla domanda da cui siamo partiti: quale vita è necessaria, quando la verità sembra non esserlo più? In altri termini, è possibile trovare un punto di convergenza su determinate condotte di vita, a fronte di un discorso sul mondo che si è andato relativizzando e ha perduto ogni aura di certezza assoluta e definitiva?

III.1 *Le scuole ellenistiche e l'arte dell'esistenza*

Nel tentativo di fornire risposte a questa domanda, alcuni storici delle idee come Michel Foucault e Pierre Hadot hanno proposto un viaggio a ritroso nel tempo, alla riscoperta delle origini del pensiero e della civiltà occidentali, attraverso un lavoro di autentica "archeologia del sapere" (l'espressione è di Foucault). Si guarda all'antichità classica, alle grandi figure della filosofia greca, come Socrate, Platone, Aristotele; ma soprattutto, si guarda a un periodo preciso della storia del pensiero greco: il periodo che va dal IV al I secolo a.C. – il cosiddetto periodo ellenistico – fino agli albori dell'epoca imperiale romana (I-II secolo d.C.). È questo il periodo in cui ha inizio il declino politico della Grecia e delle sue città-stato, dopo la sanguinosa guerra del Peloponneso (431-404 a.C.), cui segue l'impresa di Alessandro Magno il Macedone, e successivamente la dominazione romana. Durante questo periodo, fioriscono diverse scuole filosofiche, denominate scuole ellenistiche: in particolare l'epicureismo, il cinismo e lo stoicismo.

Il rinnovato interesse con cui si guarda oggi alle filosofie ellenistiche si deve proprio alle lezioni tenute da Michel Foucault al *College de France* tra il 1981 e il 1982, confluite poi nel testo "L'Ermeneutica del soggetto" [2004], e agli studi di Pierre Hadot che nello stesso periodo pubblica due importanti testi: "Esercizi spirituali e filosofia antica" [1981] e "Che cos'è la filosofia antica" [1995].

Tanto Foucault quanto Hadot osservano come a quel tempo la filosofia, lungi dall'essere mero discorso filosofico, si proponesse come pratica filosofica e arte di vivere. Un tratto comune a queste scuole era infatti lo sviluppo di esercizi spirituali (come le chiama Hadot) o tecniche del sé (come in-

vece preferisce chiamarle Foucault), ossia pratiche volontarie e personali destinate a operare una trasformazione del sé, finalizzata alla costituzione del soggetto etico. Queste pratiche di saggezza riguardavano il modo di vita filosofico e realizzavano la cosiddetta "cura del sé" (in greco, *epimeleia heautou*).

III.2 *Alla conquista di una coscienza cosmica*

Il nucleo essenziale delle pratiche del sé o, per meglio dire, l'obiettivo di queste pratiche, era la conquista della "coscienza cosmica", di una visione per così dire "sistemica" dell'io inserito nell'infinità della natura universale: "*Toti se inserens mundo*", scriveva Seneca in una delle sue Epistole a Lucilio, alludendo alla penetrazione del soggetto nella Totalità del mondo. E ancora: "Abbracciare con lo sguardo la corsa degli astri, come se ti portassero via con le loro rivoluzioni [...] Immaginare costantemente la totalità del mondo e la totalità della realtà".

Come si raggiunge la coscienza cosmica? Attraverso un movimento di allontanamento, di "sguardo dall'alto", in cui l'io sperimenta la misura della sua piccolezza (rispetto all'infinità del cosmo), ma anche un senso di profonda appartenenza.

In questo modo, si impara a osservare le cose nella giusta prospettiva, alla volta di ciò che qualcuno ha definito "il punto di vista di Sirio". Scriverà Ernest Renan, filosofo e storico francese, nel 1880: "Quando ci si pone dal punto di vista del sistema solare, le nostre rivoluzioni hanno appena l'ampiezza di un movimento d'atomo. Dal punto di vista di Sirio, è ancora meno" [Renan, 1880]. Si comprende bene quanto sia diverso il punto di vista di Sirio dallo "sguardo da nessun luogo" di Nagel: men-

tre la Modernità aveva teorizzato la fisica come conoscenza oggettiva e matematica dell'universo, qui si propone la "pratica della fisica come esercizio spirituale" [Hadot, 1981].

Nel XX sec., il grande scienziato Albert Einstein professerà qualcosa di molto simile al sentimento cosmico degli stoici, a proposito dell'ammirazione estatica delle leggi di natura: "Una sorta di ebbrezza gioiosa e di meraviglia al cospetto della bellezza e della grandiosità di questo mondo, di cui l'uomo può costruirsi solo una vaga idea. Questa gioia è il sentimento dal quale l'autentica ricerca scientifica trae il proprio nutrimento spirituale, ma che sembra anche trovare espressione nel canto degli uccelli". A riguardo, il neurofisiologo Antonio Damasio [2003] sottolinea come il sentimento cosmico di Einstein sia esuberante, un misto di reverenza mozzafiato e di palpitante anticipazione di una comunione fisica con il mondo.

Appare, dunque, chiaro che la presa di coscienza di sé avviene per gli antichi attraverso un movimento verticale (in cui si inserisce anche l'esercizio della morte di Seneca, lo sguardo interiore di Marco Aurelio e altre pratiche consimili). Sembra davvero che sulla dimensione verticale si esercitino le tecniche del sé. E la dimensione verticale, vissuta fino in fondo come apertura al mistero del cosmo e profonda sintonia con la natura, finisce per illuminare e ancorare a sé l'altra dimensione, quella orizzontale delle pratiche sociali, della *polis*, della comunità umana. Quanto più l'ancoraggio è efficace, tanto più la coscienza cosmica si traduce in un sentimento di profonda armonia con se stessi e con la natura, e di solidarietà verso i propri simili.

Una traccia di questo sentimento di appartenenza cosmica lo si rinviene, in ambito cristiano, nel *Cantico delle Creature* di S. Francesco, in cui la profonda comunione

con il creato si traduce in sentimento di "fratellanza" anche nei confronti degli elementi della natura. Peraltro, questo atteggiamento positivo verso la natura, tipico del francescanesimo, si distanzia molto dal *contemptus mundi*, dal distacco e disprezzo per il mondo terreno, presente in altre tendenze religiose medioevali (per esempio, in Jacopone da Todi).

III.3 *L'uomo postmoderno e le virtù della solidarietà*

Ma cosa c'entra tutto questo con la postmodernità e, segnatamente, con la complessità?

Siamo profondamente convinti che l'uomo postmoderno, emancipatosi dalla visione angusta dello scientismo, e immerso in questo alone di incertezza e di nuove possibilità di ripensamento sul mondo, sia più attrezzato a compiere il percorso di saggezza tracciato dagli antichi. Per dirlo ancora con Hadot: "Credo fermamente, ingenuamente forse, nella possibilità, per l'uomo contemporaneo, di vivere non già la saggezza, ma un esercizio, sempre fragile, della saggezza... come sforzo di apertura all'universale" [1981].

Tale percorso porta alla riscoperta della solidarietà, potremmo dire della "carità" (svincolando il termine da un orizzonte semantico strettamente confinato alla pratica religiosa), come fondamento di un nuovo umanesimo.

Crediamo sia proprio questo il punto in cui le traiettorie epistemologiche (verticali) della complessità incontrano la prospettiva etica (orizzontale) della solidarietà. Ed è qui che la complessità si fa pensiero ancor più densamente etopoietico, in grado di condizionare i comportamenti individuali e le pratiche sociali.

Ha sottolineato Edgar Morin, uno dei padri della teoria della complessità, come il pensiero complesso sia in grado di illuminare le virtù della solidarietà, rendendo più evidenti e intelligibili i mutui rapporti (e le interazioni) tra la società e i suoi componenti [Morin, 2005]. In altri termini, è più facile, stando all'interno di una visione sistemica, comprendere e legittimare le scelte a sostegno della reciprocità, della fiducia, della coesione sociale, della distribuzione equa delle risorse.

Illuminanti, in questa prospettiva, appaiono i numerosi studi sul "capitale sociale" – un costrutto complesso riassumibile in termini di tradizione civica, patrimonio di relazioni, reciprocità, interconnettività sociale – che esercita un'influenza positiva sulla salute e sulla qualità della vita. Particolare rilevanza assume per noi la ricerca condotta negli Stati Uniti dal sociologo Robert Putnam sulla questione della coesione e del conflitto sociale in relazione alla eterogeneità etnica [Putnam, 2007]. Viene sottolineato come, in presenza di un'elevata tensione sociale innescata dalla disomogeneità etnica e dalla scarsa integrazione, non sia tanto la conflittualità interrazziale a prevalere, quanto piuttosto la spinta alla disgregazione sociale, all'isolamento, al disimpegno e alla sfiducia, non solo verso chi è etnicamente diverso, ma anche verso i consimili.

Questo ci porta a riflettere sulla necessità di promuovere strategie che abbiano l'effetto di ridurre la distanza sociale, agevolando i processi di integrazione e rafforzando la fiducia collettiva nelle istituzioni. In questo senso, il capitale sociale può diventare una chiave di lettura, di orientamento e di valutazione delle politiche pubbliche in favore dello sviluppo di nuove forme di organizzazione collettiva.

I neurofisiologi ci avvertono che il nostro cervello è, per così dire, cablato per coope-

rare con gli altri e questa sorta di predisposizione "biologica" al pensiero cooperativo non aspetta altro che di essere risvegliata dalla pratica individuale della saggezza e dall'esperienza sociale [Damasio, 2003]. Sta a noi rendere tutto questo possibile.

Bibliografia

- Abbagnano, N. [1998], *Dizionario di filosofia*, Torino, UTET.
- Anonymous [2009], *What is health? The ability to adapt*, Lancet, n. 373, p. 781.
- Pynchon, T. [1999], *Mason & Dixon*, Milano, Rizzoli (collana La Scala).
- Benjamin, W. [1962], *Angelus Novus*, Torino, Einaudi.
- Baglio, G. e Materia, E. [2006], *Salute, scienza e complessità: per un'etica dell'incertezza*, in "Tendenze Nuove", n. 1, pp. 83-7.
- Cosmacini, G. [1997], *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Roma, Laterza.
- Cosmacini, G. [2008], *La medicina non è una scienza. Breve storia delle sue scienze di base*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Dei, F. [2004], *Antropologia della violenza nel XX secolo*, in Masotti, F. (a cura di), *Le guerre del XX secolo e le violenze contro i civili*, Roma, Aracne, pp. 29-50.
- Eco, U. [1988], *Il pendolo di Foucault*, Milano, Bompiani.
- Foucault, M. [2004], *L'ermeneutica del soggetto*, Milano, Feltrinelli.
- Foucault, M. [2009], *Il coraggio della verità*, in "Lettera internazionale", n. 100, pp. 2-5.
- Geraci, S. [2007], *Una rete per la salute degli immigrati*, Roma, Nuova Anterem.
- Harvey, D. [2002], *La crisi della modernità. Riflessioni sulle origini del presente*, Milano, Net.
- Hassan, I. [1985], *The culture of postmodernism* in "Theory, Culture and Society", n.2, pp.119-32.
- Hadot, P. [1981], *Esercizi spirituali e filosofia antica*, Torino, Einaudi.
- Hadot, P. [1995], *Che cos'è la filosofia antica*, Torino, Einaudi.

- Huysens, A. [1984], *Mapping the post-modern*, in "New German Critique" n. 33, pp. 5-52.
- Lyotard, J.-F. [1981], *La condizione postmoderna*, Milano, Feltrinelli.
- Materia, E. e Baglio, G. [2005], *Health, science and complexity*, in "J Epidemiol Community Health", n. 59, pp. 534-5.
- Materia, E. e Baglio, G. [2008], *Complessità aziendale e postmodernità*, in Vanara, F. (a cura di), *Il governo dell'azienda sanitaria*, Bologna, Il Mulino, pp. 169-92.
- Maturana, H. e Varela, F.J. [1985], *Autopoiesi e cognizione*. Venezia, Marsilio Editori.
- Morin, E. [1974], *Epistémologie. La complexité*, in "Revue internationale des Sciences Sociales", n. 26, pp. 607-34.
- Morin, E. [2005] *Il metodo. Etica*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Nagel, T. [1986], *The view from nowhere*, New York, Oxford University Press
- Nicolis, G. e Prigogine, I. [1991], *La complessità. Esplorazioni nei nuovi campi della scienza*, Torino, Einaudi.
- Pourbohloul, B. e Kieny, M.P. [2011]. *Complex system analysis: towards holistic approaches to health systems planning and policy*, Bull World Health Organ, n. 89, p. 242.
- Prigogine, I. [1996], *La fin des certitudes. Temps, chaos et les lois de la nature*, Paris, Editions Odile Jacob.
- Putnam, R.D. [2007], *E Pluribus Unum: Diversity and Community in the Twenty-first Century. The 2006 Johan Skytte Prize Lecture*. In "Scandinavian Political Studies", n. 30(2), pp. 137-74
- Psichari, H. (edited by) [1948], *Oeuvres complètes de Ernest Renan*, Paris, Calman-Lévy.
- Damasio, A. [2003], *Alla ricerca di Spinoza*, Milano, Adelphi.
- Toulmin, S. [1991], *Cosmopolis*, Milano, Rizzoli.
- Vattimo, G. [1991], *La fine della modernità*, Milano, Garzanti.
- Vineis, P. [2008], *Methodological insights: fuzzy sets in medicine*, in "J Epidemiol Community Health", n. 62, pp. 272-814.

ONORIFICENZA

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni è lieta di conferire,
per la prima volta nella sua storia, la carica di *Socio Onorario*
al Prof. *Elio Guzzanti*
che, in qualità di uomo e di medico,
ha dimostrato di avere a cuore la dignità e la salute di tutti, senza distinzioni,
e in qualità di Ministro della Repubblica
ha difeso e promosso l'accessibilità alle cure per gli stranieri
in condizione di maggior fragilità.

Palermo, 19 maggio 2011

Una pagina della storia del diritto alla tutela sanitaria per gli immigrati in italia

Salvatore Geraci

(liberamente tratto da *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*, Edizioni Anterem, Roma 1996)

Il 1995 in Italia (...) è stato un anno determinante per delineare una nuova attenzione ed una adeguata politica sanitaria per gli immigrati. Per anni infatti, l'impossibilità di tutelare la salute di questa popolazione con particolare riferimento alla componente irregolare e clandestina, quindi a quella che più di altre è esposta a fattori di rischio per la propria salute, è stata "subita" come situazione ineludibile da molti operatori del settore ed è stata completamente ignorata da amministratori e politici. Il tema è emerso in forma estremamente problematica o allarmistica di fronte ad episodi ed a dichiarazioni spesso rilasciate a scopo strumentale per fini elettoralistici: dalla stampa abbiamo appreso che gli immigrati importano la lebbra e possono trasmetterla "vendendo sigarette"; che gli immigrati han-

no reintrodotto la tubercolosi nel nostro paese da dove da anni era scomparsa (!?), per non parlare dell'aids o di altre malattie sessualmente trasmesse; ed anche che i nostri bambini sono a rischio di ammalarsi di "strane parassitosi" veicolate da bimbi stranieri; che le donne immigrate muoiono di parto o che gli immigrati sono psichicamente disadattati, e così via. Ogni volta si è assistito a precisazioni, smentite o ulteriori affermazioni di politiche di controllo, di cordoni sanitari o accuse di generica malasantità. Falso, la realtà è un'altra cosa. Di fatto gli estremi della problematica hanno fatto notizia; ed ancora si è parlato di medici impotenti, volenterosi di intervenire ma bloccati dalle leggi, e di medici "eroi" che sfidano tutti e tutto pur di assicurare un diritto. Tutto vero ma la realtà è un'altra cosa.

La realtà è un bisogno quotidiano, spesso piccolo ma diffuso; la realtà è la necessità di una tutela di base che è la migliore forma di prevenzione e se può tranquillizzarci, di controllo; la realtà è quella di migliaia di medici ed altro personale sanitario in tutta Italia, nel volontariato, nel privato sociale e nel settore pubblico che hanno seguito il mandato professionale ed il proprio codice deontologico e che, a volte rischiando sul piano amministrativo, hanno scelto l'uomo e non la carta.

La realtà è che, lentamente ma progressivamente, si è presa coscienza dei bisogni e dei diritti, e che accanto al lavoro spesso nascosto di tipo assistenziale, si è organizzata una coscienza professionale concreta e tecnica, scevra da ideologie, trasversale si dice oggi, ma ricca di esperienza che ha saputo far emergere il tema ed è stata in grado di proporre risposte adeguate.

Fino al novembre 1995 e precisamente fino all'emanazione del Decreto Legge 489 sull'immigrazione con riferimento all'articolo 13, per i non iscritti al Servizio sanitario nazionale l'unica porta di accesso alla cura era quella del Pronto soccorso, con una serie di limitazioni ed ostacoli che comunque scoraggiavano l'uso se non in quei casi di estrema necessità: l'addebito delle spese sostenute per un eventuale successivo ricovero, la segnalazione in Prefettura, comunque necessaria qualora l'ospedale volesse recuperare le spese, se non addirittura alle forze di polizia che spesso "convivono" con il Pronto soccorso.

Se fino a qualche anno fa comunque l'uso della struttura pubblica era estremamente limitato e di fatto concentrato nelle grandi città, con l'aumento quantitativo dell'immigrazione, con la presenza sempre più visibile di donne immigrate, con l'aumento di immigrati dai paesi dell'est con una età media un po' più alta degli altri, con le ondate di sfollati da vicine zone di guerra, l'utilizzo delle

strutture è stato più frequente non solo per urgenze o incidenti ma anche per situazioni "fisiologiche" come la gravidanza ed il parto. La problematica progressivamente è emersa per quello che è. Agli inizi degli anni novanta, l'allora ministro della Sanità De Lorenzo istituì un Gruppo di lavoro presso la III Sezione del Comitato tecnico scientifico di programmazione sanitaria del Ministero della Sanità su "*medicina e migrazione*" che ha redatto un rapporto finale dopo due anni di incontri che però non ha prodotto alcun risultato pratico.

Non molto spazio ha trovato il tema con i ministri seguenti ed a nulla sono valsi gli appelli soprattutto provenienti dal mondo del volontariato.

L'inizio del 1995 è stato caratterizzato da una serie di fatti che hanno innescato una "reazione a catena" che ha portato ad affrontare in poco tempo la problematica.

Un convegno organizzato a Roma nel mese di gennaio dalla Caritas dal titolo "*Immigrazione e salute: una politica dell'oblio*" in occasione della presentazione del volume *Argomenti di medicina delle migrazioni*, ha sottolineato con forza la necessità di una politica sanitaria adeguata alle realtà immigratoria e sociale; quell'incontro si è collocato non del tutto casualmente, in un momento in cui si erano verificate due gravi situazioni legislativo-amministrative: un decreto legge (DM 8.9.94 pub. G.U. 30.12.94 n° 304) stabiliva le nuove tariffe per i ricoveri ospedalieri per gli immigrati non iscritti al SSN portandole a £ 560.000/die per i ricoveri ordinari e a £ 2.400.000/die per quelli altamente specializzati; ed ancora non veniva reiterato il decreto che permetteva l'iscrizione gratuita al SSN per gli immigrati regolari disoccupati con il rischio che circa 70.000 persone potessero perdere la possibilità di accesso alle cure. Già da qualche giorno erano stati lanciati vari appelli e pro-

prio durante il convegno è giunta la notizia che il neo nominato ministro della Sanità professor Elio Guzzanti, come suo primo atto ufficiale, reiterava il decreto per la gratuità dell'iscrizione al SSN. Un segnale.

Ed ancora in una audizione alla XII Commissione parlamentare (riunione del 7 febbraio 1995) il professor Guzzanti specificava:

"...mi è stata rivolta (n.d.r.: on. Tanzarella) una domanda molto delicata. Devo dire che mentre per gli immigrati disoccupati sono riuscito in extremis – primo atto come ministro della sanità – a far approvare il decreto (n.d.r.: D. Legge 20 del 21.1.1995 – possibilità di iscrizione gratuita al Sistema sanitario Nazionale per immigrati regolari disoccupati) che ha risolto una situazione che costituiva una vera spina sotto gli aspetti morale e della sanità pubblica, per quanto riguarda gli immigrati irregolari, i profughi e quanti chiedono asilo il problema è estremamente delicato, perché, allo stato, è permesso esclusivamente l'intervento d'urgenza, cioè il ricovero ospedaliero, mentre voi parlate della necessità di assicurare un'assistenza sanitaria di base e preventiva. Mi dicono che vi è una certa contraddizione nell'impegno formale ed ufficiale ad assistere una persona che non dovrebbe esistere. Mi rendo conto di questo, però prescindendo per un momento dalla funzione di ministro della sanità, come persona che fa parte della sanità pubblica inorridisco. Come posso infatti ignorare che si tratta di persone che mettono a rischio la loro esistenza e che indirettamente potrebbero costituire un pericolo per la comunità nazionale? Questo è un problema che umanamente dobbiamo porci; poi vedremo di risolverlo e forse potremo avere preziose indicazioni."

Il 25 febbraio un altro convegno segna un momento importante: a Milano, il Naga (un'associazione di volontariato sanitario per immigrati e nomadi) ed altri gruppi di volontari del nord Italia, hanno organizzato un seminario dal titolo "Salute senza colore" dove

viene presentata una proposta di legge per il diritto alla salute per gli extracomunitari.

Su quella proposta, da quel momento si è lavorato molto: tutti i gruppi impegnati sul campo a livello nazionale, hanno collaborato a redigere un documento finale da presentare formalmente al ministro. La proposta di legge, oltre alla Caritas di Roma ed al Naga di Milano, ha ricevuto l'adesione dei seguenti gruppi: Ambulatorio medico popolare (Milano), Medicina democratica (Milano), Camminare insieme (Torino), che erano tre dei proponenti; Poliambulatorio N. Stenone (Firenze), Poliambulatorio I. Biavati (Bologna), Centro welcome (Roma), Ambulatorio Internazionale Città aperta (Genova), Sermig (Torino), Associazione progetto Casa verde (Morena-Roma), Opera sociale avventista (Roma), Chirone (Messina), Isi sportello sanitario (Torino), Porta aperta (Modena), Opera S. Francesco per i poveri (Milano), Casa dei diritti sociali (Roma), Ambulatorio centro senza frontiere (Roma), Ambulatorio S. Chiara (Palermo), Solidarietà medica italiana (Udine), Medici Ussl 18 – Malattie infettive (Brescia), Irccs San Gallicano (Roma). Una delegazione formata da operatori della Caritas di Roma, del Naga, dell'Ambulatorio medico popolare, dall'Associazione senza confine, sotto gli auspici della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, è stata ricevuta dal ministro il primo luglio 1995. La proposta trovò da parte del prof. Elio Guzzanti estremo interesse e sperata attenzione. Si cominciò così un attento lavoro di studio e verifica delle varie problematiche sanitarie che portò ad avere costanti contatti con il ministero ed ad altri incontri con il ministro il 29 luglio e il 18.10.1995.

Nel frattempo, il 6 luglio 1995, il Senato approvò un ordine del giorno che impegna il governo presieduto dal prof. Dini "...a ricercare le forme per difendere il diritto alla salute per i cittadini extracomunitari, emanando

provvedimenti atti a superare gli ostacoli che impediscono di fatto la parità dei trattamenti; 1) prevedendo l'assicurazione sanitaria per i lavoratori extracomunitari non dipendenti, attualmente in regime facoltativo e non obbligatorio come per gli italiani; 2) rivedendo le norme disposte nel decreto ministeriale 8 ottobre 1986 che, per i lavoratori extracomunitari facenti domanda di iscrizione al SSN prevedono un minimale contributivo non più in vigore per gli italiani nelle analoghe condizioni e una percentuale contributiva sul reddito percepito analogamente superiore a quella stabilita per gli italiani; 3) agendo per trasformare la richiesta delle Usl del requisito della residenza per l'iscrizione al SSN in quello meno rigido date le condizioni di estrema mobilità abitativa vissute da questi soggetti, della "effettiva dimora"; 4) correggendo la tendenza a dare aleatorietà temporale a tali iscrizioni in assenza di precise disposizioni ministeriali, a tal fine superando il sistema della decadenza periodica dell'iscrizione al SSN se non in caso di perdita definitiva del permesso di soggiorno per revoca o espulsione; 5) intervenendo per sanare definitivamente la situazione dei disoccupati non comunitari regolarmente presenti in Italia ed iscritti alle liste di collocamento, per i quali è ancora previsto suddetto minimale, salvo deroghe disposte con decreti annuali del governo; 6) prevedendo interventi informativi per ridurre la clandestinità sanitaria; 7) emanando disposizioni uniformi sul territorio nazionale al fine di assicurare l'assistenza sanitaria obbligatoria in regime gratuito a favore dei minori stranieri in regime di affidamento preadottivo; a dare indirizzi per una piena attuazione al diritto alla salute dei cittadini non comunitari; mirando ad offrire anche agli irregolari alcuni servizi essenziali relativi alla prevenzione e alla medicina di base, anche sulla base di protocolli sanitari stipulati dalle Regioni interessate al fenomeno, in grado di superare le norme su questo punto già esistenti e immettere forme

di gratuità per gli indigenti; a riconoscere nel contempo a tutti i minori extracomunitari, indipendentemente dal loro stato giuridico, il pieno diritto alla salute ed alla sicurezza sociale, predisponendo gli strumenti per la sua applicazione" (193° resoconto sommario, ordine del giorno n. 1 – 9.1735.1. del 6.7.1995, primo firmatario on. Petrucci).

A quel punto i gruppi promotori dell'iniziativa legislativa hanno deciso di coinvolgere i parlamentari di tutte le forze politiche ad esprimersi in rapporto alla proposta di legge che fu formalmente depositata, nella prima settimana di agosto 1995, al Senato ed alla Camera sottoscritta da circa 60 senatori (primo firmatario il verde Manconi) e oltre 140 deputati (primo firmatario il cristiano sociale Tanzarella) di tutte le forze politiche ad esclusione di Alleanza Nazionale.

Il ministro della Sanità parlò ancora della necessità di estendere una protezione sanitaria agli immigrati comunque presenti sul territorio nazionale in vari incontri e convegni; l'ultima volta intervenendo al convegno "Per una sanità multiculturale: quale politica per gli immigrati?" svoltosi a Roma, organizzato dalla Caritas e dall'Istituto d'Igiene dell'Università La Sapienza l'8.11.1995. Dopo 10 giorni uscì il Decreto Legge 489/95.

Nota

Peraltro dopo ben cinque reiterazioni di questo decreto, di cui l'ultima scaduta il 15 novembre 1996, il quadro normativo di riferimento è tornato ad essere quello preesistente, anche se un'Ordinanza del Ministero della Sanità, datata 15 novembre 1996, con validità di 90 giorni e reiterata con alcuni vuoti temporali fino alla emanazione della Legge 40/98, ha fatto salve le novità introdotte con il citato articolo.

Le politiche per la salute degli stranieri a livello europeo

Vittorio Agnoletto

Il diritto alla salute nell'Unione Europea

“La Comunità rispetta pienamente le competenze degli Stati membri in materia di organizzazione e fornitura di servizi sanitari e assistenza medica.”

Questa affermazione è contenuta in tutti i documenti fondamentali dell'Unione Europea che affrontano aspetti sanitari.

Il diritto alle cure mediche è garantito nei singoli Stati dell'Unione, per i cittadini del singolo Paese, per i cittadini dell'Unione e, pur con diverse sfumature, per gli stranieri regolari; non vi sono invece disposizioni per gli immigrati irregolari.

Pur in presenza dell'articolo 129 del Trattato di Maastricht sull'Unione Europea del 1992, che afferma: “La Comunità contribuisce a garantire un livello elevato di protezione della salute umana,” l'UE affida la realizzazione fattuale di tale diritto al singolo Paese.

Anzi, ogni volta che l'UE decide d'intraprendere qualsiasi iniziativa relativa ad un qualunque campo della salute compaiono queste due righe, quasi come un monito, a voler indicare un confine non valicabile. La potestà degli Stati nazionali nel campo

dei servizi per la salute è un principio costitutivo dell'UE che, almeno per ora, non è pensabile riuscire a mettere in discussione. Tuttavia nel 2003 è stato attivato il “*Primo programma d'azione comunitaria nel campo della sanità pubblica (2003-2008)*”.

Nell'ottobre 2007 il Parlamento europeo ha approvato il “*Secondo programma d'azione comunitaria in materia di salute (2008-2013)*”. Attraverso questo strumento quinquennale vengono lanciati programmi specifici ad es.:

- per la lotta alla droga
- contro la violenza alle donne, ai bambini... (Daphne)

e azioni esterne della Comunità, relative ad esempio al contrasto:

- dell'influenza aviaria,
- dell'HIV/AIDS,
- della tubercolosi,
- di altre minacce transfrontaliere alla salute.

Nel secondo programma si afferma che: “La Comunità può contribuire alla protezione della salute e della sicurezza dei cittadini

tramite azioni nel campo della sanità pubblica" e si ribadisce che "in tutte le politiche ed attività della Comunità dovrebbe essere garantito un livello elevato di protezione della salute."

Viene evidenziato come "Esiste una serie di gravi minacce sanitarie transfrontaliere con una possibile dimensione mondiale e ne stanno emergendo di nuove che richiedono un'ulteriore azione della Comunità"; viene sottolineato come patologie, quali l'HIV/AIDS, l'influenza, la tubercolosi e la malaria, stiano diventando una minaccia per la salute di tutta la popolazione europea.

Motivo per cui è ritenuto "opportuno instaurare una cooperazione internazionale al fine di promuovere riforme sanitarie globali e questioni istituzionali generali inerenti alla salute nei paesi terzi".

Si afferma che tali obiettivi non possono essere realizzati in misura sufficiente dagli Stati membri a causa del carattere transnazionale delle problematiche in gioco, ma subito si ricorda che "la Comunità può intervenire solo attraverso il principio di sussidiarietà sancito dall'articolo 5 del trattato".

Nel *Trattato di Lisbona*, entrato in vigore il 1° dicembre 2009, è previsto che il Parlamento europeo e il Consiglio possano deliberare:

- a. misure che fissino parametri elevati di qualità e sicurezza degli organi e sostanze di origine umana, del sangue e degli emoderivati;
- b. misure nei settori veterinario e fitosanitario il cui obiettivo primario sia la protezione della sanità pubblica;
- c. misure che fissino parametri elevati di qualità e sicurezza dei medicinali e dei dispositivi di impiego medico.

Il Parlamento europeo e il Consiglio pos-

sono inoltre "adottare misure di incentivazione per proteggere e migliorare la salute umana, in particolare per lottare contro i grandi flagelli che si propagano oltre frontiera, misure concernenti la sorveglianza, l'allarme e la lotta contro gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero...".

Ma anche in questo caso subito si precisa che "Le misure di cui al paragrafo... non pregiudicano le disposizioni nazionali".

La *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*, parte integrante del trattato di Lisbona, afferma: "Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche" è uno dei pochi documenti dove si parli di individuo e non di cittadino, l'articolo sembra aprire uno spiraglio verso l'assistenza sanitaria per tutti i migranti, ma la speranza dura ben poco, infatti l'articolo prosegue precisando "alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali". E si ritorna al punto iniziale.

L'assistenza sanitaria per "i cittadini" dentro i confini dell'UE

Il 19 gennaio 2011, è stata approvata la *Direttiva concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera*. L'obiettivo è quello di armonizzare l'offerta sanitaria in ambito comunitario, regolamentare i "viaggi della speranza", ma anche favorire la penetrazione delle assicurazioni private nel mercato sanitario.

Nella direttiva è ribadito il ruolo dei singoli Stati membri che restano comunque responsabili della prestazione di assistenza sanitaria sicura per i cittadini residenti nel loro territorio.

I criteri di applicabilità sono estremamente precisi e pongono limiti severi al diritto universale alla salute: "La presente direttiva

non dovrebbe conferire ad alcuna persona il diritto d'ingresso, di soggiorno o di residenza in uno Stato membro al fine di ricevere assistenza sanitaria...".

Tutto è riferito solo agli Stati Membri, anche la richiesta di non discriminazione nelle cure è limitata ai cittadini di altri Stati europei: "I superiori valori di universalità, di accesso a un'assistenza di buona qualità, di equità e di solidarietà sono stati ampiamente riconosciuti nell'opera di varie istituzioni dell'Unione. Pertanto, gli Stati membri dovrebbero altresì garantire il rispetto di tali valori anche in relazione ai pazienti e ai cittadini di altri Stati membri...".

L'assistenza per coloro che sono in attesa di rimpatrio

Quasi inesistente è la legislazione relativa ai diritti, ed in particolare ai diritti degli immigrati irregolari. Per trovare qualche riferimento e qualche appiglio per rivendicare un diritto che dovrebbe essere universale, è necessario ricercare nelle pieghe di provvedimenti legislativi emanati per tutt'altri motivi e spesso non per nobili fini.

Probabilmente molti ricorderanno la "direttiva del ritorno" soprannominata la direttiva della vergogna, approvata dal Parlamento Europeo e dal Consiglio nel 2008 relativa al "rimpatrio di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare". Una direttiva fortemente contestata non solo dai gruppi della sinistra dell'emiciclo di Bruxelles e da tutte le associazioni che lavorano coi migranti, ma che provocò addirittura un documento di protesta rivolto alle istituzioni europee, sottoscritto da numerosi capi di stato dell'America Latina e dell'Africa.

Tale direttiva ha prorogato fino a 18 mesi la possibile permanenza negli allora CPT oggi CIE e ha permesso la deportazione dei mi-

granti irregolari in un Paese terzo, differente da quello di residenza.

All'articolo 14, "Garanzie prima del rimpatrio" è previsto che:

"1. Gli Stati membri provvedono... durante il periodo (di attesa) per la partenza volontaria... e durante i periodi per i quali l'allontanamento è stato differito: [...]

b) che siano assicurati le prestazioni sanitarie d'urgenza e il trattamento essenziale delle malattie; [...]

d) che si tenga conto delle esigenze particolari delle persone vulnerabili".

All'articolo 16 "Condizioni di trattenimento":

"3. Particolare attenzione è prestata alla situazione delle persone vulnerabili. Sono assicurati le prestazioni sanitarie d'urgenza e il trattamento essenziale delle malattie."

Il concetto di persone vulnerabili resta, in tutta la legislazione europea, quanto mai indefinito e quindi non facilmente utilizzabile. Gli interventi qui previsti si riferiscono unicamente ai migranti trattenuti in attesa di espulsione.

Il 6 maggio 2010 viene presentata al PE la *Prima relazione annuale sull'immigrazione e l'asilo (2009)*.

Si afferma che l'impegno principale è combattere l'immigrazione clandestina, in particolare assicurando il ritorno, nel paese di origine o in un paese di transito, degli stranieri in posizione irregolare.

Si sottolinea che l'UE e gli Stati membri dovrebbero assicurare che i provvedimenti per un migliore controllo dell'immigrazione tengano pienamente conto dei diritti fondamentali e dei diritti dei minori, conformemente alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e alla conven-

zione ONU sui diritti del fanciullo. Ma resta una dichiarazione di principio.

È altresì solennemente ribadito che l'impegno principale in questo campo è quello di costruire un'Europa dell'asilo.

La situazione per i rifugiati e i richiedenti asilo

La Direttiva 2003/9/CE, del 27 gennaio 2003, "Norme minime relative all'accoglienza dei richiedenti asilo", 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)".

La Direttiva 2004/83 del consiglio del 29 aprile 2004 relativa alle "norme minime sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta" agli articoli 28 sull'assistenza sociale e 29 sull'assistenza sanitaria recita:

"Gli Stati membri provvedono affinché i beneficiari dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria ricevano, nello Stato membro che ha concesso tali status, adeguata assistenza sanitaria (e sociale), alla stregua dei cittadini dello Stato membro in questione.

In via d'eccezione alla regola generale di cui al paragrafo 1, gli Stati membri possono limitare l'assistenza sanitaria (e sociale) per i beneficiari della protezione sussidiaria alle prestazioni essenziali, che in tal caso sono offerte allo stesso livello e alle stesse condizioni di ammissibilità previste per i cittadini dello Stato membro in questione". Ma il paragrafo 3 dell'articolo 29 precisa che: Gli Stati membri devono fornire l'as-

sistenza sanitaria, "secondo le stesse modalità previste per i cittadini dello Stato Membro" che ha concesso lo status di rifugiato o di protezione sussidiaria a coloro che "presentano particolari esigenze, quali le donne in stato di gravidanza, i disabili, le vittime di torture, stupri o altre gravi forme di violenza psicologica, fisica o sessuale, o 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."

Per questi soggetti non è quindi ammessa una limitazione dell'assistenza sanitaria, non si parla di prestazioni essenziali; i servizi forniti devono essere gli stessi disponibili per i cittadini dello stato ospitante.

Il Parlamento europeo il 19 maggio 2010 approva l'istituzione dell'*Ufficio europeo di sostegno per l'asilo*.

L'obiettivo è gestire uno spazio comune di asilo attraverso l'istituzione di un'efficace procedura armonizzata, conforme ai valori e alla tradizione umanitaria dell'Unione europea.

Il Consiglio europeo ha ribadito solennemente che ogni straniero perseguitato ha il diritto di ottenere assistenza e protezione nel territorio dell'Unione europea in applicazione della Convenzione di Ginevra del 28 luglio 1951 relativa allo status dei rifugiati.

L'Ufficio di sostegno dovrebbe: sostenere lo sviluppo della solidarietà all'interno dell'Unione per favorire una migliore ricollocazione dei beneficiari di protezione internazionale; agire in stretta cooperazione con Frontex e con l'Agenzia dell'Unione europea per i diritti fondamentali; mantenere uno stretto dialogo con le organizzazioni della società civile; fornire un rapido ed efficace sostegno operativo agli Stati membri i cui sistemi di asilo e accoglienza siano sottoposti a una pressione particola-

re, anche attraverso l'invio di esperti in grado di realizzare le perizie mediche e legali, sviluppare pratiche di accoglienza con una speciale attenzione per i gruppi vulnerabili e le vittime di tortura.

Le prospettive per la tutela della salute dei migranti

Nel marzo 2011 il PE ha approvato una *Risoluzione sulle disuguaglianze in campo sanitario*, dove si afferma che:

- l'universalità e l'accesso a cure di qualità elevata, l'equità e la solidarietà sono valori e principi comuni sui quali poggiano i sistemi sanitari degli Stati membri dell'UE;
- la differenza di speranza di vita alla nascita tra la categoria socioeconomica più bassa e quella più elevata è di dieci anni per gli uomini e di sei per le donne,
- in numerosi Stati dell'UE non è garantita, né nella pratica, né nella normativa, la parità di accesso all'assistenza sanitaria per i migranti sprovvisti di documenti.

- a promuovere l'accesso a informazioni e consulenze legali di elevata qualità, di concerto con le organizzazioni della società civile, onde aiutare i semplici e comuni cittadini, compresi i migranti sprovvisti di documenti;
- a considerare l'accessibilità ai trattamenti farmaceutici, anche dal punto di vista economico, un aspetto essenziale della salute delle singole persone.

Il Parlamento sottolinea che l'assistenza sanitaria non è e non dovrebbe essere considerata come un bene o un servizio generale. La risoluzione garantisce i diritti dei migranti, ma essendo una risoluzione del PE, che non ha potere di iniziativa legislativa, non ha valore vincolante ma può solo perorare il rispetto dei Regolamenti e delle direttive esistenti e chiedere, rispettandone l'autonomia di iniziativa, alla CE di promuovere una proposta legislativa. La risoluzione è comunque un importante indicatore dell'attuale dibattito presente nel PE e degli spazi disponibili per un intervento della società civile.

La risoluzione invita gli Stati membri:

- ad assicurare che i gruppi più vulnerabili, compresi i migranti sprovvisti di documenti, abbiano diritto e possano di fatto beneficiare della parità di accesso al sistema sanitario;
- a considerare le specifiche esigenze di tutela della salute delle donne immigrate, con particolare riferimento anche a servizi di mediazione linguistica;
- a facilitare ai medici e altri operatori ad adottare un approccio interculturale...;
- a trovare rapidamente soluzioni per lottare contro le discriminazioni su base etnica;

Politiche nazionali e locali: fruibilità per tutti o disuguaglianze?

Manila Bonciani, Salvatore Geraci, Barbara Martinelli

Area Sanitaria Caritas di Roma; Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - SIMM

Competenze Stato o Regioni: un "pendolo" di possibile ambiguità

Nonostante sia la stessa Costituzione italiana a sancire il diritto alla salute per tutti (art. 32), fino a quando non sono state prodotte norme specifiche sull'assistenza sanitaria agli immigrati tale diritto è rimasto loro nascosto (per gran parte di coloro presenti regolarmente) o negato (per quelli presenti irregolarmente): questa fase di esclusione si è conclusa definitivamente con l'emanazione del D. lgs. n. 286/1998, denominato Testo unico sull'immigrazione, che in ambito sanitario ha cercato di superare un'ottica di emergenzialità, garantendo la certezza del diritto e di inclusione ordinaria nel sistema di tutela sanitaria per gli immigrati. Con il Testo unico sull'immigrazione, che, insieme al relativo Regolamento d'attuazione (D.P.R. n. 394/1999) e alla circolare ministeriale emanata l'anno successivo (Circ. n. 5 del 24 marzo 2000), rimangono ancora il punto di riferimento dell'assistenza sanitaria agli immigrati, si è aperta una fase di garanzia dell'accesso ai servizi per la popolazione immigrata, in cui sono stati avviati dei percorsi di recepimento ed attuazione normativi a livello locale, con l'approvazione di 9 leggi regionali sull'immigrazione negli anni successivi, di cui 6 solo nell'ultimo quinquennio, e sono state soprattutto le politiche sanitarie emanate a livello nazionale e locale a caratterizzare il reale gradiente di fruizione dei servizi da parte degli immigrati.

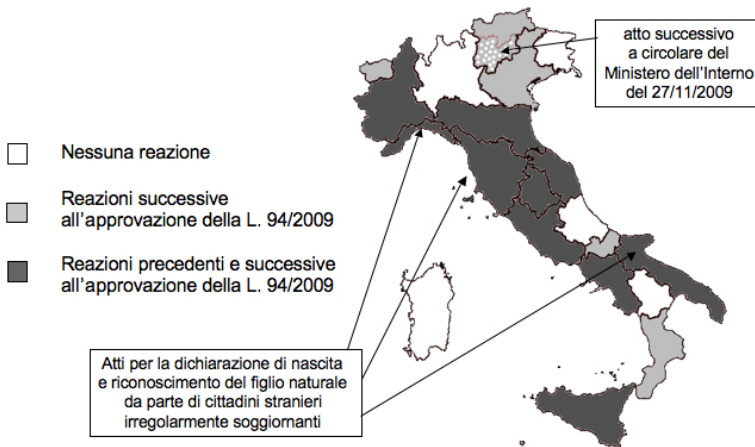
L'ambito delle politiche per la salute dei migranti rimane, tuttavia, pervaso da un'ambiguità di fondo che scaturisce dal fatto di trovarsi sospeso tra ciò che viene sancito dalla politica sull'immigrazione e l'asilo, che costituisce materia di legislazione esclusiva da parte dello Stato, e quello che invece viene definito nelle politiche sull'assistenza sanitaria, che ormai, con il processo di decentramento, rappresenta materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni. Emblematici dell'ambiguità che si viene a creare tra politiche sull'immigrazione e politiche sanitarie e tra competenza statale e regionale sono l'introduzione del reato di ingresso e soggiorno irregolare attraverso l'approvazione della legge n. 94/2009, cioè del cosiddetto Pacchetto sicurezza, ed i ricorsi presentati dal Governo, tra il 2009 ed il 2010, sulla legittimità costituzionale delle leggi regionali sull'immigrazione della Toscana, della Puglia e della Campania.

Rispetto alla prima questione, il tentativo di abrogare il divieto di segnalazione degli immigrati irregolari che ricorrono ai servizi sanitari (D. lgs. n. 286/1998, art. 35, comma 5) nella fase di discussione del Pacchetto sicurezza ha rappresentato una grave forma di ingerenza sul settore sanitario, dettata prevalentemente da motivazioni ideologiche che avrebbero rischiato di minacciare seriamente il diritto alla salute degli immigrati. Nonostante il testo normativo approvato non contenga più riferimenti a tale divieto di segnalazione, che rimane pertanto

in vigore, l'introduzione del reato di ingresso e soggiorno irregolare perseguibile d'ufficio ha posto in una situazione di difficoltà operativa, nonché etica e deontologica, gli operatori sanitari (medici, infermieri, amministrativi...), poiché sarebbero tenuti, in qualità di pubblici ufficiali o di incaricati di pubblico servizio, alla denuncia dello straniero della cui condizione di irregolarità vengano a conoscenza nell'esercizio della propria funzione, contraddicendo però quanto previsto dal Testo unico sull'immigrazione per ciò che concerne l'assistenza agli immigrati irregolari. Due norme contrastanti, quella del divieto di segnalazione e dell'obbligo di denuncia, che hanno creato confusione, ambiguità e discrezionalità. Sono state le Regioni, che in parte avevano anche preso posizione contro la proposta di abrogazione del divieto di segnalazione, a fornire in maniera tempestiva chiarimenti sull'attualità di tale divieto. Successivamente anche lo stesso Ministero dell'Interno ha emanato una circolare (n. 12 del 27 novembre 2009) ricordando che la legge

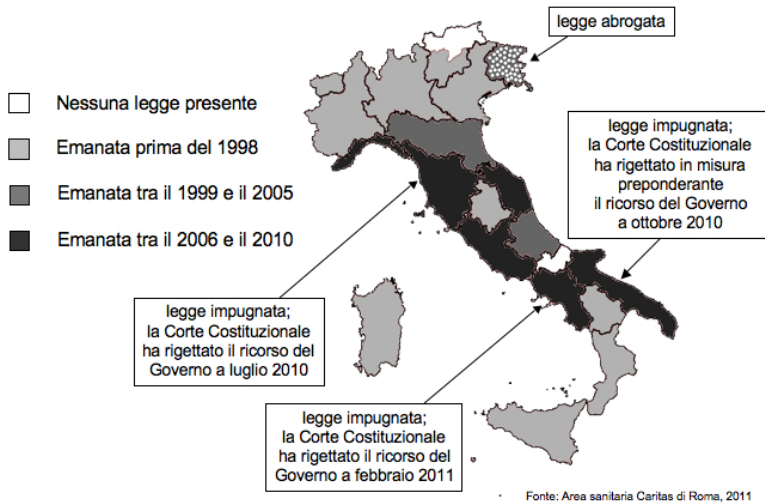
sulla Sicurezza pubblica non ha abrogato l'art. 35 e di conseguenza continua a trovare applicazione per i medici e per il personale che opera presso le strutture sanitarie il divieto di segnalare alle autorità lo straniero irregolare che richiede le prestazioni sanitarie, salvo il caso in cui il personale stesso sia tenuto all'obbligo del referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano. Per quanto riguarda i ricorsi per presunta illegittimità costituzionale delle leggi sull'immigrazione della Toscana, della Puglia e della Campania, le disposizioni regionali sono state impugnate da parte del Governo perché ritenute eccedere dalle competenze delle Regioni, dal momento che la previsione da parte di tali atti locali di forme di tutela estesa del diritto alla salute anche per gli immigrati irregolari è stata considerata incidere sulla disciplina dell'ingresso e del soggiorno degli immigrati, ricompresa nelle materie riservate alla competenza esclusiva dello Stato. La Corte Costituzionale ha rigettato, però, in tutti e tre i casi il ricorso (solo in parte per

Interventi locali (circolari/comunicazioni/note) sul pacchetto sicurezza (L. 94/2009)



Fonte: Area sanitaria Caritas di Roma, 2011

Leggi locali sull'immigrazione



la legge regionale della Puglia, ma non in relazione agli aspetti sulla salute – sentenze n. 269 del 2010, n. 299 del 2010 e n. 61 del 2011), ribadendo per quel che riguarda l’assistenza sanitaria degli immigrati quanto già affermato precedentemente, e cioè l’esistenza del “nucleo irriducibile” del diritto alla salute destinato anche agli stranieri privi di regolare permesso di soggiorno, “protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana” (sentenza n. 252 del 2001), in continuità con la linea già espressa dalla Corte, secondo la quale “lo straniero è [...] titolare di tutti i diritti fondamentali che la Costituzione riconosce spettanti alla persona” (sentenza n. 148 del 2008).

Le varie sentenze della Corte Costituzionale che si sono pronunciate in senso inclusivo per la tutela della salute degli immigrati sembrano andare progressivamente a definire una vera e propria cittadinanza materiale per i non-cittadini dimoranti sul territorio nazionale italiano, secondo

un’accezione ampia di cittadinanza che si concretizza nell’esercizio dei diritti fondamentali, tra cui quello alla salute è uno dei prioritari, ritenuti un bene imprescindibile di tutti gli individui presenti nel territorio italiano, al di là della natura giuridica che viene loro riconosciuta dal diritto positivo vigente.

Accesso, lettura del bisogno e fruibilità: una sintesi necessaria

Per una piena cittadinanza non basta, tuttavia, focalizzarsi solo sugli aspetti legati all’accesso ai servizi sanitari, che pongono l’attenzione sull’incontro tra la domanda e l’offerta di assistenza. Pur costituendo l’accesso ai servizi un passaggio chiave per il godimento del diritto alla salute, infatti, questo di fatto non è sufficiente perché tale diritto sia pienamente garantito agli immigrati. Altri due momenti centrali da tenere in considerazione sono, da una parte, il riconoscimento del bisogno di salute,

prima ancora che si trasformi in domanda di assistenza e, dall'altra, l'effettiva fruibilità dei servizi stessi, che si concretizza quando l'offerta sanitaria riesce a rispondere in maniera adeguata al bisogno di salute espresso dagli immigrati. Per comprendere quindi quanto una politica sanitaria risulta avanzata nel garantire il diritto alla salute degli stranieri, i tre momenti dell'accesso ai servizi, della lettura del bisogno di salute e della fruibilità devono essere analizzati.

Nel 2010 si è concluso un Progetto dal titolo "Migrazione: sistema di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitarie verifica dell'osservanza del diritto alla salute di queste popolazioni", finanziato e promosso dal Ministero della Salute con responsabilità scientifica e di coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità, in cui abbiamo analizzato le politiche locali sull'assistenza sanitaria agli immigrati. Nell'analisi dell'accessibilità, tenendo conto come le norme nazionali siano comunque inclusive, ci siamo soffermati a ciò che viene previsto a livello locale per tutelare l'assistenza a due gruppi in condizione di fragilità, per i quali proprio l'accessibilità ai servizi sanitari diventa un ambito particolarmente critico: gli *immigrati irregolari* e i *comunitari sprovvisti di copertura sanitaria*. Per i primi il Testo unico sancisce il diritto alle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio, nonché l'accesso ai programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva (art. 35), ma con il Regolamento di attuazione viene demandato alle Regioni il compito di stabilire le modalità più opportune di organizzazione dell'offerta sanitaria affinché tale diritto sia garantito. In tutto il territorio italiano viene mediamente assicurata l'assistenza agli immigrati non in regola con le norme

relative al soggiorno in linea con le disposizioni normative nazionali, ma ancora in tre realtà regionali (Basilicata, Calabria, Lombardia) manca una direttiva centrale che uniformi tra le diverse aziende sanitarie l'assistenza per questa utenza e ne garantisca livelli essenziali adeguati, con una particolare criticità per la Lombardia dove per gli immigrati irregolari è previsto solo l'accesso al pronto soccorso. Ci sono tuttavia anche delle situazioni in cui la condizione giuridica dello straniero non incide sulla possibilità di accesso alle prestazioni sanitarie e dove viene sancito, infatti, che siano gli stessi medici di medicina generale e pediatri di libera scelta a prendersi in carico anche gli immigrati irregolari (Puglia, Umbria, Provincia di Trento; il Molise e il Friuli Venezia Giulia fanno riferimento ai soli pediatri di libera scelta per i minori). Per quanto riguarda, invece, l'assistenza sanitaria ai comunitari sprovvisti di copertura sanitaria, si osserva un discreto livello delle politiche locali nell'impegno a tutelarne il diritto alla salute: infatti solo l'Abruzzo, la Basilicata, la Calabria e la Valle d'Aosta non hanno emesso alcun atto a riguardo ed il Veneto non ha trasmesso le disposizioni ministeriali del 2008, ma solo quelle precedenti, che non prevedono l'erogazione di cure essenziali ed urgenti ai comunitari che non hanno i requisiti per l'iscrizione al sistema sanitario nazionale, né hanno altre forme di assicurazione sanitaria. Ci sono, tuttavia, altre cinque regioni (Campania, Lazio, Marche, Piemonte, Toscana) che hanno dimostrato di avanzare la stessa politica nazionale, con atti che hanno anticipato quanto disposto dal Ministero della Salute oppure che includono anche l'iscrizione volontaria al sistema sanitario regionale come ulteriore opportunità per i comunitari di essere tutelati nell'assistenza sanitaria. La Provincia autonoma di Trento si trova, invece, in una

situazione particolare perché ha emanato un atto più restrittivo delle indicazioni ministeriali del 2008, prevedendo per esempio che le interruzioni volontarie di gravidanza debbano essere pagate dagli utenti non iscritti al servizio sanitario, ma ha recentemente (marzo 2011) sancito anche la possibilità dell'iscrizione volontaria per i cittadini comunitari. Anche per il Friuli Venezia Giulia è necessario operare dei distinguo, perché, nonostante abbia trasmesso le indicazioni ministeriali per tutelare l'assistenza per i comunitari sprovvisti di copertura sanitaria, si trova di fatto a non aver rilasciato quasi per niente i codici ENI (Europeo Non Iscritto), situazione che forse andrà normalizzandosi con l'implementazione del programma informatico specifico per la registrazione di questi codici, come specificato in una nota del dicembre 2010.

Un ulteriore aspetto che caratterizza le politiche sanitarie nell'ottica della tutela dell'accesso ai servizi per gli immigrati è la presenza di atti che forniscono chiarimenti sulla normativa nazionale e locale, con la finalità di uniformare l'applicazione della normativa stessa ed evitare quindi disuguaglianze nell'accesso ai servizi. Non sembra però che le politiche locali riservino grande attenzione a quest'ambito, poiché sono soltanto cinque regioni (Lazio, Puglia, Sicilia, Umbria, Veneto) che hanno sviluppato delle vere e proprie linee guida contenenti le indicazioni operative per l'assistenza rivolta alla popolazione straniera. Altre realtà locali (Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Piemonte, Provincia autonoma di Bolzano e quella di Trento) hanno emanato atti singoli, in forma di delibere, circolari o note finalizzate a chiarimenti su aspetti specifici della normativa sull'assistenza agli immigrati, non coprendo però in maniera sistematica tutte le diverse tipologie di utenza

(comunitario e non, in regola e non con le norme relativa all'ingresso ed al soggiorno, rifugiato e richiedente asilo).

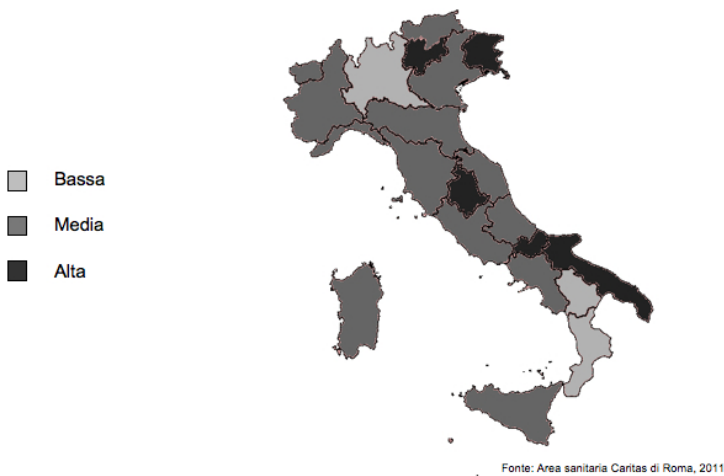
L'impegno delle politiche sanitarie rivolte agli immigrati non può limitarsi all'accesso ai servizi, come detto, ma dovrebbe partire dall'*analisi del bisogno di salute* espresso, in modo da orientare l'offerta stessa e l'organizzazione dei servizi in maniera appropriata. Questo aspetto sembra essere recepito dalle diverse realtà regionali, di cui ben la metà ha sancito la costituzione di Osservatori dedicati al monitoraggio e valutazione del fenomeno migratorio nei suoi molteplici aspetti e delle sue ricadute in termini di impatto in ambito sanitario. Le leggi regionali sull'immigrazione emanate negli ultimi anni contemplano sempre, infatti, un articolo specifico o comunque richiami alle funzioni dell'osservatorio, sia come istituzione di un ente specifico dedicato agli studi sull'immigrazione, sia come attività da svolgere da parte di altri osservatori esistenti nel territorio anche con compiti di valutazione della programmazione e degli interventi realizzati nell'ambito dell'immigrazione. Rimangono solo pochi contesti locali (Abruzzo, Calabria, Sicilia, Valle d'Aosta e Provincia autonoma di Bolzano) a non aver inserito nei documenti programmatici nessun riferimento alla necessità di analizzare il bisogno di salute degli immigrati, per intercettarlo prima che o anche laddove non si esprima in domanda di assistenza. Il Friuli Venezia Giulia aveva attivato un Osservatorio sull'immigrazione, ma l'abrogazione nel 2008 della legge regionale e del relativo piano sull'immigrazione ha riguardato anche l'interruzione delle attività di questo osservatorio.

È tuttavia la fruibilità dei servizi che dovrebbe costituire la finalità ultima delle politiche sanitarie, perché è attraverso di essa che si concretizza l'assistenza e che viene a completarsi il percorso di tutela del

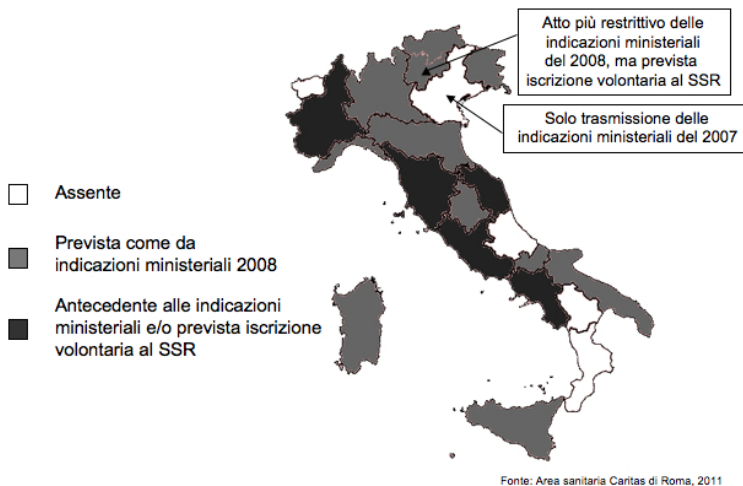
diritto alla salute. Le politiche riescono, infatti, a garantire agli immigrati la fruizione appropriata di servizi di qualità se risultano in grado di regolamentare, soprattutto all'interno degli atti di programmazione

sanitaria, interventi e prestazioni che intercettano il bisogno di salute e vi rispondono adeguatamente, operando sia sul versante della prevenzione, che su quello della presa in carico.

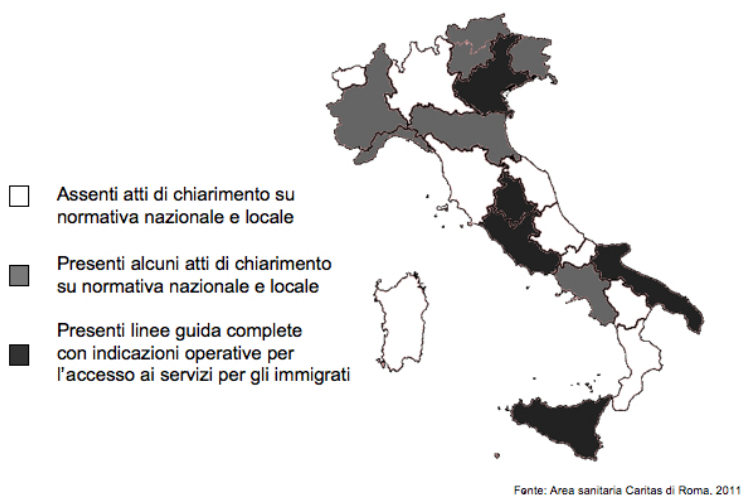
Accesso ai servizi: assistenza agli irregolari



Accesso ai servizi: assistenza ai comunitari



Accesso ai servizi: linee guida

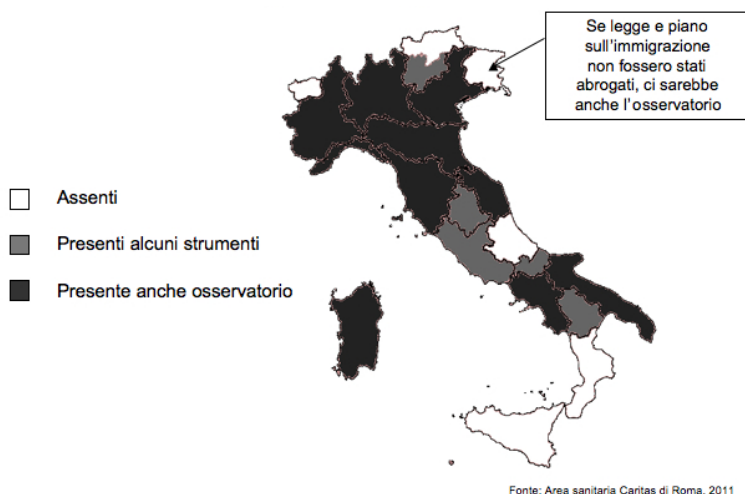


Dal punto di vista della *prevenzione e promozione della salute*, si osserva che le realtà locali hanno prodotto varie indicazioni normative specifiche sul tema, superando una visione meramente di tipo preventivo, magari legata all'attenzione verso le malattie infettive, e favorendo invece interventi di promozione della salute, attraverso interventi di educazione sanitaria, ma anche di rafforzamento delle capacità degli immigrati di avere un controllo sui determinanti di salute. Si dedica particolare rilievo alla salute materno-infantile, rispetto alla quale vengono date indicazioni di intervento soprattutto nei piani sanitari locali, anche se la metà delle realtà locali non presenta nessun focus specifico nei propri atti normativi o si limita a pochi cenni in riferimento su questo tema. Ci sono, però, anche altre realtà locali (Emilia-Romagna, Marche, Puglia, Sardegna, Toscana e Provincia autonoma di Trento) che affrontano in maniera approfondita la questione della salute della donna e dei bambini immigrati attraverso sezioni dedicate all'interno

dei documenti di programmazione sanitaria o progettualità specifiche. Solitamente vengono promossi interventi volti alla tutela della maternità, con l'indicazione di espedienti organizzativi che facilitino l'accesso delle donne straniere al percorso nascita, quali la produzione di materiale multilingue sui temi legati alla gravidanza, al parto ed al puerperio, l'utilizzo di mediatrici culturali che permettano una migliore fruizione delle donne migranti in particolare dei servizi consultoriali e la sensibilizzazione degli operatori sugli aspetti culturali relativi alla nascita ed alla cura dei figli. Le politiche sanitarie riconoscono, inoltre, le problematiche relative alla prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza tra le donne immigrate come un ulteriore aspetto centrale su cui intervenire.

Dal punto di vista della presa in carico, le dimensioni che rivestono un ruolo prioritario per migliorare la fruibilità dei servizi per gli immigrati riguardano, da un lato, la capacità da parte del personale di accogliere e di entrare in una relazione di

Analisi del bisogno di salute degli immigrati



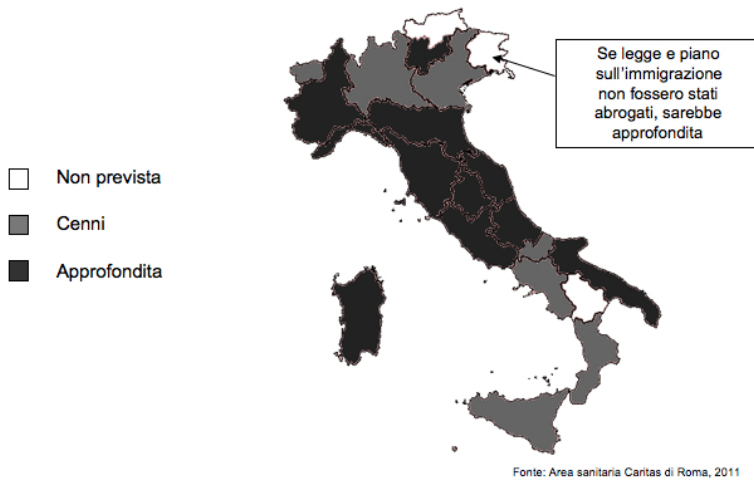
fiducia con l'utenza straniera, e dall'altro la capacità dei servizi di rimodulare l'organizzazione interna in modo da fornire un'assistenza più appropriata ed efficace. Queste due dimensioni possono essere garantite da politiche sanitarie che investono sulla *formazione* del personale e sulla *mediazione di sistema*, che presuppone l'adozione da parte dei servizi di strumenti di mediazione quali materiali informativi multilingue, supporto dei mediatori linguistico-culturali e meccanismi di riorientamento organizzativo e procedurale. La formazione degli operatori è generalmente indicata come asse di intervento delle politiche sanitarie locali, che hanno progressivamente riconosciuto il bisogno di formare il personale sanitario sugli aspetti inerenti la salute degli stranieri, la medicina delle migrazioni e l'approccio transculturale: solo la Calabria, la Campania e la Provincia autonoma di Bolzano non hanno riferimenti in quest'ambito negli atti emessi. Tuttavia, spesso le indicazioni sono di tipo generico rispetto

al bisogno di formare il personale sanitario sui temi della salute degli stranieri, non essendo esplicitati negli atti le modalità con cui tale formazione dovrebbe essere realizzata, né i temi da trattare, né la tipologia degli operatori da coinvolgere, né i metodi didattici da privilegiare per garantire maggiore efficacia alla formazione. Un esempio positivo in direzione contraria è il programma formativo deliberato dalla Regione Lazio per il 2011, al fine di promuovere una diffusa e capillare formazione di base rivolta agli operatori amministrativi, al personale medico, infermieristico ed ostetrico relativamente al tema della salute e dell'assistenza alla popolazione immigrata nei suoi compositi e articolati aspetti, con una analisi sotto il profilo socio-demografico, sanitario, relazionale e normativo-organizzativo, comprendendo anche la problematica delle mutilazioni genitali femminili, ambito specifico da cui proviene la linea di finanziamento del programma formativo stesso. Anche alla mediazione di sistema viene riservato un alto

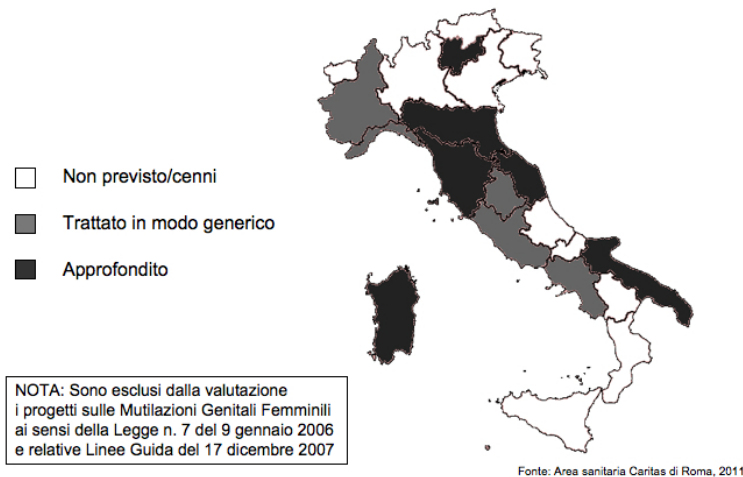
livello di attenzione da parte delle politiche sanitarie: solo la Calabria e la Provincia autonoma di Bolzano, infatti, non hanno inserito alcun riferimento alla mediazione negli atti normativi, mentre oltre la metà

delle regioni italiane presentano richiami più o meno approfonditi su questo aspetto negli atti emanati. Benché il tema sia riconosciuto centrale per la garanzia del diritto alla salute degli immigrati a livello

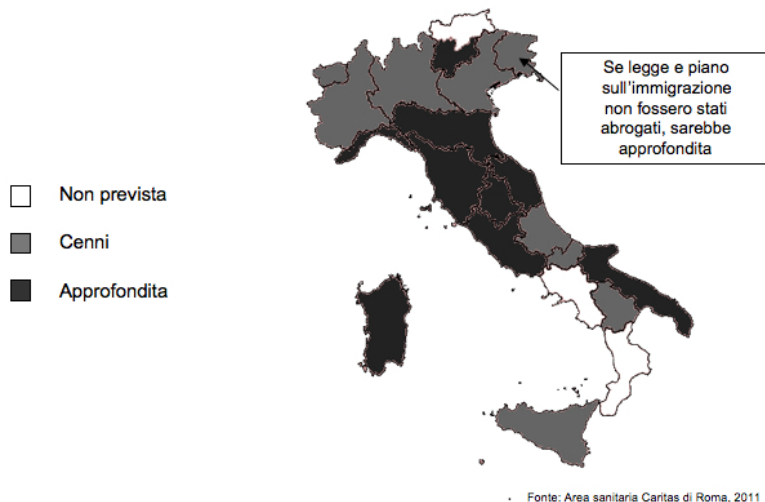
**Fruibilità dei servizi:
prevenzione e promozione della salute degli immigrati**



**Fruibilità dei servizi:
focus sulla salute delle donne immigrate**



Fruibilità dei servizi: formazione

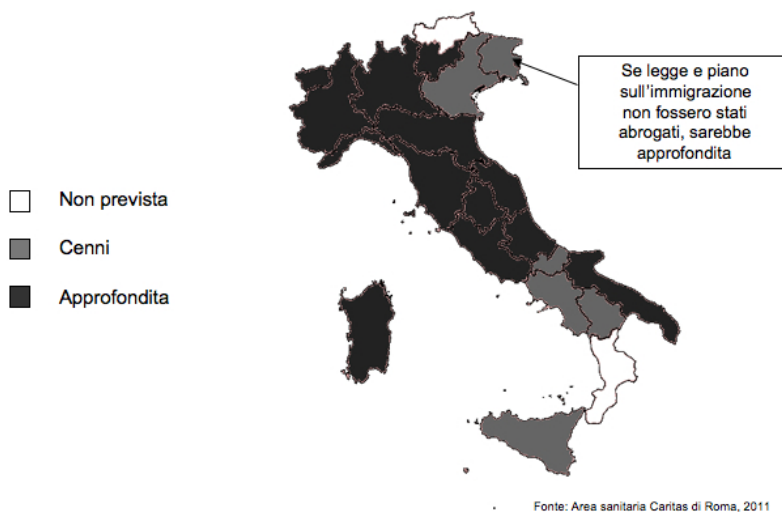


di documentazione normativa e programmatica, tuttavia, non sembra sufficiente per questo aspetto limitarsi alla sola esplicitazione formale negli atti, ma risulta necessario verificare l'effettiva applicazione delle indicazioni fornite per realizzare una vera mediazione di sistema e la loro concreta declinazione nell'offerta dei servizi. Considerando insieme i vari aspetti osservati in relazione all'accesso, alla lettura del bisogno di salute ed alla fruibilità dei servizi, ne deriva una raffigurazione delle politiche sanitarie regionali rivolta agli immigrati molto eterogenea: seppur generalmente diffuso un buon livello di attenzione per la popolazione straniera negli atti normativi e di programmazione sanitaria locali, rimangono molte le differenze territoriali, non riconducibili ad una diversa distribuzione della presenza degli immigrati nelle singole regioni. È quello che emerge dalla composizione di indici sintetici a partire dagli indicatori precedentemente illustrati e che viene raffigurato nelle ultime due mappe.

Conclusioni: valorizzare le differenze, ridurre le disuguaglianze

Ci rendiamo conto che l'operare delle sintesi comporta sempre un rischio di semplificare in maniera eccessiva fenomeni complessi, e questo è ancor più vero trattandosi di politiche articolate, la cui analisi si basa su atti formali e quindi fa riferimento soprattutto alla capacità di formalizzazione della politica locale in atti normativi e programmatici, mentre potrebbe non trovare diretto riscontro a livello applicativo, o al contrario potrebbe esserci una diffusa attenzione al tema sul territorio al di là dagli atti formali stessi. Inoltre la presenza di differenze non necessariamente costituisce un problema, anche perché le politiche sono legate spesso alle specificità dei singoli contesti di cui sono espressione. In alcuni casi, differenze di approccio possono essere strategiche in base alle caratteristiche geografiche, demografiche, sociali ed organizzative di un determinato territorio.

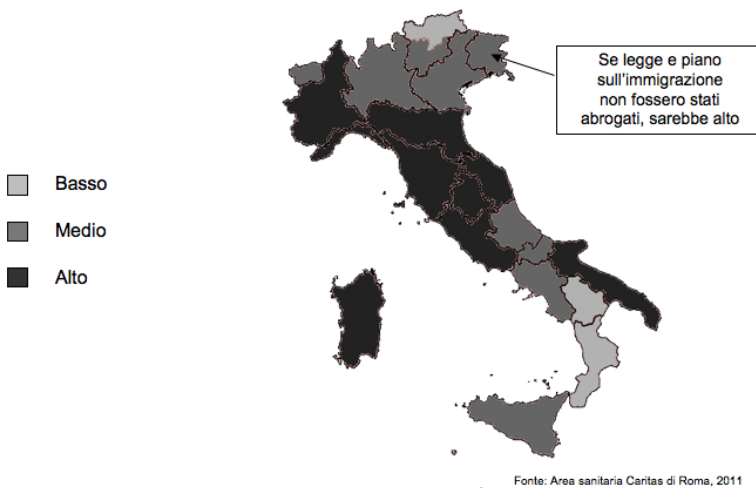
Fruibilità dei servizi: mediazione di sistema



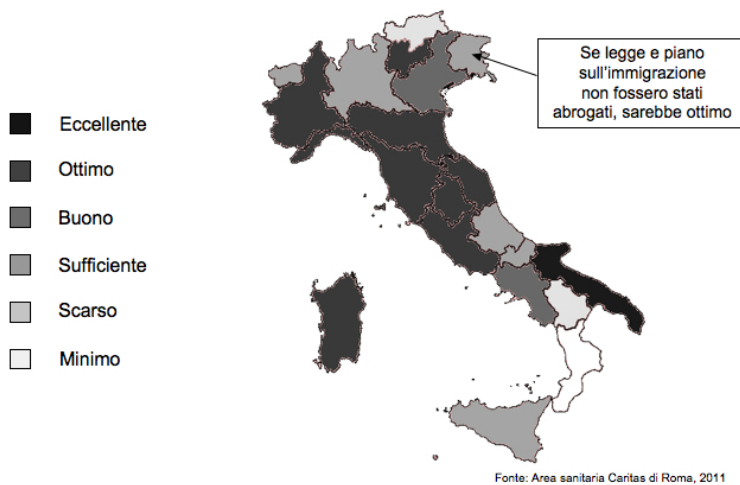
Quando però queste differenze comportano degli svantaggi per l'utenza migrante e degli ostacoli per la piena realizzazione del dettato costituzionale sul diritto alla salute, sono da considerarsi all'origine di gravi disuguaglianze per la salute, e come tali ingiustificabili ed evitabili. L'impegno contro le disuguaglianze sanitarie ci sembra assolutamente prioritario in un momento storico di riorganizzazione dello Stato verso un decentramento amministrativo e decisionale sempre più marcato, ed in una contingenza di crisi economica ed incertezza politica, più o meno gestita, che diminuisce la coesione sociale e frammenta l'appartenenza comunitaria. Nel documento finale che ha accompagnato la ricerca sopramenzionata, abbiamo insistito sia per avviare azioni di politica ed organizzazione sanitaria per rendere i servizi culturalmente competenti in un'ottica di equità di sistema (dare a tutti, italiani e stranieri, le stesse opportunità), sia nel dare una coerenza nazionale alle scelte locali perchè si possa costantemente crescere di esperienza e di competenza.

Anche il Parlamento europeo nel marzo 2011, approvando una specifica Risoluzione, ha richiamato l'attenzione sul fatto che le disuguaglianze sanitarie non sono solo il risultato di una moltitudine di fattori economici, ambientali e connesse alle scelte di vita, ma derivano in maniera significativa da problemi relativi all'accesso ai servizi di assistenza sanitaria, invitando gli Stati Membri ad arginare questa minaccia all'equità, la cui responsabilità ricade sugli stessi *decision makers*. Promuovere l'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari per gli immigrati significa, dunque, contrastare le disuguaglianze che limitano le possibilità di sviluppo di una società, e le politiche dovrebbero impegnarsi per rimuovere ogni ostacolo alla piena realizzazione del potenziale di salute di ogni persona, quale prerequisito essenziale per la libertà di ciascuno di portare avanti il proprio progetto di vita, libertà che condiziona a sua volta il successo nello sviluppo di una comunità.

Indice sintetico sul livello di avanzamento delle politiche sanitarie locali



Indice di impatto delle politiche sanitarie locali



Bibliografia

- AA.VV.: Immigrazione Dossier Statistico. Caritas/Migrantes. Idos, rapporti 2008, 2009 e 2010.
- Bonciani M.: *La salute come diritto di cittadi-*

- nanza: un approccio socio-antropologico*, in Bracci F., Cardamone G. (a cura di), *Presenze. Migranti ed accesso ai servizi socio-sanitari*, Franco Angeli, Milano, 2005; 141:165.
- Bonciani M., Martinelli B., Geraci S.: *Politiche regionali come specchio della garanzia del di-*

- ritto alla salute dei migranti. Atti della X Consensus Conference sull'Immigrazione. VIII Congresso Nazionale SIMM: "Guadi e ponti per una sanità transculturale...", Trapani, 5/7 febbraio 2009; 379:385.
- Conferenza dei Ministri Europei della Salute (ottava): Dichiarazione di Bratislava sulla salute, i diritti umani e le migrazioni. Bratislava, 22 e 23 novembre 2007.
 - Costa G., Perucci C., Cislachi C. (a cura di): *Diseguaglianze di salute in Italia*, Epidemiologia & Prevenzione, 28, 3, 2004.
 - 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. (a cura di): *Documento finale del Gruppo Salute e Immigrazione dell'Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli Stranieri - CNEL*. In Agenzia Sanitaria Italiana (ASI), n. 13, 29 marzo 2001, 30-46.
 - Geraci S.: *La salute degli immigrati: luci ed ombre*. In Agenzia Sanitaria Italiana (ASI), n. 44, ottobre 2007; 2:14.
 - Geraci S.: *Politiche sanitarie e immigrazione: crisi ed opportunità*. In Immigrazione Dossier Statistico 2009. XIX Rapporto sull'immigrazione - Caritas/Migrantes. Idos, 2009; 223:228.
 - Geraci S.: *Immigrati. La nuova legge sulla sicurezza è ingiusta, dannosa e pericolosa*. Post su Saluteinternazionale.info. Il Pensiero scientifico editore; Luglio, 2009.
 - Geraci S.: *Per una buona salute servono politiche giuste*. In Immigrazione Dossier Statistico 2010. XX Rapporto sull'immigrazione - Caritas/Migrantes. Idos, 2010; 227:232.
 - Geraci S., Bonciani M., Martinelli B.: *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*. Inprinting srl, Roma, 2010.
 - 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., Marceca M.: *Noi non segnaliamo. La vittoria degli anticorpi* (della ragione e della democrazia). Post su Saluteinternazionale.info. Il Pensiero scientifico editore; Gennaio, 2010.
 - Geraci S., Martinelli B.: *Il diritto alla salute degli immigrati: scenario nazionale e politiche locali*. Edizioni Nuova Anterem, Roma, 2002.
 - 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 Multietnicità. "Tredicesimo rapporto sulle migrazioni 2007". Milano, FrancoAngeli, 2008; 149:164.
 - 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.
 - Sen A.: *Inequality reexamined*. Oxford University Press. Oxford, 1992 (ed. italiana La disuguaglianza: un riesame critico, Bologna, 1997).
 - Sen A.: *Development as freedom*, Oxford: Oxford University Press, 2001.
 - Whitehead M.: *The concepts and principles of equity and health*, WHO, Copenhagen, 2000
 - World Health Organization, International Organization for Migration, Centers for Disease Control: *Health and Migration: bridging the gap*. WHO, Geneva, 2005.
- Le leggi ed i documenti citati nell'articolo si possono trovare sul sito www.simmweb.it

Le politiche per la salute degli stranieri nelle esperienze dei GrIS

Guglielmo Pitzalis

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - SIMM e Gruppo Immigrazione e Salute Friuli Venezia Giulia – GrIS FVG

La sanità pubblica italiana appare fortemente caratterizzata da molte differenze regionali che determinano una situazione complessa nella definizione organizzativa dei servizi sanitari e sociali: anche se formalmente garantiti da norme legislative che si richiamano ai diritti umani sanciti dalla Costituzione, i criteri di accesso e di fruizione concretamente vengono declinati nelle varie articolazioni territoriali con approcci molto diversi, orientati verso l'inclusione o l'esclusione sociale.

In questa situazione l'impegno civile del **GrIS**, **Gruppi locali territoriali Immigrazione e Salute**, è quello di favorire la conoscenza, la collaborazione, il confronto fra quanti quotidianamente lavorano per garantire diritto, accesso e fruibilità, valorizzando le buone pratiche e le esperienze di tutti, in una ottica di ricerca-azione partecipata. Di volta in volta, nelle varie situazioni locali, questo impegno assume caratteri:

- di resistenza democratica per difendere i diritti condivisi e combattere l'esclusione sociale,
- di proposta concreta per implementare e diffondere omogeneamente percorsi di accesso e di fruizione atti a favorire l'inclusione sociale
- di sensibilizzazione, informazione, formazione ad un approccio transculturale senza stereotipi e pregiudizi, alle mi-

grazioni e alla tutela della salute e della coesione sociale come bene comune di tutte le comunità locali.

Nelle esperienze dei GrIS nella complessità attuale la sfida quotidiana all'ignoranza e all'esclusione può essere affrontata concretamente solo con un impegno personale costante e determinato, pienamente integrato in un lavoro di rete multidisciplinare che coinvolga molti diversi punti di vista, istituzionali e non, dagli enti locali alla sanità pubblica, dagli ordini professionali al volontariato alle associazioni di promozione sociale e culturale.

Sul territorio nazionale le esperienze dei GrIS sono estremamente variegata, sia per percorso di costituzione sia per modalità organizzative. Per conoscere i dettagli della realtà in cui si opera e costruire risposte coordinate alle istanze di salute dei migranti, i gruppi si strutturano come luoghi in cui condividere esperienze e creare una appartenenza, mettendo in comune le diverse competenze di ciascuno ed essendo reciprocamente disponibili a una cessione di sovranità.

Quando la realtà regionale, come purtroppo oggi frequentemente accade, è segnata da un cedimento culturale rispetto ai diritti e, quindi, dalla necessità di difendere i diritti già acquisiti, per i GrIS si impongono sia la ricerca di logiche realistiche, anche attraverso la individuazione di pratiche e di

azioni da intraprendere valorizzando le eccellenze presenti sul territorio, sia una attività di riflessione condivisa, di approfondimento culturale sul tema dell'esigibilità dei diritti, con l'obiettivo di accrescere le radici da cui possano poi nascere le proposte.

Di fronte alla confusione nell'erogazione dei servizi, alle diverse applicazioni del diritto alla salute, alla debole presenza di mediatori linguistici-culturali, elaborare e costruire una mappatura dei servizi offerti da enti pubblici e dal privato-sociale per la salute e la accoglienza degli stranieri può essere il primo passo per "mettere in rete" gruppi, servizi, persone, competenze e risorse sia assistenziali sia formative. Si potranno così rilevare le differenze tra i vari territori, tra i centri e le periferie; far conoscere e valorizzare le eccellenze e individuare aree critiche ed eventuali percorsi di tutela su cui è necessario intervenire, elaborando proposte in termini politici-organizzativi. Alla azione di "advocacy" sulle istituzioni, un'azione di stimolo e di pressione nei confronti degli Enti Locali e delle Strutture Sanitarie Pubbliche, si affianca l'impegno per fare informazione e attivare discussioni e confronti sugli aspetti normativi specifici nazionali e locali e sulle iniziative intraprese. Molte persone, come volontari o come dipendenti di diversi enti ed istituzioni, si attivano ogni giorno per dare delle risposte agli stranieri, molte volte le domande sono le stesse oppure una domanda necessiterebbe di più risposte, tra loro diverse.

È nella esperienza quotidiana dei GrIS che si conferma il valore della Dichiarazione di Bratislava del 2007: *"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"*.

I GrIS in molte realtà territoriali hanno svolto un ruolo chiave mettendo in luce elementi che le istituzioni non erano in grado di evidenziare e risolvere. Gli appartenenti ai GrIS hanno permesso alle istituzioni di capire molte delle problematiche connesse al lavoro con gli immigrati ed al loro bisogno di salute. E questo è avvenuto come sintesi tra esperienza del settore pubblico e conoscenze dell'associazionismo. Anche se permane la criticità della scarsa partecipazione diretta degli immigrati, partendo "dal basso" (comunità locali, enti locali, provincie, aziende sanitarie) i vantaggi dei GrIS restano:

- la visione globale della mappa della rete,
- la progettualità coordinata con massimo rendimento delle risorse,
- il valore aggiunto nelle relazioni con gli operatori anche là dove si rileva la mancanza di referenti istituzionali.

Il bisogno di un contatto regolare e strutturato è tanto più sentito, in questo difficile momento politico, soprattutto là dove è più difficile l'interlocuzione con le amministrazioni regionali. Infatti per garantire percorsi di tutela sanitaria specifici, nell'ambito di una più generale funzione di contrasto alle disuguaglianze da parte dei Servizi sanitari regionali, non bastano solo il rispetto del codice deontologico e la valorizzazione della normativa internazionale e costituzionale sul diritto alla salute. Esse, per coesistere nell'attività quotidiana e nella programmazione dell'assistenza, richiedono continue negoziazioni e articolate flessibilità, nella consapevolezza di avere l'obbligo morale di prevenire e curare le malattie senza esclusioni. Infatti l'indispensabile approccio pluridimensionale alla promozione della salute è da attuarsi necessariamente all'interno di un'azione

politica e sociale ad ampio spettro che includa accoglienza, inserimento, casa, lavoro in presenza di numerose ordinanze di enti locali e di normative regionali concepite invece in funzione di esclusioni e di privilegi mirati ad accentuare differenze e diffidenze.

La frammentazione e la crisi delle politiche di settore per la salute e il ben-essere, può costituire un'occasione per far conoscere problemi e per cercare percorsi condivisi dalla popolazione, migrante e non. Spesso infatti esigenze e complessità d'integrazione, interazione e accesso ai servizi sono simili, come simili sono la esiguità dei bilanci dedicati al sociale o il sistema inadeguato dei trasporti pubblici. Per quanto la strada sia complessa e difficile, i GrIS sentono di dover impegnarsi in un'azione di promozione della coesione sociale delle comunità locali: affrontare questioni comuni, facendo riconoscere stereotipi e pregiudizi reciproci, in una ottica di contrasto alla politica della paura.

Siamo consapevoli che, per superare la sensazione di impotenza, dobbiamo condividere preoccupazioni, ansie, delusioni, informazioni, impressioni, scoperte, successi, tattiche e strategie in un quotidiano lavoro, multidisciplinare e transculturale, sostenuto da reciproca tolleranza e disponibilità, mettendo in disparte ogni presunta egemonia ideologica o culturale, con un attento ascolto di tutti le cittadine e i cittadini che, nuovi o storici, stranieri od autoctoni, di tante altre identità e culture, lingue e religioni, costituiscono oggi le nostre comunità regionali. Coltivare un'Italia delle diversità significa anche imparare a rileggere insieme in modo plurale la memoria collettiva della costruzione delle società e delle identità locali che, per le strade di antiche migrazioni o per il mutare di vec-

chi confini, già comprendono un mosaico fatto di molte comunità linguistiche allo glotte e di gruppi e classi sociali portatrici di storie e di valori culturali ricchi di significative differenze.

Per lavorare quotidianamente nelle istituzioni ma anche nelle altre sedi di impegno civile e sociale, dalle piazze alle parrocchie, dai sindacati alle associazioni culturali, nei centri storici come nelle periferie delle città più grandi o nella miriade di piccoli paesi di cui è fatta una buona parte della Italia, per affrontare in modo adeguato e competente le problematiche è fondamentale una costante e intensa attività di formazione per gli operatori socio-sanitari e di informazione e sensibilizzazione per tutti i cittadini. Le proposte di progetti formativi su base territoriale offrono uniformità di approccio e conoscenza come prerequisito per garantire accessibilità ai servizi e processi di reale prevenzione sanitaria e si pongono come obiettivo la costruzione di solide basi culturali e tecniche per:

- strutturare e promuovere procedure organizzative condivise tra strutture e servizi, secondo criteri di equità, efficacia, efficienza e valutazione dei bisogni reali dei beneficiari;
- supportare e facilitare gli operatori nell'interazione con gli utenti stranieri;
- migliorare l'efficacia della presa in carico e superare complessità di relazione;
- supportare e facilitare gli utenti stranieri;
- promuovere informazione e conoscenza in particolare per donne e minori, per l'accesso ai servizi, nella corretta comprensione dei percorsi di cura.

Per questo i GrIS sono anche *luogo di elaborazione culturale*, di riflessione e di ricerca sulle questioni della evoluzione dei sistemi sanitari nell'economia globalizzata,

del principio di sussidiarietà e dei modelli di welfare; ma anche *laboratorio di convivenza civile* e di costruzione di "modelli assistenziali innovativi" sulla domanda di salute di nuovi gruppi particolarmente fragili quali richiedenti asilo, rifugiati, vittime di tortura, vittime della tratta.

I GrIS, nati spesso sulla base di rapporti di conoscenza personali (e una occasione significativa in tal senso è sempre stata la frequenza al Master sulla Medicina delle Migrazioni, Emarginazione e Povertà – MEMP), fondati sulla motivazione personale e sulla essenziale libertà delle collaborazioni, sulla disponibilità a mettersi in gioco e ad accogliere altri punti di vista e sulle concrete esperienze quotidiane, sono cresciuti cercando e costruendo progettualità e collegamento stabile fra soggetti collettivi.

Gli accordi fra soggetti istituzionali e il lavoro integrato in rete, attraverso processi formali, hanno comportato, accanto a una reciproca legittimazione, anche il confronto indignato e il conflitto costruttivo con vincoli burocratici e amministrativi che tendono ad escludere ogni alterità.

Come in ogni situazione relazionale, la presenza dell'altro fa emergere nuove immagini e nuovi contenuti, non visibili dal proprio punto di vista, ma anche nuove soluzioni.

Il GrIS assolve così una funzione di verifica in tempo reale, fruibile in modi diversi sia in rapporto alla gestione di un caso che rispetto alla situazione dei gruppi sociali, riconoscendo come un valore aggiunto l'aggiustamento reciproco dei comportamenti attesi dai soggetti della rete.

E nel locale queste non sono solo parole ma è prassi, è azione, forse faticosa ed a volte non ascoltata o valorizzata, dove il confronto, lo scontro, il conflitto si realizzano

in un'ottica costruttiva della valorizzazione delle diversità con una trasformazione culturale del modo di essere e di stare insieme in un contesto pluridisciplinare.

Dai GrIS nasce così la riflessione sulla reciprocità dell'impegno, l'idea che l'immigrato non è oggetto passivo ma soggetto nei processi di inclusione e se necessario di cura; non più solo assistenza ed *advocacy* ma anche *empowerment*, ma anche l'aspirazione e la indifferibile necessità di essere nodi interattivi di una rete nazionale.

La tutela della salute della popolazione immigrata: il lavoro delle Regioni e Province Autonome

Patrizia Carletti

Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze, Regione Marche

Le persone che migrano in Italia, così come in altri paesi europei, sono in costante aumento e la realtà migratoria è molto articolata ed in continua evoluzione. Complessivamente la popolazione migrante nel mondo è in espansione, prevalentemente a causa dell'aumento del numero dei territori devastati da guerre e disastri ambientali e delle crescenti diseguaglianze socio-economiche a livello mondiale.

L'incontro di diverse culture e generazioni richiede da parte del paese ospite politiche "inclusive" allo scopo di evitare che l'incontro con "lo straniero" sia fonte di conflitti, razzismo e xenofobia. Il fenomeno, insomma, deve essere governato e averne cura è la condizione indispensabile per una società pacifica.

Mentre le ricerche internazionali e nazionali mostrano che gli immigrati sono particolarmente a rischio di povertà ed esclusione sociale, poco si fa per migliorare diritti e servizi, particolarmente quelli per la salute. Inoltre sul piano della salute in Italia è stata data molta attenzione all'aspetto epidemico e poca alla salute degli immigrati nel paese ospite, all'accesso ai servizi, alla sistematica sorveglianza e alle ricadute che le politiche "inclusive/esclusive" hanno sulla salute stessa. È pertanto urgente che i Sistemi Sanitari Regionali, in quanto responsabili della programmazione sanitaria¹, siano in grado di organizzare servizi efficaci ed efficienti, nell'ottica di equità cui sono ispirati il SSN² e i SSR, in grado cioè

di garantire le cure necessarie a chi ne ha bisogno. Per perseguire tale obiettivo le Regioni devono avere risposte alle seguenti domande:

- quali sono i principali problemi di salute degli immigrati?
- le loro condizioni di salute sono diverse da quelle della popolazione italiana?
- i servizi sanitari regionali sanno rispondere a questi problemi di salute?

Negli anni 2007-2009 la Regione Marche attraverso un accordo con il Ministero della salute ha realizzato il progetto nazionale "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia" che si è articolato su due principali filoni di attività:

- a) lettura della domanda di salute della popolazione immigrata;
- b) risposta dei servizi.

a) È stata avviata una collaborazione tra sei Regioni, due AUSL (Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Puglia, AUSL di Reggio Emilia e di Cesena) ed Enti nazionali (Istat, INAIL, Agenas) che ha portato alla individuazione, sperimentazione e validazione di una metodologia condivisa, a partire dalla definizione di caso di "immigrato" e utilizzando i flussi informativi disponibili a livello di tutte le Regioni per descrivere il profilo di salute della popolazione immigrata, valutare l'offerta dei servizi

da parte del Sistema Sanitario e stimare, a livello macro-economico, la spesa sostenuta per l'assistenza.

Dal 2011 è in corso il proseguimento di tale attività attraverso un accordo Ministero della Salute/CCM e Agenas per la realizzazione del progetto nazionale "La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali", che ha l'obiettivo di condurre tutti i Sistemi Sanitari Regionali in sinergia con gli Enti nazionali - Ministero, Agenas, Istat, Inail, a svolgere la funzione di lettura sistematica del profilo di salute della popolazione immigrata, della risposta dei servizi e della spesa sanitaria, passando dunque da una fase sperimentale ad una fase istituzionale stabile. Un monitoraggio istituzionale stabile e continuo nel tempo e non episodico legato a specifici progetti, condotto attraverso indicatori condivisi tra le Regioni, sarà fondamentale per la sorveglianza del fenomeno nelle sue dinamiche temporali, per effettuare un confronto tra le realtà regionali e per programmare interventi appropriati.

I risultati preliminari del lavoro, da considerarsi in progress, anche per la complessità del fenomeno migratorio e per l'affinamento continuo dei flussi informativi, hanno mostrato che trattandosi di una popolazione giovane, le dimensioni della domanda sono limitate; la popolazione immigrata ricorre ai servizi per eventi fisiologici, quali il parto, o per mancanza di interventi di prevenzione quali l'aborto e gli infortuni sul lavoro. Questo suggerisce il carattere prevalentemente preventivo degli interventi da realizzare, con effetto positivo anche sulla riduzione dei costi e dei conflitti sociali.

La stima macro-economica della spesa assistenziale ha evidenziato 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 ai "clandestini" e, fatto importante, tale valore è stabile negli anni.

b) Per quanto riguarda la risposta dei servizi, è stata condotta, nel 2008, un'indagine nazionale con particolare riguardo all'analisi delle modalità con cui le Regioni e P.A. hanno aderito alle indicazioni nazionali relative all'assistenza sanitaria agli immigrati più "vulnerabili", quelli cioè senza permesso di soggiorno.

Il quadro emerso dall'indagine ha mostrato che, a distanza di 10 anni dalla emanazione del DPR 394/1999 per gli immigrati, e in particolare per gli extra-comunitari senza un regolare permesso di soggiorno³, 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 Essenziali di Assistenza (LEA, DPCM 29 novembre 2001 e successive modifiche) e al principio di equità, ispiratore del Sistema Sanitario Italiano. Esistono, inoltre, nell'ambito di uno stesso territorio regionale e tra le Regioni, differenti interpretazioni delle regole per l'accesso alle prestazioni sanitarie e differenti condizioni di partecipazione alla spesa. Va ricordato anche che in assenza di indicazioni regionali sui modelli organizzativi da realizzare viene a mancare la possibilità di individuare indicatori per monitorare l'efficacia della risposta da parte dei servizi e la corretta applicazione delle indicazioni per l'erogazione dei LEA.

Queste rilevanti problematiche hanno indotto l'Assessore alla Salute della regione Marche a chiedere alla Commissione Salute l'istituzione di un Tavolo Interregionale per realizzare una forma stabile di confronto e collaborazione tra le Regioni e di concertazione tra le stesse ed il livello nazionale sui

temi della salute degli immigrati e dell'assistenza sanitaria, affinché l'accesso alle cure e all'assistenza sanitaria da parte della popolazione immigrata sia garantito in tutte le Regioni e P.A. così come previsto dai LEA, in un'ottica di efficienza ed efficacia.

Il Tavolo, che opera in seno alla Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche Solidarietà – Coordinamento Interregionale in Sanità, è attivo dal 27 ottobre 2008 e si è riunito, ad oggi, 11 volte, mediamente ogni tre mesi.

Vi partecipano Tecnici che operano presso gli Assessorati di tutte le Regioni e P.A. (ad eccezione della Regione Sardegna e della Regione Abruzzo), occupandosi di assistenza sanitaria agli immigrati. Al Tavolo partecipa stabilmente un rappresentante del Ministero della Salute (Dipartimento Prevenzione e Comunicazione, Direzione Generale Prevenzione Sanitaria); esso inoltre si avvale periodicamente, e a seconda delle tematiche che vengono affrontate, della "consulenza" di esperti del Ministero della salute e di autorevoli società scientifiche quali la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - SIMM.

I partecipanti al Tavolo hanno definito e

condiviso, fin dall'inizio, gli obiettivi (cfr. Tabella 1).

Il Tavolo, i suoi obiettivi ed il lavoro in corso sono stati presentati in Commissione Salute il 10 febbraio 2010 e al nuovo Coordinamento della Commissione Salute (attualmente in capo alla Regione Veneto) il 23 febbraio 2011.

Nelle riunioni i partecipanti utilizzano e mettono a confronto il materiale relativo all'assistenza sanitaria (indicazioni normative regionali, nazionali ed europee, modelli organizzativi dei servizi etc.) prodotto dai Ministeri (per lo più della Salute e dell'Interno), dalle Società scientifiche, dalle associazioni di professionisti sanitari e le esperienze, su diversa scala, relative ai modelli organizzativi, al fine di realizzare un confronto ed uno scambio di informazioni, individuando le soluzioni più efficaci e più efficienti, già sperimentate in altri contesti, utili agli organi della programmazione sanitaria regionale e nazionale.

I componenti del Tavolo svolgono inoltre la funzione di help-desk telematico per gli operatori, che nelle Regioni, a vario titolo, si occupano dell'assistenza sanitaria agli immigrati.

Tabella 1 . Obiettivi del tavolo Interregionale "Immigrati e Servizi Sanitari"

1. produrre indicazioni tecniche ed un set di requisiti minimi 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 da sottoporre alla Commissione Salute e al Ministero;
2. produrre indicazioni univoche per la corretta applicazione delle regole per l'assistenza sanitaria al fine di ridurre gli ostacoli burocratici, la soggettività interpretativa e facilitare il lavoro degli operatori;
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;
4. individuare indicatori per il monitoraggio istituzionale delle azioni suddette a livello nazionale e delle Regioni.

Dal novembre 2009 il tavolo sta lavorando alla produzione del documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata da parte delle Regioni e P.A.". Il documento in progress è stato periodicamente sottoposto agli Assessorati alla Salute e ai referenti del Ministero della Salute che, esprimendo apprezzamento per il lavoro, lo hanno ritenuto utile e necessario ed hanno contribuito alla sua redazione. Esso è in fase di stesura finale e sarà sottoposto alla ratifica da parte della Commissione Salute.

Il documento, che sarà diffuso a tutte le Regioni e Province Autonome, ha l'obiettivo di sistematizzare le numerose indicazioni emanate negli anni al fine di permettere una corretta applicazione della normativa vigente per l'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata e straniera in Italia, rendere omogenee, nei vari territori regionali, le modalità di erogazione della stessa, ridurre le difficoltà burocratiche per l'accesso alle prestazioni, semplificare il lavoro degli operatori sanitari, far circolare le informazioni sulle soluzioni "amministrative" più efficaci adottate nelle diverse realtà.

azioni correttive migliorative; collaborare con le Regioni a valutare e migliorare (www.ministerosalute.it).

3. Art. 43, comma 8: *"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".*

Note

1. *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione: "la tutela della salute rientra tra le materie di legislazione concorrente. Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato", 2001.*
2. *...il ruolo dello Stato in materia di sanità si è via via trasformato da una funzione preminente di organizzatore e gestore di servizi a quella di garante dell'equità nell'attuazione del diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione... È compito del SSN: evidenziare le disuguaglianze e le iniquità e promuovere le*

La salute mentale dei migranti in Italia. Questioni di clinica tra servizi e territorio

Giuseppe Cardamone

Dipartimento di Salute Mentale Azienda USL 9 Grosseto

Le discipline della salute mentale sono sempre più interessate dai mutamenti dell'ecologia sociale e mentale prodotti dai flussi migratori internazionali, così come dalle problematiche cliniche che ad essi si accompagnano.

Diventa sempre più importante uno sforzo verso un progresso scientifico di tali discipline nell'intero spettro del loro dispiegarsi operativo: conoscenze diagnostiche e terapeutiche, capacità di presa in carico territoriale e di diplomazia comunitaria, competenze organizzative e programmatiche.

La complessità dei fenomeni morbosi, infatti, supera di gran lunga la dimensione aneddotica ed episodica e si configura come tratto ormai prevalente delle crisi psicosociali che investono le popolazioni migranti ed i sistemi formali e informali di accoglienza nel nostro Paese.

La sfida è in tal modo portata alle consuetudini ed alle inerzie cognitive e valoriali dei clinici (modelli di sé, della famiglia e delle relazioni sociali che rischiano di essere arbitrariamente generalizzati) e alle stesse conoscenze nosografiche, psicofarmacologiche, psicoterapeutiche e riabilitative. La presa in considerazione dei fattori culturali da parte della psichiatria e della psicopatologia non si configura semplicemente come una ulteriore dimensione che si somma ad un eventuale modello bio-psico-sociale.

Ci si trova, invece, di fronte ad una loro ricombinazione di cui occorre di volta in

volta individuare la logica e le forme di sviluppo; la stessa psicofarmacologia, ad esempio, è chiamata a rivedere prescrizioni, posologie e conoscenze relative agli effetti collaterali di fronte alle multiformi semiologie ed alle variegiate sintomatologie incontrate.

Questi limiti nell'intelligenza teorica e operativa nell'ambito della salute mentale rischiano di interagire con quelli presenti nei sistemi educativi, sociali e giudiziari, generando uno sviluppo geometrico dei conflitti e dei malintesi legati all'incontro fra culture. Questo passo può contribuire al mantenimento delle risposte istituzionali e sociali al problema della sicurezza nell'alveo democratico, e a depurarle dagli effetti generalizzati del panico sociale.

Allora diventa importante segnalare alcune esperienze realizzate e portate avanti in alcune realtà italiane, che mostrano infatti come sia possibile arricchire le dotazioni e le competenze multiprofessionali e multiculturati dei servizi al fine di rispondere alle domande di cura delle popolazioni migranti e alle evenienze critiche della loro interazione con le agenzie sociali deputate alla loro accoglienza.

Queste esperienze hanno contribuito sia ad una prima analisi dell'accesso come strumento di programmazione dei servizi, sia allo sviluppo di dispositivi di intervento di tipo etnopsichiatrico capaci di far interagire in sinergia il momento clinico con il processo di mediazione linguistica e culturale.

Il fattore cultura nella presa in carico

Nell'accoglienza del paziente migrante, il fattore culturale si presenta all'operatore dei servizi dapprima come difficoltà linguistica. L'incomprensione e l'*empasse* comunicativo-relazionale costituiranno il primo contesto condiviso fra terapeuta e paziente. Quest'ostacolo potrebbe divenire una risorsa, se utilizzato come punto di partenza su cui poter svolgere il colloquio clinico, dilatandone la complessità e la ricchezza. Il riconoscimento di questa criticità è un importante *step* per la comprensione e l'accoglienza dell'Altro in ogni generica relazione di aiuto, e diviene imprescindibile in un servizio di salute mentale.

L'operatore è indotto in genere a minimizzare l'importanza delle differenze emerse durante l'incontro, riconducendole a caratteristiche culturali di cui il migrante è "portatore", che rendono impraticabile il lavoro. Questo ha un effetto fortemente frustrante nell'utente, che si percepirà come "altro" dal terapeuta nella doppia condizione di migrante ed ammalato. Aumenta così il rischio che i servizi di salute mentale non riescano ad intercettare questi pazienti.

Al "fattore culturale" dei pazienti, gli operatori rischiano di attribuire idee bizzarre, credenze, preconcetti e superstizioni che non fanno altro che acuire la distanza tra clinico e paziente. È importante comprendere che il paziente migrante satura l'incontro clinico di una diversità problematica, che mette in crisi i modelli teorici del terapeuta formato, col rischio che si producano pratiche anche inconsapevolmente discriminatorie. La situazione descritta è più frequente di quanto si possa pensare nel nostro paese, dove si riscontra un afflusso crescente di pazienti migranti, al quale però non corrisponde un corrispettivo aumento di strategie formative e di presa in carico ispirate ad un modello etnopsichiatrico o multicultu-

rale, a differenza di ciò che avviene in altri paesi, dove questo tipo di cultura scientifica è più diffusa. Nei paesi anglosassoni, in particolar modo nel Regno Unito, da molti anni sono presenti programmi formativi su tematiche multiculturali, in risposta alle intense ondate migratorie.

Si possono rammentare, a mò di esempio, le *Intercultural Competences*, sviluppatesi negli Stati Uniti intorno agli anni '50, per supportare il lavoro dell'operatore della salute mentale, o il modello *Six Stages developing an Intercultural perspective* (Hoopes, 1981) in Inghilterra.

Si potrebbe pensare che il nostro paese non ha una lunga storia di immigrazione, però questa classica obiezione deve fare i conti con una realtà di flussi migratori che superano ormai abbondantemente i 30 anni e che dunque deve far riflettere sull'inerzia che si riscontra sulle tematiche culturali.

In una prospettiva evolutiva, volta al miglioramento dell'accesso e dell'accoglienza di pazienti migranti, si inseriscono le *WPA Guidance on Mental Health and Mental Health Care in Migrants* (Bhugra et al., 2010). Il WPA è impegnato nella promozione dell'accesso ai servizi di salute mentale, indipendentemente dallo status socioeconomico, dal genere, dalla provenienza etnica o religiosa. Un'azione specifica (Action Plan 2008-2011) è stata rivolta alla salute mentale dei migranti.

Queste linee-guida prestano un'attenzione specifica all'analisi del processo migratorio, in funzione di una corretta valutazione della salute mentale dei pazienti. Nel percorso migratorio vengono evidenziati tre stadi: il primo, quello pre-migratorio, consiste nella valutazione della motivazione e delle decisioni prese in preparazione del viaggio; il secondo riguarda la migrazione (la durata, le difficoltà incontrate e la traumaticità dell'evento); il terzo, indicato come post-

migrazione, si riferisce all'adattamento al nuovo contesto socio-culturale. L'attenzione verso il progetto ed il percorso migratorio viene suggerito nelle *WPA Guidance* in funzione del riconoscimento, qualora fosse possibile, dei vari fattori di *distress* che portano la persona alla consultazione ed all'evento di crisi.

In queste linee guida si sottolinea come per alcuni gruppi esista un rischio per la salute mentale dovuto alla particolare condizione di fragilità: le donne, che nel processo migratorio assistono ad un cambiamento molto forte nell'identità di genere e nel riconoscimento del ruolo femminile; i bambini e gli adolescenti, sottoposti ad una separazione precoce e dolorosa dalle figure di cura o dal contesto di crescita; gli anziani, per i quali l'adattamento ad una nuova vita risulta essere più difficile; i rifugiati richiedenti asilo, in quanto la loro particolare condizione e il loro progetto migratorio sono stati spesso determinati dalle conseguenze traumatiche della repressione politica o da un conflitto.

Il difficile compito degli operatori sarà di riconoscere la diversità percepita e veicolare nella dinamica clinica con pazienti migranti questa prospettiva di reciproco "non riconoscimento" o "incerto riconoscimento" iniziali. Il concetto di cultura diventa dunque centrale, assumendo una valenza più ampia, che comprenda le visioni del mondo, della malattia e della cura caratteristiche del contesto di provenienza del paziente. Centrale in questo approccio è l'idea che il paziente proveniente da differenti culture sia portatore di un concetto proprio di malattia, di cura e di conseguenza di salute mentale, mentre la "psichiatria" convenzionale, organizzata su una specifica matrice culturale, sa riconoscere specifiche configurazioni della sofferenza che si incarnano nelle esperienze morbose dei singoli, a loro volta culturalmente determinati.

Se il nostro intento è quello di inserire l'incontro terapeutico all'interno di una prospettiva teorica che prenda spunto anche dal concetto di cultura, dovremo tentare di allargare un orizzonte scientifico ben oltre i confini della psichiatria, traendo spunti da altre discipline, come l'antropologia culturale e medica, la psicopatologia delle migrazioni e l'etnopsichiatria, che hanno prodotto un folto numero di studi sull'impatto delle differenze sociali e culturali sulla salute mentale e sul trattamento (Kirmayer e Minas, 2000; Nathan, 1995; Inglese e Cardamone, 2010).

Il primo concetto che queste osservazioni e ricerche hanno prodotto è una nuova definizione di "anormalità", non più determinata dalla semplice presenza del sintomo, ma da come questo si inserisce all'interno del contesto culturale di riferimento e, ancora più specificatamente, all'interno dei saperi tecnici di cura che quel contesto ha prodotto e riproduce costantemente. Il rapporto tra cultura e psicopatologia modifica quindi, rendendola non lineare, la stessa definizione di "anormalità". Un comportamento sintomatico può essere ascritto a diverse modalità interpretative soggettive, sociali e tecniche, producendo un divenire altamente variegato (fino a modulare o addirittura stravolgere le prognosi attese e le evoluzioni anche delle forme psicopatologiche più gravi e, alla fine, richiedendo una riformulazione in senso culturale del concetto stesso di cura e guarigione). Di conseguenza, non soltanto la sintomatologia deve essere inquadrata nel contesto culturale in cui si presenta, ma anche l'interpretazione e le modalità di risoluzione di quegli stessi sintomi dovranno contemplare la presa in considerazione degli specifici modelli terapeutici in cui quei sintomi o quelle sindromi trovano una loro coerenza ed un loro senso.

La grande quantità di contributi scientifici

parte dal semplice assunto che esista uno stretto legame tra malattia mentale e cultura, che non si somma linearmente al modello bio-psico-sociale ma ne permea ogni fattore.

Nel corso degli anni si sono così sviluppate, in risposta all'interrogativo sulla funzione della cultura nello sviluppo di psicopatologia, due tradizioni scientifiche: quella della psichiatria comparata (o psichiatria transculturale) e quella dell'etnopsichiatria. Qui di seguito sarà affrontato, per questioni spazio-temporali, la prima delle due tradizioni, ovvero quella transculturale.

Studi comparativi cross-culturali

I lavori scientifici della psichiatria comparata hanno origine con l'esperienza di Kraepelin a Java. Questo tipo di lavori ha come obiettivo quello di indagare la prevalenza di determinati disturbi psichiatrici in diversi contesti culturali. La critica verso questo tipo di approccio scientifico è molto severa, valutando le basi storiche e le ipotesi implicite della psichiatria comparativa come il prodotto di un determinato contesto culturale, quello occidentale, che ha creato un proprio concetto di salute, di malattia mentale e di cura psichiatrica, imponendo in seguito categorie diagnostiche universali, all'interno delle quali inserire tutti i fenomeni comportamentali giudicati come sintomi di psicopatologia in ogni contesto osservato. In un'ottica culturalmente orientata, è necessario riflettere come non sempre le categorie diagnostiche proposte dalla psichiatria internazionale siano applicabili acriticamente, se si vuole evitare il rischio di sottintendere e svilire l'esperienza e la sofferenza dei pazienti.

Tuttavia, nonostante l'approccio comparativo abbia molti limiti, le ricerche più recenti e raffinate propongono molti inter-

rogativi ai clinici, e tracciano alcune linee per la comprensione dei fenomeni e per la preparazione di percorsi di cura adeguati. Ad esempio, diversi studi dimostrano come in alcune popolazioni che hanno affrontato un percorso migratorio il tasso di schizofrenia sia sensibilmente più rilevante rispetto al resto della popolazione. In particolare, numerose ricerche condotte in Inghilterra e Olanda mostrano come il tasso di schizofrenia nei cosiddetti afrocaribici, sia molto più elevato rispetto al resto della popolazione (Kirkbride J., Jones, in stampa; Fung et al 2009; Cantor-Grae, Selten, 2005). La disparità epidemiologica è tale che risulta difficile capire se si debba attribuire alla migrazione un peso senza pari come fattore di rischio se non proprio eziopatogenetico di questa patologia, oppure se sia necessario mettere in dubbio il valore e la validità di tale categoria diagnostica e del processo diagnostico per gruppi di popolazione provenienti da altri contesti culturali. Nel primo caso, si renderebbe necessario un intenso programma di azione preventiva capace di focalizzarsi sull'evento migratorio e sui suoi effetti psicosociali, economici a livello individuale, familiare e ancor più collettivo. Lungo questa linea, in ogni caso, non si potrebbe far a meno di valutare gli effetti a livello culturale della migrazione stessa, poiché ciò che essa realizza sono anche situazioni di contatto fra culture (con tutti i processi connessi: chiusura difensiva, acculturazione antagonista, meticcio culturale, ecc.). Nel secondo caso, al contrario, ciò che si renderebbe necessario sarebbe una messa in discussione della psichiatria stessa (delle sue strategie conoscitive, degli oggetti scientifici che produce e delle metodologie terapeutiche che applica), così come dell'utilizzo ideologico e, alla fine discriminatorio, che di tale disciplina può essere fatto. Saremmo chiamati ad un atto di umiltà scientifica e so-

prattutto alla presa di consapevolezza che l'incontro fra culture non costituisce solo un'interazione fra generici e divergenti elementi ideologici, ma anche e soprattutto un'interazione con modalità esperienziali morbose che presentano un'eteronomia nella loro strutturazione, inestricabilmente legata ai processi inculturativi ed ai saperi tecnici incaricati nelle rispettive culture della funzione terapeutica e di cura. La migrazione interverrebbe allora come ulteriore fattore di complessificazione dello scenario, in conseguenza delle eventuali mutazioni e permutazioni prodotte dal processo acculturativo.

È da sottolineare come non solo gli aspetti epidemiologici costituiscano un focus di attenzione necessario. La ricerca si è appuntata anche sugli aspetti organizzativi. Uno dei frutti di questo costante interesse è uno studio condotto in Inghilterra dal *National Center for Social Research* e dal *Department of Epidemiology and Public Health at the Royal and University College Medical School* (a cura di: O'Connors, Nazroo, 2002). Una parte di questa ricerca è stata dedicata all'accesso ai servizi specialistici di salute mentale. Il principale dato emerso è che quando i pazienti hanno l'opportunità di parlare nella propria lingua e di poter esprimere in modo chiaro la propria sofferenza, la possibilità di usufruire dei servizi di salute mentale è maggiore. Un altro aspetto importante risulta essere l'efficacia del colloquio con il medico generico, finalizzato alla presa in carico da parte del servizio.

In sintesi questo studio rivela i fattori critici per l'utilizzo dei servizi di salute mentale: la percezione delle proprie difficoltà, l'accessibilità al servizio, la possibilità di parlare una lingua comune con gli operatori, le aspettative dei possibili utilizzatori dei servizi sul ruolo e sulla disponibilità degli operatori di salute mentale.

Gli autori sottolineano come questi aspetti dovrebbero essere tenuti in forte considerazione al momento in cui vengono stilate le programmazioni dei servizi, e come l'inclusione di queste persone nei processi terapeutici sia una risorsa per il servizio stesso e per la produzione di metodologie innovative.

La psichiatria in Italia

Come accennato precedentemente, ormai l'Italia, da paese con una lunga storia di emigrazione, è divenuto meta stabile di migrazione. Questa dimensione è ormai una caratteristica definita del contesto italiano. A differenza delle ex-potenze coloniali, che hanno visto soprattutto l'afflusso di persone provenienti dai paesi che erano sotto il loro controllo, in Italia si sono registrati flussi migratori particolari ed eterogenei e si sono formate diverse comunità straniere con molteplici modelli e progetti migratori. In ambito sanitario una politica specifica per l'accoglienza di pazienti provenienti da altri contesti culturali è iniziata solo a partire dai primi anni novanta e si è mossa lentamente con brusche frenate in alcuni periodi storici. Questo si riflette anche nel panorama scientifico e nel numero di pubblicazioni prodotte dalla psichiatria italiana. Un'interessante review (Claassen et al., 2005) prende in esame articoli tra il 1996 ed il 2004 relativi ai disturbi mentali dei migranti e alle cure condotte nei paesi che hanno avuto il maggior afflusso di stranieri negli anni '90 (Germania, Italia ed Inghilterra), evidenziando soltanto 4 articoli italiani, rispetto ai 13 tedeschi e ai ben 95 inglesi. Questi risultati mettono in evidenza soprattutto il ritardo nella riflessione teorica e nella ricerca scientifica a livello universitario (e dunque anche formativo per le nuove generazioni di clinici), mentre non

sono esaustivi né possono rappresentare la complessità di alcune esperienze italiane che, influenzate principalmente dai modelli teorici dell'antropologia medica e dell'etnopsichiatria, hanno saputo proporre modelli di intervento innovativo nell'ambito dei servizi (o quanto meno di alcuni servizi). In effetti sono gli ambiti della sanità pubblica e del privato sociale quelli da cui è arrivata una spinta innovativa a livello teorico e metodologico. Si tratta tuttavia di esperienze che rischiano di cadere costantemente sotto il giogo finanziario ed organizzativo della sperimentazione, arrivando difficilmente ad una piena strutturazione. Il risultato è che, da una parte, le singole esperienze stentano ad arrivare a piena maturazione e, dall'altra, le competenze e le conoscenze accumulate stentano a delineare una strategia complessiva di azione ed a fecondare significativamente le culture dei servizi e l'agire operativo (clinico e comunitario) della generalità degli operatori.

Risulta evidente come andrebbe adottata una nuova prospettiva di approccio per permettere ai Servizi di Salute Mentale di rispondere in modo più specifico, stabile e strutturato ai bisogni emergenti di nuove fasce di popolazione. Un nuovo approccio dovrebbe permettere all'istituzione di essere maggiormente flessibile, migliorando e differenziando la risposta alle richieste dell'utenza.

Questo sforzo innovativo, anche a livello organizzativo, è necessario sia a livello generale che per quote specifiche di popolazione migrante: in particolare quella costituita dai richiedenti e titolari di protezione internazionale. Quest'ultima tipologia migratoria è resa particolarmente saliente per le attuali vicende politiche che coinvolgono la sponda sud del Mediterraneo. Questi eventi geopolitici mostrano la confusione (intenzionale o meno) nelle politiche e

nei modelli di accoglienza portati avanti in Italia e le reazioni xenopatiche che tali confusioni provocano. Se si vuole evitare che i Servizi siano chiamati a registrare (e subire) gli effetti ed i riverberi psicopatologici di simili condizioni sulla popolazione autoctona e su quella rifugiata, è necessario promuovere una sempre maggiore interazione con il sistema di accoglienza. In questa direzione, sono importanti sia le "Linee di indirizzo per la salute mentale" promosse nel 2008 dal Ministero della salute – che hanno sancito un passo in avanti nelle politiche sanitarie prevedendo uno specifico focus sulle azioni rese necessarie dall'attuale scenario multiculturale – sia le "Linee guida per una accoglienza integrata e attenta alle situazioni vulnerabili dei richiedenti/titolari di protezione internazionale" prodotte quest'anno nell'ambito delle linee di azione del Fondo Europeo per i Rifugiati per il sistema nazionale di protezione di rifugiati e richiedenti asilo. Queste ultime linee verranno presentate all'interno di questa Consensus Conference e quindi non è necessario soffermarvisi. È importante però ribadire come i servizi di salute mentale e le strutture di accoglienza possano trovare una base comune di interazione nella spinta antiistituzionale ed anticoncentrazionaria di cui i primi sono il frutto e da cui le seconde cercano tutt'ora di mantenersi al riparo. A partire da una simile base, gli approcci transculturali in salute mentale (ed in particolare quello etnopsichiatrico) possono offrire al sistema di accoglienza quella sponda conoscitiva necessaria per decifrare situazioni di sofferenza, disagio e disturbo altrimenti difficilmente comprensibili e contribuire ad elaborare strategie di intervento a livello individuale e di gruppo. La migrazione è di per sé un'esperienza potenzialmente stressante e traumatica, non tutti i migranti reagiscono però a questo stress con le

stesse modalità. La risposta individuale sarà determinata da un numero cospicuo di fattori, personali, sociali e culturali. Alcuni di questi fattori possono essere attenuati dal supporto sociale e dalla consistenza dei propri gruppi di riferimento. Clinici, legislatori e dirigenti di servizio necessitano di essere consapevoli delle specifiche esigenze che i gruppi migranti possono avere, e di come questi bisogni possano essere intercettati.

Bibliografia

- Bhugra D., et Al., (2011). *WPA guidance on mental health and mental health care in migrants*. *World Psychiatry* 10.1, February 2011.
- Cantor-Grae E., Seltzer J.P., *Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review*. *Am J Psychiatry* 2005; 162:12-24.
- Cardamone G. (2010), *Presa in carico e risposte dei servizi di salute mentale alle persone migranti*, in Confaloni E., Petrei F., Russo M.L. (a cura di), *In Toscana. Salute dei migranti, salute di un territorio*, Felici Editore, Ghezzano (Pisa).
- Claassen D., Ascoli M., Berhe T., & Priebe S. (2005). *Research on mental disorders and their care in immigrant populations: a review of publications from Germany, Italy and the UK*. *European Psychiatry* in print.
- Fung W.L.A., Bhugra D., Jones P., *Ethnicity and mental health: the example of schizophrenia and related psychoses in migrant populations in Western World*. *Psychiatry* 2009, 8: 335-341.
- Grosso L., Amaddeo F., (2006). *Migrazione e salute mentale. Un'occasione per riflettere*. *Psichiatria di Comunità - volume V, n. 2, Giugno 2006*.
- Hoopes D. S., (1981). *Intercultural communication concepts and the psychology of intercultural experience*. In: *Multicultural education. A cross-cultural training approach*, pp. 9-39. Intercultural press: Chicago.
- Inglese S., Cardamone G., (2010), *Déjà vu. Tracce di etnopsichiatria critica*, Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano (Milano).
- Kirkbride J., Jones P., *Epidemiological aspects of migration and mental illness*. In: Bhugra D., *Migration and mental Health*. Cambridge: in press.
- Kirmayer L. J., (2001). *Cultural variation, in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment*. *Journal of Clinical Psychiatry, Supplementum* No. 13, vol. 6, pp. 22-28.
- Kraepelin E., (1904). *Vergleichende psychiatrie*. *Centralblatt Fur Nervenheilkunde und Psychiatrie* 27, 433-437.
- Lipsedde M., *Commentary. Advances in Psychiatric Treatment* 2001;7:222-3.
- Jenkins J.H., *A state construction of affect: political ethos and mental health among Salvadoran refugees*. *Cult Med Psychiatry* 1991;15:139-65.
- Nazroo J., *Ethnicity and mental health*. London: PSI, 1997.
- O'connor, Nazroo J., (2002). *Ethnic difference in context and experience of psychiatric illness: a qualitative study*.
- <http://www.official-documents.co.uk/document/deps/doh/edcepi/cover.htm>
- Odegaard O., *Emigration and insanity*. *Acta Psychiatr Neurol Scand* 1932;4 (suppl.): 1-206
- Sproston K., Nazroo J., *Ethnic minority psychiatric illness rates in community*. London: The Stationery Office, 2002.
- Weich S., Nazroo J., Sproston K. Et al. *Common mental health disorders and ethnicity in England: the empiric study*. *Psychol Med* 2004, 34: 1543-51.

Il bambino migrante e la pediatria delle cure primarie

Milena Lo Giudice

Gruppo Nazionale di Lavoro per il Bambino Immigrato - SIP

In Italia su un totale di poco più di dieci milioni di minori, un milione circa sono stranieri. Secondo i più recenti dati ISTAT si stima che nel 2010 oltre 104 mila nascite (18,8% del totale) siano attribuibili a *madri straniere* (erano 35 mila nel 2000, pari al 6,4% e 103 mila nel 2009 pari al 18,1%) con sostanziali differenze in relazione alle possibilità lavorative nelle diverse regioni (Emilia-Romagna 29,3%, Lombardia 28,5% e Veneto 27,2%) i migranti in Italia arrivano da circa 200 paesi differenti costituendo un vero e proprio caleidoscopio di etnie.

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, secondo Luigi Luca Cavalli-Sforza, uno dei massimi studiosi di genetica delle popolazioni, le ricerche basate sullo studio del DNA mitocondriale hanno dimostrato inequivocabilmente che tra le diverse popolazioni esiste una sorta di *continuum* genetico che non consente la differenziazione in razze all'interno del genere umano.

Di fronte ad una realtà diventata di così grandi dimensioni la pediatria tutta dovrà prendere atto della necessità di acquisire nuove competenze clinico assistenziali per rispondere al bisogno di salute di questi "nuovi" piccoli pazienti.

Innanzitutto è necessario sgombrare il campo da vecchie e radicate precompren-

sioni sul fronte delle patologie: i bambini migranti si ammalano delle stesse patologie dei bambini italiani delle loro stesse condizioni igienico ambientale. Sono interessanti a tal proposito le ricerche condotte dal GNLBI (Gruppo Nazionale di Lavoro Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria) sulle cause di accesso al Pronto Soccorso che si sono rivelate simili a quelle dei bambini italiani. Non siamo quindi di fronte a differenti patologie, se non in minima parte, siamo di fronte a diversi bisogni di salute che la pediatria ed in particolare la pediatria delle cure primarie dovrà fronteggiare.

Certamente la storia dovrebbe iniziare prima, quando possibile, con una gestione appropriata della gravidanza, infatti, se come dicevamo, i bambini di altra etnia non presentano particolari differenze con i bambini italiani, la situazione è completamente differente in ambito neonatologico. I neonati figli di immigrate presentano maggior incidenza di prematurità, basso peso alla nascita, asfissia e mortalità perinatale rispetto ai figli di genitori italiani. Le cause da ricercare sono molteplici: scarsi controlli durante la gravidanza per accesso difficoltoso ai servizi, condizioni sociali scadenti, scarse risorse economiche, solitudine etc. Andrebbero quindi previsti diversi interventi a più livelli coinvolgendo tutte le figure professionali e sociali interessate. Al di fuori dell'aria neonatologica e nell'ambito delle cure primarie ritengo che lo stru-

mento più idoneo, già presente ma da utilizzare al meglio, sia costituito dai bilanci di salute.

Premetto che tutti i bambini, italiani, stranieri, regolari e irregolari dovrebbero poter essere iscritti negli elenchi dei pediatri di famiglia, secondo quanto previsto dalla convenzione di NY sui diritti dell'Infanzia ratificata dal governo italiano nel 1991, nessun tipo di discriminazione dovrebbe essere operata fra i minori presenti sul territorio nazionale. Purtroppo, però, soltanto in poche regioni i piccoli stranieri irregolari possono accedere al pediatra di famiglia. Nelle regioni dove appunto ciò non è possibile sono sorti e sorgono ambulatori dedicati, spesso ad opera di volontari, che pur lodevoli, non facilitano il necessario processo di integrazione.

È auspicabile quindi che al più presto su tutto il territorio nazionale tutti i bambini possano accedere alle cure del pediatra di famiglia e che possano quindi fruire di un'assistenza mirata oltre che alla cura delle patologie anche e soprattutto a tutta la quota di prevenzione che nel caso del piccolo migrante diventa ancora più importante.

I bilanci di salute, parte essenziale delle cure primarie, sono infatti uno strumento volto ad assicurare ai bambini la salute nel senso pieno del termine e, nel caso dei piccoli migranti andranno rimodulati e adattati; per fare questo sarà necessario un percorso formativo per i pediatri volto ad affinare le capacità relazionali-empatiche oltre che ad acquisire nuove competenze di "Etnopediatria".

Molto sinteticamente fra queste citerai:

- *L'accoglienza delle famiglie straniere:* l'inserimento all'interno dei ritmi dei tempi e delle regole delle nostre città non sempre risulta di facile attuazione per i migranti soprattutto se arrivati da poco, sarà quindi necessaria una certa flessibilità iniziale mirante alla piena integrazione.
- *Il ruolo valorizzante della madre:* partorire in terra straniera, in solitudine, talvolta senza neanche comprendere bene la lingua, è certamente una difficoltà in più per le madri che, soprattutto al primo figlio, affrontano sentimenti di inadeguatezza. Risulta importante rafforzare le neomamme nel loro ruolo, dando loro fiducia nelle proprie capacità di accudimento valorizzando, quando possibile riti e tradizione del paese d'origine.
- *La lingua madre:* un consiglio che va sempre dato alle mamme straniere è quello di usare con i propri piccoli la lingua madre, innanzi tutto perché è la lingua che media gli affetti, poi perché se il bambino non conoscerà la propria lingua madre avrà difficoltà a relazionarsi con la famiglia rimasta nel paese d'origine, infine perché altrimenti impara un italiano parlato male che potrà nuocergli in seguito nell'inserimento e nel successo scolastico.
- *L'Ascolto:* probabilmente è la capacità da affinare maggiormente, anche con i nostri pazienti isoculturali, troppo lungo sarebbe qui parlare di medicina narrativa, ma va ricordato che in ambito migratorio costituisce un ottimo strumento diagnostico e talvolta anche terapeutico.
- *La conoscenza di tabù e tradizioni:* è un campo vastissimo e particolarmente affascinante. Alcune cose devono essere assolutamente conosciute: il colostro non viene dato perché Tabù, la circoncisione è una pratica che consente al piccolo musulmano di entrare a far parte della comunità... è un elenco che richiederebbe moltissimo spazio, quello che è importante è cercare di liberarsi

da idee preconcepite e cercare di valorizzare tutto il positivo che ogni cultura possiede.

- *L'indagine sulle relazioni sociali*: il senso di instabilità e insicurezza fa purtroppo molto spesso parte integrante della vita del piccolo migrante, anche quando appartiene a famiglie con regolare permesso di soggiorno, i bambini anche se nati in Italia non possiedono la cittadinanza acquisibile solo *ex-sanguinis* e, dopo lungaggini burocratiche, al compimento della maggiore età. Tutto ciò concorre a far vivere il piccolo migrante in un clima di precarietà e senza il senso di appartenenza necessario per la possibile ed auspicabile integrazione. Andranno quindi indagate le relazioni sociali del bambino e della famiglia favorendo oltre l'inserimento scolastico anche le attività extrascolastiche.
- *La negoziazione*: infine la capacità di negoziare credo sia essenziale ed irrinunciabile nella gestione del piccolo migrante. Gli arroccamenti su posizioni medico-scientifiche, non sempre basate su solide prove di efficacia, vedi svezzamento, non aiutano ad agire nel "*best interest*" del bambino, sarà quindi necessario ascoltare, comprendere e concordare la migliore scelta possibile del bambino nel rispetto dei rispettivi retroterra culturali.

Credo che da pediatri abbiamo una buona parte di responsabilità nel far vivere e crescere al meglio i piccoli migranti e concluderei con le parole di Enzo Bianchi, Priore di Bose: "...dalla nostra capacità di accogliere l'altro, lo straniero, il diverso dipende la qualità dei nostri rapporti umani anche con chi ci è vicino, prossimo, amico: fare spazio all'altro significa arricchire la propria identità, aprirle nuovi orizzonti, mettere ali alle nostre radici...".

Bibliografia

1. Lo Giudice M. *Etnopediatria: Bambini e salute in una società multietnica*, Vol. I, Vol. II, Vol III Hippocrates Ed. Medico-scientifiche s.r.l. Milano 2003/4.
2. Guidi C et alii *Accesso al pronto Soccorso dei bambinini stranieri: dati preliminari di uno studio multicentrico caso-controllo* Minerva Pediatrica Atti del 63° Congresso Nazionale SIP sessione Poster Abstract 18 vol. 59, n 5 ottobre 2007 p 583.
3. Caritas/Migrantes *Immigrazione dossier Statistico 2010 XX Rapporto*, Arti Grafiche Pomezia 2007.
4. Bona G, Zaffaroni M, Cataldo F, Sandri F, Salvio GP. *Infants of immigrant parents in Italy. A national multicentric control study*. Panminerva Med 2001; 43:155-159.

Analisi del rischio infortunistico tra i lavoratori immigrati in Italia

Aldo Rosano^a, Giovanni Baglio^{b,c}, Michele Antonio Salvatore^a, Laura Cacciani^{b,c}, Amedeo Spagnolo^{a,c}

^a ISFOL - Ex IAS; ^b Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica, Roma;

^c Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Obiettivo

Il numero di lavoratori immigrati in Italia è in costante aumento: rappresentavano il 3,5% della forza lavoro nel 2001 e oggi la quota è del 10%. I lavoratori immigrati soddisfano principalmente la domanda di lavoro non qualificato, instabile e precario, accettando spesso orari e condizioni di lavoro disagiati (Pittau e Spagnolo 2004; Capacci et al. 2005). La selezione operata dal mercato del lavoro discrimina le condizioni lavorative degli immigrati con ripercussioni sullo stato di salute. Esistono numerosi studi a livello internazionale che dimostrano come i lavoratori immigrati siano esposti a maggiori rischi di infortunio rispetto ai lavoratori autoctoni. (Ahonen et al. 2006; Carangan et al. 2004; Loh et al. 2004; Richardson et al. 2004; Shenker 2008).

In Italia, nonostante la disponibilità di dati di fonte amministrativa, potenzialmente utilizzabili a fini di monitoraggio degli infortuni, si registra una grave carenza di informazioni sul fenomeno e difficoltà nell'interpretazione dei dati per via della mancanza di denominatori adeguati.

Le informazioni desunte dall'INAIL indicano che nel periodo 2004-2008 il numero di infortuni sul lavoro in Italia tra gli stranieri è cresciuto del 12,8% (da 127.281 a 143.561), mentre nel complesso questi sono diminuiti del 9,5% passando da 966.729 a 874.940 (Rapporto INAIL 2009). L'incremento degli incidenti rilevati tra gli stranieri risulta

senz'altro correlato, anche se non esclusivamente attribuibile, all'aumento della numerosità della popolazione occupata immigrata che passa da 1,2 a 1,7 milioni nello stesso periodo (Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali 2011). Tali dati si riferiscono, tuttavia, solo agli immigrati regolari mentre nulla si conosce riguardo alla componente di lavoratori irregolari.

In questo studio è stata confrontata l'occorrenza di infortuni sul lavoro tra immigrati regolari provenienti da Paesi a forte pressione migratoria e italiani, e sono stati valutati i principali fattori di rischio associati.

Metodi

Sono stati utilizzati i dati della rilevazione campionaria sulle Forze Lavoro del secondo trimestre 2007. L'indagine, condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica, fornisce le stime ufficiali degli occupati e delle persone in cerca di occupazione rilevando, per i due gruppi, informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche e del lavoro.

In particolare, nel questionario del secondo trimestre 2007 l'Istat ha introdotto un modulo ad hoc su "Salute e sicurezza sul lavoro", compilato mediante intervista diretta e composto da 30 domande, che ha permesso di rilevare il fenomeno degli infortuni sul lavoro, nonché le malattie professionali e l'esposizione a fattori di rischio per la salute.

Le unità di rilevazione dell'indagine sono rappresentate dalle famiglie residenti in Italia, all'interno delle quali vengono intervistati tutti i componenti di 15 anni e più; sono esclusi i membri permanenti delle convivenze (istituti religiosi, caserme ecc.). Il criterio per l'identificazione delle famiglie straniere è quello della cittadinanza dell'intestatario della scheda di famiglia. La scelta di definire gli immigrati in base alla cittadinanza e non al Paese di nascita (informazione anch'essa disponibile) è determinata dal fatto che l'immigrazione in Italia è un fenomeno ancora piuttosto recente. Il collettivo di interesse è dunque ancora costituito in gran parte dalla prima generazione di immigrati che conservano per molto tempo la loro cittadinanza di origine, dati i rigidi criteri legislativi per il rilascio della cittadinanza italiana. Non rientrano nella rilevazione gli stranieri non regolari e quelli regolarmente soggiornanti ma non iscritti in anagrafe, come gli stagionali (ISTAT 2006).

Nel presente studio la componente straniera analizzata è costituita dagli immigrati provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (PFPM)¹. La decisione di includere soltanto i suddetti immigrati è giustificata dal basso numero di stranieri provenienti dai restanti paesi, in particolare nello svolgimento delle attività a più alto rischio e dall'ipotesi che solo questi soffrano di un potenziale svantaggio in termini di rischio infortunistico.

Per "infortunio" si intende qualsiasi tipo di infortunio avvenuto nello svolgimento dell'attività lavorativa corrente nei precedenti 12 mesi, indipendentemente dal fatto che abbia richiesto o meno cure mediche, a esclusione di quelli avvenuti nel tragitto casa-lavoro.

Il campione complessivo in studio, rappresentativo a livello nazionale, è costituito da 61.214 occupati di cui 2.203 (3,6%) im-

migrati. I non rispondenti al quesito sugli infortuni sono l'1,1% (1,2% tra gli italiani e 0,4% tra gli immigrati). Il campione finale investigato è quindi costituito da 60.195 individui, di cui 2.184 (3,6%) immigrati.

L'associazione tra l'occorrenza di infortuni e lo status di immigrato è stata analizzata, distintamente per genere, attraverso modelli di regressione logistica, aggiustando per fattori potenzialmente confondenti come l'età, il tipo di professione, il livello di istruzione, la ripartizione geografica di residenza e l'esperienza lavorativa.

Risultati

La percentuale di lavoratori che hanno dichiarato di aver subito un infortunio sul lavoro è stata, tra i maschi, del 6,0% tra gli immigrati e del 3,4% tra gli italiani. Per le donne la quota di infortuni dichiarati nei due gruppi è risultata simile: 1,8% tra le immigrate e 1,6% tra e italiane.

Tra gli uomini immigrati, oltre sei su dieci (62,8%) sono operai qualificati o non qualificati principalmente occupati nel settore edile, una quota quasi doppia rispetto a quella rilevata tra i lavoratori italiani (35,1%). Un immigrato su dieci svolge una professione altamente qualificata (9,9%), a fronte di una quota di oltre cinque volte superiore tra gli italiani (43,6%). I restanti sono occupati nel settore dei servizi e delle attività commerciali, principalmente come addetti alla ristorazione, trasportatori, personale di magazzino.

Il rischio, espresso in termini di odds, di aver subito un infortunio tra i lavoratori immigrati maschi è più alto rispetto a quello degli italiani (OR aggiustato=1,82; 95%IC: 1,53–2,16), in particolare nel settore delle costruzioni (OR aggiustato=2,05; 95%IC: 1,56–2,69). Lo svantaggio si accentua particolarmente tra gli operai edili non qua-

lificati: in questo caso gli immigrati hanno mostrato un rischio di oltre otto volte superiore (OR=8,64; IC 95%: 2,85-26,20). Nel settore delle costruzioni, è interessante notare come il rapporto tra gli odds di infortunio tra lavoratori immigrati e italiani presenti un andamento a forma di U al crescere del numero di anni di esperienza lavorativa nella stessa professione: gli OR aggiustati sono risultati pari a 3,67 (95%IC: 1,44-9,34), 1,28 (95%IC: 0,71-2,32) e 4,84 (95%IC: 1,65-14,15) rispettivamente per le anzianità lavorative di 0-1 anno, 2-9 anni e 10 anni e più.

Tra le donne immigrate, circa la metà (45,0%) svolge una professione non qualificata, principalmente come collaboratrice domestica, contro il 6,1% delle italiane. Soltanto una su dieci svolge una professione altamente qualificata (11,6%) contro il 59,3% delle italiane. Le rimanenti sono occupate nel settore dei servizi e delle attività commerciali, principalmente nei servizi alberghieri, o come operaie.

Le immigrate presentano un rischio di infortunio sovrapponibile a quello delle italiane, sia nel complesso (OR=1,20; 95%IC: 0,81-1,79) sia stratificando per le categorie professionali considerate.

Conclusioni

Sia i lavoratori che le lavoratrici provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria si concentrano in corrispondenza delle professioni non qualificate e a bassa specializzazione. Soltanto tra gli uomini si rileva, però, un rischio di infortunio significativamente superiore a quello degli italiani.

Più precisamente, lo svantaggio degli immigrati risulta concentrato in corrispondenza di determinati settori caratterizzati da un elevato livello di rischiosità. Una vera e propria area di emergenza è rappre-

sentata dal settore delle costruzioni dove, soprattutto tra gli operai non qualificati, il differenziale di rischio con gli italiani raggiunge livelli molto elevati.

Tale risultato conferma quanto emerso dagli studi condotti in Italia sui dati INAIL, evidenziando la necessità di interventi in un settore come quello edile in cui la manodopera immigrata è diventata fondamentale per la sua stessa sopravvivenza e in cui l'offerta di lavoro continua a essere consistente, nonostante la fase di difficoltà economica (Galossi 2008).

L'analisi ha evidenziato la presenza di un effetto logoramento tra gli operai edili immigrati: in particolare, lo stress psicofisico associato allo svolgimento di mansioni faticose aumenta il rischio di infortunio, al crescere degli anni di svolgimento dell'attività lavorativa. Allo stesso tempo emerge anche un elevato rischio di infortunio nei primissimi anni di lavoro; le cause potrebbero risiedere nella mancanza di un'adeguata formazione professionale e nel sottoinquadramento degli immigrati, molto spesso con titoli di studio elevati e senza alcuna esperienza di lavoro nel settore dove trovano occupazione. Inoltre, non va trascurato l'effetto della scarsa conoscenza della lingua e le difficoltà legate a problemi di comunicazione sul posto di lavoro, soprattutto nel caso di persone immigrate in Italia più recentemente.

Lo studio rappresenta il primo esempio di analisi delle differenze di occorrenza di infortunio tra lavoratori immigrati e italiani, condotto su un campione rappresentativo a livello nazionale e a parità di potenziali fattori di rischio.

Una serie di limiti va però considerata, ai fini di un'interpretazione corretta dei risultati.

L'eccesso di rischio individuato potrebbe sottostimare la reale portata del fenomeno infortunistico, se si pensa al fatto che l'in-

dagine non rileva gli immigrati irregolari, i quali potrebbero essere maggiormente disposti ad accettare condizioni di lavoro più disagiate e a maggior rischio. Altro elemento che va nel verso di una potenziale sottostima della reale entità del problema tra gli immigrati è la plausibile reticenza degli intervistati a riportare gli infortuni subiti, per paura di ritorsioni sul lavoro. Va anche sottolineato che le informazioni disponibili nell'indagine non hanno consentito di misurare la gravità dell'infortunio. Inoltre, visto che i dati sono stati raccolti retrospettivamente, le risposte degli intervistati sono potenzialmente influenzate dal cosiddetto *recall bias* (distorsione dovuta al ricordo), che potrebbe agire diversamente nei gruppi in studio. Infine, sebbene l'indagine sia diretta ad analizzare la salute e la sicurezza sul lavoro in Italia, essa non è stata specificamente costruita per analizzare tali fattori nella popolazione immigrata. Pertanto, l'esiguità numerica del campione di immigrati ha impedito di effettuare analisi anche in taluni settori in cui è emerso un significativo eccesso di rischio a carico della popolazione immigrata.

Lo studio ha permesso di definire l'entità del fenomeno infortunistico dei lavoratori immigrati, sia in termini assoluti sia in confronto ai lavoratori italiani. Grazie alle analisi condotte è stato inoltre possibile individuare quei settori lavorativi che necessitano di più incisivi interventi per una prevenzione mirata verso i lavoratori stranieri.

Note

1. I PFFM includono tutti i Paesi ad eccezione dei seguenti: paesi dell'UE-15, Andorra, Cipro, Islanda, Liechtenstein, Malta, Monaco, Norvegia, San Marino, Svizzera, Città del Vaticano (in Europa); Canada e USA (in America); Israele e Giappone (in Asia); Oceania.

Bibliografia

- Ahonen EQ, Benavides FG (2006) *Risk of fatal and non-fatal occupational injury in foreign workers in Spain*. J Epidemiol Community Health 60:424-426.
- Capacci F, Carnevale F, Gazzano N (2005) *The health of foreign workers in Italy*. Int J Occup Environ Health 11(1):64-69.
- Carangan M, Tham KY, Seow E (2004) *Work-related injury sustained by foreign workers in Singapore*. Ann Acad Med Singapore 33:209-213.
- Corvalan CF, Driscoll TR, Harrison JE (1994) *Role of migrant factors in work-related fatalities in Australia*. Scand J Work Environ Health. 20:364-370.
- INAIL (2009) *Rapporto Annuale: Analisi dell'andamento infortunistico*. Milano.
- Galossi E, Mora M (2008) *III Rapporto IRES-FILLEA: I lavoratori stranieri nel settore edile*. Rapporto di ricerca IRES.
- ISTAT (2006) *Gli stranieri nella rilevazione sulle forze di lavoro*. Metodi e Norme n. 26, Roma.
- Loh K, Richardson S (2004) *Foreign-born workers: trends in fatal occupational injuries, 1996-2001*. Mon Labor Rev. 127:42-53.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali. *L'immigrazione per lavoro in Italia: evoluzione e prospettive*. Rapporto 2011.
- Pittau F, Spagnolo A (2003) *Immigrati e rischio infortunistico in Italia*. Collana di studi e ricerche, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma.
- Richardson DB, Loomis D, Bena J, Bailer AJ (2004) *Fatal occupational injury rates in southern and non-southern States, by race and Hispanic ethnicity*. Am J Public Health 94(10):1756-1761.
- Schenker M (2008) *Work-related injuries among immigrants: a growing global health disparity*. Occup. Environ. Med. 65:717-718.

Malattie infettive e migrazione

Issa El Hamad, Maria Chiara Pezzoli, Filippo Catelnuovo, Alberto Bergamasco, Marinetta Orobello, Alfredo Scalzini

I° Divisione Malattie Infettive-Spedali Civili di Brescia

Il crescente numero di immigrati nel nostro Paese ha suscitato interesse verso diverse problematiche sanitarie, tra cui le patologie infettive e soprattutto il rischio di introduzione e diffusione di patologie contagiose d'importazione. Tuttavia, l'analisi dei dati sanitari nazionali ambulatoriali e ospedalieri dimostrano che la maggior parte delle malattie infettive a carico degli immigrati siano rappresentate da comuni infezioni respiratorie, gastroenteriche, cutanee ed urogenitali, causate da germi largamente diffusi in Italia ed influenzate dalle condizioni di vita in cui gli immigrati vivono in Italia. Si tratta ovviamente delle stesse malattie infettive che i soggetti autoctoni possono contrarre nelle medesime condizioni di vita. Meno frequenti, ma comunque importanti, sono invece le patologie infettive tropicali, come la malaria e alcune parassitosi intestinali, o potenzialmente contagiose, come le infezioni sessualmente trasmesse (IST) – tra cui l'infezione da HIV e da HBV – e la tubercolosi. Per quanto riguarda le IST e l'infezione da HIV, le caratteristiche principali di maggiore interesse nella popolazione immigrata nei Paesi occidentali, sono le seguenti: età giovane-adulta, nella fascia riproduttiva (18-40 anni), esposta ad un maggior rischio di infezione da HIV/IST rispetto alle altre fasce d'età; provenienza da Paesi ad alta endemia per HIV e dove spesso la spesa per la diagnosi e la cura delle IST è carico quasi esclusivo degli stessi malati; difficol-

tà di accesso e fruizione dei servizi sanitari, che si traducono in un ritardo diagnostico-terapeutico, così da rappresentare un serbatoio di infezione potenziale per le comunità in cui vivono e per la salute pubblica nonché un aggravamento dei costi di cura; alcuni sottogruppi di immigrati sono soggetti a pratiche o attività che aumentano il rischio di IST/HIV (prostituzione, tossicodipendenza, mutilazioni genitali femminili). Secondo i dati europei, i due terzi circa delle infezioni da HIV acquisite per via eterosessuale interessano soggetti provenienti da Paesi ad alta endemia, mentre in Italia, la proporzione di stranieri tra le nuove diagnosi di infezione da HIV è aumentata dall'11% nel 1992 al 31,6% nel 2008. Risalire alla modalità e all'epoca di contagio nel soggetto migrante risulta spesso più problematico che nella popolazione italiana. Tuttavia, uno studio multicentrico italiano supportato dall'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del progetto AIDS (studio PrISHMA), ha dimostrato che il 60% dei soggetti HIV+ e per i quali è stato possibile risalire al luogo presunto di infezione, aveva acquisito l'infezione proprio in Italia. La popolazione immigrata con infezione da HIV presenta inoltre delle caratteristiche cliniche peculiari: *maggiore frequenza di nefropatia HIV correlata e infezione tubercolare*, diffusione di *diversi sierotipi virali*, differenze genetiche riscontrate al livello di enzimi coinvolti nel processo di trasporto e metabolismo dei farmaci, in particolare

a livello del Citocromo P450 e del sistema della Glicoproteina P, che influenzano la risposta e la tossicità ai farmaci antivirali, maggior predisposizione a sviluppare stati morbosi concomitanti (diabete, ipertensione arteriosa, osteoporosi), che aggravano gli effetti collaterali dei farmaci antivirali e dell'infezione da HIV stessa. Infine, l'aderenza alle terapie e alle visite in tale popolazione appare ridotta, rendendo necessario un approccio integrato di più figure professionali, quali il mediatore culturale, lo psicologo, l'infettivologo.

Gli immigrati da paesi endemici risultano più spesso immunizzati contro le epatiti a contagio oro-fecale (A ed E), le quali rimangono confinate nei rispettivi paesi, con scarsa tendenza all'esportazione. Diversa è la situazione epidemiologica per quanto riguarda le epatiti a trasmissione parenterale. Per quanto concerne l'epatite virale B, il crescente numero di immigrati nei paesi europei ha inciso significativamente sull'andamento epidemiologico dell'infezione, determinandone un aumento nei tassi di prevalenza. 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. 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, accanto ad una consistente diminuzione dei casi di epatite acuta da HDV. Complessivamente, si stima che la prevalenza di HBV fra gli immigrati in Italia si aggiri 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. Fra le donne

gravide immigrate la prevalenza di HBsAg è circa 4-5 volte più alta rispetto alle donne italiane. Particolare importanza riveste anche l'analisi dei differenti genotipi del virus HBV, che mostrano una distribuzione geografica diversa: tali differenze genotipiche possono, almeno in parte, spiegare l'eterogeneità della storia naturale dell'infezione e, soprattutto, della risposta o dello sviluppo di resistenze ai farmaci antivirali. 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. Per quanto riguarda l'epatite virale C, si stima che circa l'1-2% della popolazione generale in Europa occidentale e nel nord America sia portatore cronico del virus, ma percentuali più elevate (tra il 5% e il 10%), si registrano in molti altri paesi africani. Tuttavia, si ritiene che non vi sia alcuna evidenza di un impatto dell'infezione da HCV nei migranti sulla popolazione autoctona. Una caratteristica importante dell'HCV è la grande variabilità della sequenza genomica. La distribuzione geografica dei genotipi di HCV è assai variabile. 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. Le parassitosi intestinali rappresentano una delle patologie infettive maggiormente diffuse in vaste aree del mondo, in particolar modo nei Paesi in Via di Sviluppo. Nei paesi a sviluppo avanzato, l'importanza clinico-epidemiologica delle enteroparassitosi è diminuita gradualmen-

te in rapporto al progressivo miglioramento delle condizioni di vita, tuttavia anche in questo caso la presenza di immigrati dal sud del mondo, in particolare provenienti da aree endemiche per queste patologie, ha attualizzato il tema. Numerosi studi hanno messo in evidenza che le parassitosi intestinali rappresentano una patologia relativamente frequente tra gli immigrati. La maggior parte di queste rimane allo stato silente e tende a persistere nel tempo dopo l'evento migratorio (in rapporto verosimilmente al persistere delle condizioni di precarietà abitative ed igienico-sanitarie e, parallelamente, allo scarso accesso alle strutture sanitarie) ed in genere tendono progressivamente ad autolimitarsi.

Particolare attenzione merita la tubercolosi, per le implicazioni che tale malattia può comportare in termini di Sanità pubblica e di diffusibilità. Gli immigrati da Paesi ad alta endemia rappresentano, nei Paesi occidentali, un ben definito gruppo di popolazione a rischio di malattia tubercolare. L'incidenza della tubercolosi in tali soggetti risulta da 2 a 25 volte maggiore rispetto alla popolazione autoctona, raggiungendo livelli massimi nei primi 5 anni di immigrazione (o oltre se persistono scarse e precarie condizioni di vita). L'incidenza della tubercolosi negli immigrati si concentra in età giovanile, contrariamente a quanto si verifica nella popolazione autoctona, in linea con le caratteristiche della popolazione immigrata nel nostro Paese. I dati di prevalenza di cutipositività alla tubercolina, indice di pregressa infezione, sono generalmente elevati negli immigrati al momento dell'arrivo nel Paese ospite. Sulla base di questi dati si ipotizza che lo sviluppo della malattia sia la conseguenza, nella maggior parte dei casi, di riattivazione di pregresse infezioni latenti, a causa soprattutto delle precarie condizioni socio-economiche di vita e una continua situazione di stress emotivo. Non

può tuttavia essere trascurata l'ipotesi che una parte dei casi sia dovuta a trasmissione intracomunitaria soprattutto in condizioni di sovraffollamento. La tubercolosi nel soggetto immigrato presenta caratteristiche peculiari rispetto agli autoctoni. Innanzitutto la presentazione radiologica dei casi di tubercolosi polmonare è caratterizzata da una maggior frequenza di forme cavitari bacillifere. Fra gli immigrati, però, vi è anche una maggior frequenza di forme extrapolmonari non trasmissibili (soprattutto linfonodali superficiali e profonde e ossee), per cui la contagiosità globale non appare nel complesso aumentata rispetto alla popolazione autoctona. La prevalenza di ceppi resistenti ai farmaci antitubercolari più frequenti, isoniazide e streptomina, è più elevata nei soggetti immigrati: è probabile che il fattore principale di selezione di resistenze nel soggetto immigrato sia la ridotta aderenza o l'inappropriata prescrizione della terapia antitubercolare. Il depistaggio della malattia prevede l'impiego della radiografia del torace e dell'esame clinico. La ridotta compliance allo screening, alla terapia e alla chemioprophylassi rappresenta il maggiore ostacolo al controllo della tubercolosi nei migranti. Tra i fattori determinanti vanno annoverate sia l'elevata mobilità degli individui che le difficoltà di comunicazione con gli operatori sanitari. In altri casi gli immigrati possono sfuggire ai sistemi di sorveglianza per il timore di essere espulsi dal Paese ed ancora, l'accesso degli immigrati irregolari e clandestini ai servizi sanitari pubblici preventivi o curativi, è ancora molto limitata. Il trattamento della tubercolosi attiva deve essere attuato sulla base di regimi standardizzati. La terapia supervisionata DOT, rappresenta uno strumento per garantire l'aderenza al trattamento.

Infine gli immigrati in Italia da regioni in cui la malaria è endemica rappresentano

il principale gruppo di popolazione per quanto riguarda l'incidenza della malaria d'importazione (oltre il 60% dei casi di malaria registrati in Italia a partire dal 1998 risulta a carico degli immigrati). La maggior parte degli immigrati contrae la malaria in occasione del rientro in patria – in particolare in paesi africani – dopo un prolungato soggiorno in Italia, a causa della perdita dello stato di semi-immunità che possedevano nella fase precedente alla migrazione che consentiva loro di “convivere” con l'infezione malarica. La rinnovata suscettibilità risulta così pericolosa, in quanto il soggetto mantiene una falsa fiducia nella resistenza alla malattia ritenendo pertanto superflua l'adozione di speciali forme di protezione antimalarica.

In conclusione possiamo affermare che dati e le considerazioni riportate indicano nelle malattie infettive una criticità per la salute degli immigrati ma non in senso di un aumentato rischio per la popolazione residente o per l'importazione di patologie esotiche, quanto perché indicatrici di una condizione di fragilità sociale della popolazione straniera in Italia, almeno in una prima fase della loro permanenza.

Riferimenti bibliografici

1. Baglio G. ed altri nell'ambito del Rapporto Osservasalute 2004. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, Vita e Pensiero, Roma, 2004, 178:180.
2. Baglio G., Cacciani L., Guasticchi G., Marceca M., Geraci S.: *I ricoveri di cittadini stranieri nel Lazio*. In Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. Anno 2000. Regione Lazio, Monografie Agenzia di Sanità Pubblica (ASP); 2002: 21-34.
3. Barnes P. F.: *The influence of epidemiologic factors on drug resistance rates in tuberculosis*. Am Rev Respir Dis, 1987, 136: 325-328.
4. Besozzi G., Codecasa L.R., Di Pisa G., De Lorenzi S., Dagasso S., Bertolotti R., Matteucci G., Bacchetti M., Parravicini M., Viaggiani G.: *Tubercolosi e immigrazione*. In: *Tubercolosi*, Di Pisa G. Editore, 1993: 247-252.
5. Carvalho A.C.C., Signorini L., Castelli F., Carosi G., Parravicini M., Di Lorenzo S., Di Pisa G.: *Migration medicine: the challenge of tuberculosis*. Chest, 1994, 105: 1911.
6. Castelli F., Matteelli A., Caligaris S., Gulletta M., El Hamad I., Scolari C., Chatel G., Carosi G.: *Malaria in migrants*. Parassitologia 1999; 41: 261-65.
7. Di Perri G., Solbiati M., Vento S., De Checchi G., Luzzati R., Bonora S., Merighi M., Marocco S., Fibbia G., Concia E.: *West African immigrants and new patterns of malaria imported to north eastern Italy*. J Trav Med 1994: 147-51.
8. Fortino A., Pennazza F., Boldrini R., Randazzo M., Marceca M., Geraci S.: *Rapporto nazionale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia* (dati sdo 1998). Documento del Ministero della Sanità - Dipartimento della Programmazione. Centro stampa Sistema Informativo Sanitario. Roma, dicembre 2000, 1:38.
9. Geraci S., Marceca M., Mazzetti M.: *Migrazioni e salute in Italia. Dossier di ricerca in Migrazioni. Scenari per il XXI secolo*. Agenzia Romana per la preparazione del Giubileo. Roma, luglio 2000: 1.295:1.379.
10. Geraci S.: *Il profilo di salute dell'immigrato tra aree critiche e percorsi di tutela*. Annali Italiani di Medicina Interna. Volume 16. Ottobre 2001. Supplemento 1. Cepi - Aim group, Roma, 1675:1715.
11. Gioannini P., Caramello G.: *Patologia infettiva dell'immigrato*; ED. Minerva Medica 1994; cap. 3, 21-33.
12. Herida M, Alix J, Devaux I, Likatavicius G, Desclos JC, Matic S, Ammon A, Nardone A. *HIV/AIDS in Europe: epidemiological situation in 2006 and a new framework for surveillance*. Euro Surveill 2007;12 (11): E071122.1.
13. Hamers FF, Downs AM. *The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies?* Lancet. 2004 Jul 3-9;364(9428).
14. Centro Operativo AIDS (COA). *Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da*

- HIV al 31 dicembre 2008 e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2009.* Suppl. del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, 2010; 23 (4) suppl. 1.
15. Cargill VA, Stone VE. *HIV/AIDS: a minority health issue.* Med Clin North Am. 2005 Jul;89(4):895-912.
 16. Haour-Knipe M, Fleury F, Dubois-Arber F. *HIV/AIDS prevention for migrants and ethnic minorities: three phases of evaluation.* Soc Sci Med. 1999 Nov;49(10):1357-72.
 17. Llácer A, Zunzunegui MV, Del Amo J, Mazzarasa L, Bolumar F. *The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health.* J Epidemiol Community Health. 2007 Dec;61 Suppl 2:ii4-ii10.
 18. Pezzoli MC, Hamad IE, Scarcella C, Vassallo F, Speziani F, Cristini G, Scolari C, Suligoì B, Luzi AM, Bernasconi D, Lichtner M, Cassara G, Manca N, Carosi G, Castelli F; and the PRI-SHMA Study Group. *HIV infection among illegal migrants, Italy, 2004-2007.* Emerg Infect Dis, 2009; 15(11): 1802-1804.
 19. Burns FM et al. *Why the(y) wait? Key informant understandings of factors contributing to late presentation and poor utilization of HIV health and social care services by African migrants in Britain.* AIDS Care, 2007; 19(1): 102-108.
 20. Sobrino-vegas P et al. *Delayed diagnosis of HIV infection in a multicenter cohort: prevalence, risk factors, response to HAART and impact on mortality.* Curr HIV Res, 2009;7(2):224-30.
 21. Del Amo et al. *Disease progression and survival in HIV-1 infected Africans in London.* AIDS, 1998; 12: 1203-1209.
 22. Frater AJ et al. *Comparative response of African HIV-1 infected individuals to highly active antiretroviral therapy.* AIDS, 2002; 16: 1139-1146.
 23. Holguin A et al. *Introduction of non-B subtypes among spaniards newly diagnosed with HIV type 1 in the Canary Islands.* AIDS Res Hum Retroviruses, 2007; 23(4): 498-502.
 24. Geretti AM. *HIV-1 subtypes: epidemiology and significance for HIV management.* Curr Opin Infect Dis, 2006; 19 (1): 1-7.
 25. Rodes B. et al. *Viral response to antiretroviral therapy in a patient coinfectd with type 1 and type 2.* Clin Infect Dis, 2005; 41: e19-e21.
 26. Kantor R. et al. *Impact of HIV-1 subtype and antiretroviral therapy on protease and reverse transcriptase genotype: results of a global collaboration.* PLOS Medicine, 2005.
 27. Holguin A et al. *Efficacy of antiretroviral therapy in individuals infected with HIV-1 non-B subtypes.* AIDS Res Hum Retroviruses, 2006; 22(2): 125-131.
 28. Cressey TR, Lallemand. *Pharmacogenetics of antiretroviral drugs for the treatment of HIV-infected patients: an update.* Infect, Genet Evolution, 2007; 7: 333-342.
 29. Bleasby K et al. *Functional consequences of single nucleotide polymorphisms in the human organic anion transporter hOAT1 (SLC22A6).* J Pharmacol Exp Ther, 2005; 314(2): 923-31.
 30. Salehian B et al. *Prevalence and incidence of diabetes in HIV-infected minority patients on protease inhibitors.* J Nation Med Associat, 2005; 97(8): 1088-1092.
 31. Bausserman LL et al. *Racial differences in serum lipids in HIV+ women treated with protease inhibitor regimens.* HIV Clin Trials, 2004; 5(6): 399-405.
 32. Curtis JR et al. *Ethnic variations in the prevalence of metabolic bone disease among HIV-positive patients with lipodystrophy.,* AIDS Res Hum Retroviruses, 2006; 22(2): 125-131
 33. Silverberg MJ et al. *Effectiveness of highly-active antiretroviral therapy by race/ethnicity.* AIDS, 2006; 20: 1531-1538.
 34. Saracino A., El-Hamad I. *Access to HAART in HIV-infected immigrants: a retrospective multicenter Italian study.* AIDS Pat Care and STDs, 2005; 19 (9): 599-606.
 35. D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286. *Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.* Articoli sanitari 34, 35 e 36.
 36. Piazza M. *La vaccinazione contro l'epatite B: scenario epidemiologico in Italia 16 anni dopo la vaccinazione obbligatoria dei nuovi nati.* Leadership Medica.
 37. 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.

38. Scotto G et al. *Epatiti virali ed immigrazione: aspetti clinicoepidemiologici*. Atti IV Congresso Nazionale SIMIT, Fiuggi, 12-15 Dicembre 2005: 159-163.
39. Chiaramonte M. et al. *HBV and HCV infection among non-European Union immigrants in North-East Italy*. *Epidemiol Infect*, 1998; 121: 179-183.
40. 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
41. 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.
42. 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.
43. Alexander J., Kowdley K.V. *Epidemiology of hepatitis B-Clinical implications*. *Medscape Gen Med*, 2006; 8(2): 13.
44. Liu C-J et al. *Therapeutic implications of hepatitis B virus genotypes*. *Liver Int*, 2005; 25(6): 1097-1107.
45. Ulmer T. *European orientation towards the better management of hepatitis B in Europe. Recommendations of the hepatitis B expert group*.

I fattori genetici ed etnici nell'ipertensione arteriosa

Mario Affronti

UO di Medicina delle Migrazioni dell'AO Universitaria Policlinico "P. Giaccone", Palermo

Introduzione

Malgrado i progressi nella conoscenza dei fattori di rischio, della patogenesi e delle sue conseguenze, l'ipertensione arteriosa resta un problema importante di salute pubblica. Oggi l'ipertensione si sta diffondendo nei Paesi in via di sviluppo, fino a raggiungere proporzioni pandemiche. Al tempo stesso aumenta pure la sua minaccia nella patogenesi di svariate condizioni morbose, quali la coronaropatia, lo scompenso cardiaco, le malattie cerebrovascolari, la vasculopatia periferica (CVD *CardioVascular Disease*) e l'insufficienza renale. Tra l'altro questo è un momento in cui si hanno opportunità senza precedenti di affrontare efficacemente questa seria patologia. Ma nonostante i miglioramenti notevoli ottenuti nel trattamento e nel controllo dell'ipertensione, il numero di soggetti ipertesi che ne sono a conoscenza e che sono sottoposti a terapia o la cui ipertensione è trattata e controllata resta lontano dai livelli ottimali anche nei paesi occidentali e le percentuali di consapevolezza, trattamento e controllo della PA differiscono nelle varie popolazioni, dipendendo dall'età, dal sesso e dall'etnia¹. Altra importante considerazione è l'aumento delle disuguaglianze socio-economiche. La nostra analisi riguarda i fattori genetici e quelli etnici. Su tali fattori di rischio oggi c'è molto interesse: scientifico, per i primi poiché la loro conoscenza può migliorare

il management dell'ipertensione, metodologico per gli altri in quanto non aderente all'attuale concezione di popolazione².

Epidemiologia

Si calcola che la prevalenza dell'ipertensione negli adulti crescerà dal 26,4% del 2000 al 29,2% del 2025, coinvolgendo a partire dagli attuali 972 milioni di persone, circa 1,56 miliardi di persone al di fuori del Nord America e dell'Europa. Questa "epidemia" globale di valori pressori elevati si prevede cambierà il peso delle malattie, al punto che le malattie cardiache diventeranno la principale causa di morte in tutto il mondo entro il 2025³.

Oggi siamo di fronte ad un "global tsunami" delle CVD⁴. L'obesità aumenta in tutte le regioni del mondo indipendentemente dal reddito: nel 2008 i soggetti in sovrappeso (BMI ≥ 25 Kg/m²) sono stati 1,46 miliardi e 500 milioni gli obesi (BMI ≥ 30 Kg/m²). Gli ipertesi nel 2008 sono stati 1 miliardo (sistolica ≥ 140 o diastolica ≥ 90 mm Hg) ma il trend dell'ipertensione negli ultimi trent'anni è in diminuzione nei paesi ad alto reddito (Nord America, Australia ed Europa occidentale), mentre è in aumento nei paesi poveri (Africa sub-sahariana, Asia e rimane sostanzialmente invariato nei paesi a medio reddito. Così anche il colesterolo la cui tendenza alla riduzione interessa questa volta anche i paesi poveri.

Sono questioni di difficile interpretazione ma in cui i fattori socio-economici sono tra quelli più determinanti. Paradossalmente la crescita economica dei paesi poveri è minacciata dalla prevista epidemia delle malattie cardiovascolari⁵.

I due principali motivi dell'incremento generale della prevalenza di ipertensione sono l'invecchiamento e l'aumento ponderale della popolazione, che colpiscono in modo sproporzionato i due estremi della vita. Ma non bisogna dimenticare il fenomeno delle migrazioni dai Paesi poveri sulla scorta di quanto è successo nel Nord America a proposito degli afroamericani, le cui donne, soprattutto, presentano una prevalenza di ipertensione tra le più alte del mondo⁶: attualmente si stima che il 38,8% degli adulti afroamericani sia iperteso, contro il 27,2% dei bianchi non ispanici e il 28,7% degli americani di origine messicana⁷. Dati recenti evidenziano una maggiore prevalenza dell'ipertensione e del diabete all'interno della popolazione dell'Africa Sub-Sahariana in Europa rispetto a quella della popolazione del vecchio continente⁸.

Fattori di rischio

L'ipertensione è un fenotipo complesso con fattori di rischio molteplici genetici ed ambientali e importanti interazioni di tipo genetico-ambientale. L'età, con il concomitante cambiamento del letto vascolare⁹, il peso corporeo, con prevalenza attuale dell'ipertensione tra i soggetti obesi del 42%, rispetto al 27,8% dei soggetti in sovrappeso¹⁰, il sesso, che influenza la prevalenza dell'ipertensione in modo età-indipendente, la dieta ad alto contenuto di sodio e povera di potassio¹¹, ed infine l'alcol, con l'associazione tra consumo di tre drink o più al giorno e sviluppo di iper-

tensione, sono abbastanza noti e studiati. Numerosi e non definitivi sono gli studi sul rischio genetico mentre controversi sono quelli etnici.

La suscettibilità genetica dell'ipertensione

Numerosi studi hanno esaminato la potenziale suscettibilità genetica dell'ipertensione. I dati indicano in modo significativo che i livelli di PA sono ereditari¹². Diversi grandi studi di coorte genomici hanno evidenziato la presenza di loci in regioni cromosomiche discrete che sono associati alla PA. Inoltre gli studi di associazione genetica hanno identificato polimorfismi nei geni plausibilmente candidati dal punto di vista biologico, compreso l'Ace¹³, l' α -adducina¹⁴, i recettori β -adrenergici ed altri molto recenti¹⁵. Tuttavia dal momento che l'ipertensione è un fenotipo complesso e che i livelli di PA sono determinati dall'interazione di diversi processi neurologici, renali, endocrinologici, cardiaci e vascolari, non è stato scoperto alcun polimorfismo in un singolo gene che spieghi da solo più di una piccola percentuale di casi di ipertensione o unitamente nella popolazione generale. I supposti geni candidati dell'ipertensione essenziale riguardano il Sistema renina-angiotensina-aldosterone, la Via delle trasduzione proteina G/segnale, i Canali dello ione, il Sistema immunitario e infiammazione ed il Sistema nervoso simpatico. Diverse metanalisi di studi sull'associazione dei geni candidati per l'ipertensione/pressione arteriosa hanno dimostrato una certa rilevanza per ipertensione ma non per la pressione arteriosa solo nel caso del polimorfismo AGT M235T nell'etnia bianca ed asiatica, ma non in soggetti neri. Il gene AGT, in una determinata regione, presenta due varianti (polimorfismo), denomina-

te T ed M. Quando è presente la variante T, l'aminoacido metionina è sostituito dall'aminoacido treonina nella posizione 235 del polipeptide angiotensinogeno, da cui la designazione M235T. Il polimorfismo T235, in particolare, si è rivelato un importante fattore di rischio per lo sviluppo di patologie cardiache e di alcune forme di ipertensione¹⁶. Anche il polimorfismo inserzione/delezione nel gene dell'ACE è stato oggetto di intense indagini fin dalla metà degli anni '90 ma le successive meta-analisi hanno dato esiti negativi per la PA o l'ipertensione¹⁷. Altro esempio riguarda la variante genetica legata al gene *Stk39*, collocato sul cromosoma 2, che produce una proteina che influisce sulla corretta elaborazione del sale da parte dei reni nel 20% delle persone caucasiche¹⁸.

Fattori etnici

Le differenze nella prevalenza dell'ipertensione tra le varie popolazioni sono sempre state considerate una possibile evidenza delle conseguenze genetiche. L'interesse principale a questo riguardo si concentra sempre sugli afroamericani ma di fatto rimane ancora da stabilire se tali differenze abbiano una qualche base genetica¹⁹. Alcuni autori hanno pubblicato uno studio, il primo, in cui avrebbero trovato due geni con un possibile ruolo nella regolazione della pressione arteriosa sistolica, ma non in quella della diastolica né dell'ipertensione²⁰. Oggi sembra dimostrato che i soli fattori ambientali potrebbero essere responsabili dei differenziali epidemiologici osservati tra bianchi e neri statunitensi come è dimostrato dal fatto che si sono osservati notevoli diversità relative alla prevalenza di ipertensione tra i bianchi statunitensi e gli europei, gruppi che condividono una eredità genetica²¹. Analogamente tra le

popolazioni di origine africana esiste un gradiente di prevalenza, con basse percentuali nell'Africa occidentale, moderate nei Caraibi ed elevate negli Stati Uniti, che evidenziano ancora una volta il ruolo della variazione nelle esposizioni causali²². La genetica delle malattie complesse tra cui l'ipertensione rimane un mistero e di fatto rimane da stabilire se le differenze dell'ipertensione nelle popolazioni etniche abbiano una qualche base genetica. A parte il fatto che quasi tutte le indagini si basano sul concetto di etnie continentali determinato in parte dalla demografia degli Stati Uniti. Perciò i gruppi definiti africano, asiatico, europeo, nativo americano, isolani del Pacifico, vengono considerati categorie principali. Invece molte vaste popolazioni regionali del Nord Africa, del Medio Oriente, dell'Asia Centrale e Meridionale (India e Pakistan) non sono prese nella necessaria considerazione da questo sistema²³.

L'ipertensione negli afroamericani rimane un problema clinico e sanitario sostanziale. In gran parte degli afroamericani, l'ipertensione origina da una dieta ipercalorica, ricca di sodio e povera di potassio, abbinata a stress e insufficiente attività fisica. Sono in corso ricerche che studiano i rapporti tra i fattori etnici e quelli sociali, accesso alle cure ed il loro ruolo nella etiologia nelle differenze di salute nel caso dell'ipertensione²⁴. Sono necessari ulteriori studi basati sull'evidenza per eliminare tali disparità. Il ruolo della etnia razza in sé è stato fin troppo enfatizzato come fattore chiave determinante per ottimizzare la scelta dei farmaci antipertensivi nei pazienti bianchi e afroamericani.

Conclusioni

L'ipertensione arteriosa è un problema di salute pubblica per la sua diffusione a li-

vello mondiale ed in tutti gli strati sociali della popolazione, per la sua importanza nella patogenesi delle malattie cardio-vascolari e per l'aumento delle disuguaglianze socio-economiche. Allo stesso tempo, malgrado la conoscenza ed i farmaci di cui oggi si dispone, il numero di soggetti ipertesi che sono a conoscenza del problema e la cui ipertensione è trattata e controllata resta lontano dai livelli ottimali anche nei paesi occidentali. I principali motivi dell'incremento generale della prevalenza di ipertensione sono l'invecchiamento, l'aumento ponderale della popolazione ed il fenomeno delle migrazioni dai Paesi poveri sulla scorta di quanto è successo nel Nord America a proposito degli afroamericani. L'interesse per la componente genetica della suscettibilità dell'ipertensione sta assumendo sempre più importanza nella medicina moderna, in quanto si sta mettendo in evidenza il ruolo di alcuni polimorfismi genetici relativamente comuni, ma che se associati tra loro e combinati con specifiche componenti ambientali, possono elevare notevolmente il rischio di sviluppare patologie diffuse nella società industriale, quali le malattie cardiovascolari. La possibilità di determinare il genotipo del paziente sarà una chiave importante per migliorare la prevenzione, il trattamento e il controllo dell'ipertensione. Le differenze nella prevalenza dell'ipertensione tra le varie popolazioni sono sempre state considerate una possibile evidenza delle conseguenze genetiche. L'interesse principale a questo riguardo si concentra sempre sugli afroamericani ma di fatto rimane ancora da stabilire se tali differenze abbiano una qualche base genetica. Oggi sembra dimostrato che i soli fattori ambientali potrebbero essere responsabili dei differenziali epidemiologici osservati tra individui di etnia diverse.

Note bibliografiche

1. Field LE et al, *The burden of adult hypertension in the United States 1999 to 2000: A rising tide*. Hypertension 2004;44:398-404.
2. Cavalli-Sforza LL, *Geni, popolazioni e lingue*. Le Scienze 1992;281; Lewontin RC, *Biologia come ideologia. La dottrina del DNA*, Bollati Boringhieri Ed. 1993.
3. Meeto D, *Chronic diseases: the silent global epidemic*. Br J Nurs, 2008;17(21):1320-5; *Stop the global epidemic of chronic disease*. WHO Global infobase 2004;
4. Danaei G et al, *on behalf the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Blood Pressure)*. National, regional and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5.4 million participants. Lancet 2011; published online Feb. 4. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)62036-3.
5. Anand SS, Yusuf S, *stemming the global tsunami of cardiovascular disease*. Lancet 2011; published online Feb. 4. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)62346-X.
6. Williams RA, *cardiovascular disease in African American Women: a health care disparities issue*. J Natl Med Assoc 2009 Jun;101(6):536-40
7. Ostchega Y et al, *hypertension awareness, treatment and control-continued disparities in adults: United States, 2005-2006*. NCHS data brief 2008;(3):1-8.
8. Agyemang et al, *cardiovascular disease, diabetes and established risk factors among populations of sub-Saharan African descent in Europe: a literature review*. Globalization and Health 2009;5:7DOI:10.186/1744.8603-5-7. Dominguez LJ et al, *blood pressure and cardiovascular risk profiles of Africans who migrate to a Western country*. Ethn Dis 2008;18(4):519.
9. Field LE et al, *the burden of adult hypertension in the United States 1999 to 2000: a rising tide*. Hypertension 2004;44:398-404.
10. Wang Y et al, *the prevalence of prehypertension and hypertension among US adults according to the new Joint National Committee guidelines*. Arch Intern Med. 2004;164:2126-2134.

11. Stamler J et al, *findings of the International cooperative InterSalt study*. Hypertension 1991;17 (Suppl 1): 19-115.
12. Gabriel SP et al, *the structure of haplotype blocks in the human genome*. Science 2002;296:2225-2229.
13. Jeunemaitre X et al, *molecular basis of human hypertension: role of angiotensinogen*. Cell 1992;71(1):169-180.
14. Citterio L, Bianchi G et al, *Genetics of primary hypertension: The clinical impact of adducing polymorphisms*. Biochimica et Biophysica Acta 1802; 2010;1285-1298.
15. Sajjad r et al, *Genome-Wide Association Studies of Hypertension: Have They Been Fruitful?* J of Cardiovasc Trans Res 2010;3:189-196.
16. Sethi AA et al, *Angiotensinogen gene polymorphism, plasma angiotensinogen, and risk of hypertension and ischemic heart disease: A meta-analysis*. Arterioscler Thromb Casc Biol. 2003;23:1269-1275.
17. Staessen JA et al, *the deletion/insertion polymorphism of the angiotensinogen converting enzyme gene and cardiovascular-renal risk*. J Hypertens. 1997;15:1579-1592.
18. Wang Y et al, *whole-genome association study identifies STK39 as a hypertension susceptibility gene*. PNAS 2009;106(1):226-231.g.
19. Mujahid MS et al, *neighborhood stressors and race/ethnic differences in hypertension prevalence (the Multi-Ethnic Study of atherosclerosis)*. Am J Hypert 2011;24(2):187-193.
20. Adeyemo a et al, *a Genome-Wide Association Studies of Hypertension and Blood Pressure in African Americans*. PLOS genetics 2009;5(7) e1000564.
21. Boykin S et al, *Racial/ethnic heterogeneity in the socioeconomic patterning of CVD risk factors: in the US: The e Multi-Ethnic Study of atherosclerosis*. J of Health for the Poor and Underserved 2011;22(1):111-127.
22. Lopez AD et al, *global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systemic analysis of population health data*. Lancet 2006;367(9524):1747-57.
23. Mountain JL et al, *assessing genetic contribution to phenotypic differences among "racial" and "ethnic" groups*: Nat Genet 2004;36:S48-53.
24. Jamerson K et al, *race/ethnicity and hypertension: the role of social support*. Am J Hypertension 2010;23(5):534-40.

ABSTRACT

Nota

Questa parte del volume riporta gli abstract delle comunicazioni e dei poster presentati all'XI Congresso Nazionale SIMM. Gli abstract sono divisi per ambiti tematici (le testatine riportano i titoli delle sessioni) mentre le lettere (C) o (P) accanto al titolo indicano che si tratta di una comunicazione o di un poster.

Indagine epidemiologica sui fabbisogni di salute del bambino immigrato nella provincia di Agrigento (c)

GALIONE G, GIUFFRÈ M, LA PLACA S, CORSELLO G.

Dipartimento Materno Infantile, Università degli Studi di Palermo

Obiettivi

Analisi del profilo sociodemografico e clinico-epidemiologico dei bambini immigrati nell'area agrigentina, fornendo, altresì, indicazioni operative da mettere a regime a livello locale e di sistema.

Metodi

L'indagine è stata condotta nel periodo 10/2009 – 5/2010. La popolazione di riferimento è stata individuata consultando i dati sull'immigrazione forniti dalla Prefettura di Agrigento, stimando un incremento del 50% dovuto all'immigrazione irregolare. È stato realizzato un campionamento non probabilistico accidentale. La metodologia d'indagine ha come fulcro un questionario, redatto in modalità bilingue Italiano-francese, suddiviso in macroaree tematiche: • Dati Generali • Livello di Istruzione • Situazione Familiare • Storia Clinica • Gravidanza • Parto • Periodo Neonatale, Prima e Seconda Infanzia.

Risultati

Il campione è costituito da 62 mamme e 97 bambini tra 0 e 5 anni, frequentanti il Social Help di Agrigento. La classe di età materna prevalente è di 21-25 anni; l'area geografica di provenienza più rappresentata è quella africana con prevalenza di Senegal e Maghreb, 86%. Il 71% delle donne ha avuto almeno un figlio in Italia. L'accesso ai servizi ostetrico-ginecologici è del 41,23%. Tra le gravidanze condotte in Italia il 70,73% effettua una ecografia prenatale contro il 19,64% di quelle condotte nel paese d'origine. Si rileva una percentuale elevata di nascite pretermine (donne di provenienza sub sahariana, 11%). Le principali patologie neonatali riscontrate riguardano affezioni respiratorie (55%) e alterazioni ponderali (21%). Il 75% del campione ha allattato al seno, percentuale inferiore a quella riscontrata nei paesi di origine. Le modalità di svezzamento seguono la tradizione dei paesi di origine, con l'uso combinato, tuttavia, di prodotti tipici e prodotti italiani. I principali disturbi alimentari sono: intolleranze alimentari (14,50%) e diarrea (41,24%). Oltre il 95% del campione non ha effettuato un ciclo vaccinale completo e spesso la documentazione che accompagna i bambini è scarsa o inesistente. Nessuna delle intervistate conosce il codice STP e solo il 13% dei bambini ha il pediatra di famiglia.

Conclusioni

L'elevata percentuale di gravidanze condotte in Italia avvalorare l'ipotesi di ricerca di integrazione con il tessuto sociale autoctono. Lo scarso accesso ai servizi ostetrico-ginecologici è spiegabile, invece, con la differente idea di salute che vede la gravidanza come evento fisiologico che non necessita di controlli sistematici; il luogo di provenienza, tuttavia, ne influenza profondamente l'approccio: quando la gravidanza è condotta in Italia è caratterizzata da maggiore medicalizzazione. L'elevata percentuale di nascite pretermine è in accordo con la presenza dei fattori di rischio materni più significativi: etnia, basso livello socio economico, scarso aumento ponderale, inadeguato livello di assistenza prenatale, attività lavorativa pesante. La più bassa percentuale di allattamento al seno, verosimilmente legata alla occidentalizzazione delle donne, è anche epifenomeno di una realtà sociale più complessa: la mancata tutela della mamma lavoratrice immigrata. L'indicazione principale che emerge dallo studio è la necessità di un ripensamento dei servizi sanitari predisponendo degli interventi a carattere locale e di sistema: miglioramento dell'informazione e del rapporto medico-paziente, istituzionalizzazione del mediatore culturale, coordinamento dei diversi attori, realizzazione di una rete tra le strutture specializzate e sistema ICT.

Contatto: Galione Giusy Elisa (giusy Elisa@teletu.it)

Migrazione e disagio psichico dall'età evolutiva all'età adulta: dati epidemiologici preliminari nel territorio milanese (c)

DIDONI A^a, NINOTTI O^c, MAZZONE R^c, ANNOVAZZI P^d, DE MICHELI M^d, FERRARI R^b, LA GRUTTA S^d, LODOLA L^e, LUPIERI A, MELETTI V, MONTAGNA G^d, SANTORO A, STRIK LIEVERS L, TAGLIABUE B, BONATI M^a, COSTANTINO M A^c

^aIRF "Mario Negri", Milano; ^bASL Milano; ^cUONPIA – IRCCS "Ca' Granda" – Policlinico, Milano; ^dUONPIA – Istituti Clinici di Perfezionamento; ^eUONPIA – A.O. San Carlo, Milano

Obiettivi

Migliorare la risposta dei Servizi al disagio psichico della popolazione migrante in età evolutiva, con particolare attenzione alla fascia adolescenziale e dei minori arrivati in Italia senza la famiglia.

Metodi

Messa in campo di un progetto triennale per il territorio milanese, per giungere alla strutturazione di interventi coordinati tra i 7 servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza del territorio di ASL Milano, il servizio di Etnopsichiatria adulti, i servizi comunali e il terzo settore. Il progetto include la formazione mirata e interdisciplinare degli operatori dei Servizi coinvolti e la sorveglianza epidemiologica prospettica mediante raccolta sistematizzata di informazioni per la rilevazione e definizione dei percorsi assistenziali dell'utenza migrante.

Risultati

Nel presente contributo verrà descritto schematicamente il razionale e l'impianto del progetto, ed approfondita la parte epidemiologica. Nel corso del 2010 sono stati infatti raccolti ed analizzati dati inerenti 727 pazienti, per la maggior parte maschi, di età <23 anni (m.mo da: 7 anni); il 65% nati in Italia da almeno un genitore migrante; la spinta migratoria più frequente (per i nati fuori dal territorio italiano) è il ricongiungimento e l'essere giunti in Italia insieme al/ai genitore/i. Nel 40% dei casi è la scuola ad inviare i bambini e i ragazzi ai servizi; più frequentemente per difficoltà scolastiche, problemi di comportamento e problemi di linguaggio o di comunicazione. I pazienti hanno, come i loro genitori, una buona conoscenza dell'italiano. La lingua madre più frequente è il castigliano (23,4%), seguita dall'arabo (14,3%) e dall'italiano (10,7%). Per i non nati in Italia l'accesso ai Servizi di NPIA avviene fino a 15 anni dopo l'arrivo sul territorio Italiano. I genitori dei bambini sono nel 6-10% circa dei casi italiani e, mentre i padri provengono frequentemente da Egitto e paesi del Sud America, le madri provengono da paesi del Sud-America. I genitori sono migrati senza la famiglia di origine (48%) alla ricerca di lavoro (36,5-47,8%). Il 59% degli utenti ha almeno un fratello in Italia. Nel 39,3% dei casi le famiglie degli utenti hanno parenti o amici sul territorio italiano. La presenza di familiarità note per patologie psichiatriche, neurologiche o croniche è compresa fra lo 0,4 ed il 4% ed è maggiore nelle madri. Negli utenti stessi le diagnosi principali più frequenti sono: Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche (9,4%) e Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio (9,8%).

Conclusioni

Nell'ambito del progetto, i dati raccolti vengono analizzati periodicamente con l'obiettivo di restituire ai Servizi un quadro della tipologia di utenza e della richiesta, che consenta di giungere ad un confronto che porti con se riflessioni di carattere clinico/organizzativo nella direzione di consentire una programmazione delle attività che meglio risponda a quelle che possono essere criticità o carenze che i dati raccolti possano evidenziare. Verranno anche in quest'ottica ulteriormente approfonditi i percorsi di alcune tipologie di utenza in collaborazione con i Servizi coinvolti. In seguito ad una prima analisi dei dati ci si sta infatti interrogando in merito all'opportunità di approfondire i percorsi di valutazione dei soggetti che accedono al servizio con i motivi di invio più frequenti.

Contatto: Anna Didoni (anna.didoni@marionegri.it)

Progetto “Chi ben Comincia...” (p)

PALAZZI M^a, REALI C^a, CALDERONE B^b, VITALI P^a, BERTOZZI N^a, RAINERI C.^a

^aU.O. Epidemiologia e Comunicazione AUSL Cesena; ^bAgenzia Sanitaria Regione Emilia-Romagna

Obiettivi

Applicare il processo dell'*Health Equity Audit*-HEA (Valutazione di equità in salute) nel territorio dell'Ausl di Cesena in tema di salute dei minori per migliorare la capacità di leggere le disuguaglianze in salute presenti nel territorio; realizzare azioni di contrasto ad esse; valutare l'efficacia degli interventi messi in atto.

Metodi

Alla base dell'HEA vi è la creazione di un gruppo di lavoro formato da rappresentanti di istituzioni, servizi sanitari, sociali e della popolazione interessati o coinvolti in attività di contrasto alle disuguaglianze in salute presenti nel territorio. Il gruppo ha il compito di sviluppare le sei fasi previste dal modello: raggiungere un accordo sulle priorità di intervento e sui partners da coinvolgere; realizzare un Profilo di Equità; identificare azioni locali efficaci per contrastare le disuguaglianze; concordare gli obiettivi con il gruppo di lavoro e i partners; assicurare cambiamenti negli investimenti e nell'offerta di servizi; valutare i progressi ottenuti. In particolare, per la stesura del Profilo di Equità è stato realizzato un approfondimento metodologico che ha portato alla creazione di una lista di indicatori di disuguaglianze ispirata alle raccomandazioni della Commissione per i Determinanti Sociali di Salute dell'OMS da inserire nei Profili di Comunità delle Ausl della Regione Emilia-Romagna, promuovendo, in tal modo, il confronto dei dati tra i diversi territori regionali. In questa prima fase si è scelto di limitare lo studio alle disuguaglianze nei primi anni di vita, dal concepimento ai 14 anni, nella consapevolezza che qui vengono poste le basi delle disuguaglianze in salute per tutto l'arco della vita.

Risultati

1. Attivazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare.
2. Creazione di un Profilo di Equità.

Conclusioni

Il progetto ha concluso la fase 2 con la presentazione del Profilo di Equità. I prossimi passi prevedono la scelta delle priorità verso cui indirizzare azioni di contrasto delle disuguaglianze. Sebbene non si possano trarre conclusioni sull'efficacia del processo, possiamo condurre una valutazione del cammino fin qui intrapreso. L'utilizzo di questo strumento ha avviato un processo di condivisione fra attori sanitari e sociali sulla visione del territorio e la scelta delle priorità. La creazione di una lista di indicatori da cui partire per la stesura del Profilo di Equità ha messo in evidenza sia carenze nelle informazioni disponibili (che rendono necessari interventi di miglioramento dei flussi informativi) sia alcune criticità (differenze tra bambini italiani e stranieri; tra madri con titoli di studio medio-bassi e medio-alti). Infine, la scelta di focalizzarsi sui primi anni di vita consente di riportare l'attenzione dei decisori locali sull'ambito materno-infantile e sull'importanza di sviluppare politiche e interventi che agiscano proprio dove mettono radici le disuguaglianze sofferte dall'individuo lungo tutto l'arco della vita.

Contatto: Mauro Palazzi (mpalazzi@tiscali.it)

Salute Zingara: un'esperienza di integrazione socio-sanitaria in una comunità Rom a Reggio Emilia (p)

GRECI M, CANALI L, CASONI C, MANFRÈ G, NASI E, FORNACIARI R, VERDOLIVA C, CAPORUSSO M.

Azienda USL di Reggio Emilia

Obiettivi

In Italia vivono circa 1 milione di Romeni e tra questi meno di un 1% sono zingari Rom. Nella nostra provincia i Romeni rappresentano il secondo gruppo più numeroso tra i residenti (dati 2009). La nostra amministrazione locale ha da anni sostenuto interventi di "cittadinanza" per Sinti. Dal 2002 nella nostra città sono presenti circa 200 Rom (prima come clandestini ora cittadini comunitari). Molte sono le problematiche socio sanitarie; si possono riassumere in habitat, lavoro, *empowerment*, scolarizzazione e accesso ai servizi.

Metodi

La conoscenza numerica del fenomeno migratorio dei luoghi di vita e di aggregazione dei Rom, insieme al continuo confronto fra tutti gli enti interessati dalla presenza di queste persone (comune, forze dell'ordine, servizi sociali, sanitari, educativi e volontariato, ecc) ha reso possibile l'attivazione di alcune azioni concrete: iscrizione a scuola dei minori, assistenza alla gravidanza, alloggi per mamme con bambini molto piccoli, accompagnamento di volontari in percorsi sanitari o legali ed infine attivazione di mediazione culturale quando necessaria.

Risultati

Tra il 2007 e 2010 sono stati contattate dai vari servizi circa 230 persone; la gestione dei minori è sempre molto complessa e significativa dal punto di vista numerico (circa il 50% della popolazione Rom). Una parte importante delle azioni del sociale hanno visto il trattare i seguenti argomenti: difficoltà economica, abitazione precaria, mendicizia. I motivi degli accessi agli ambulatori sono: bilanci di salute, contraccezione e gravidanza.

Conclusioni

La stabilizzazione sul territorio della comunità Rom e il lavoro in rete ha favorito l'*empowerment* delle persone e ha condotto un migliore utilizzo di servizi (controlli in gravidanza, contraccezione, vaccinazioni ecc.). Rimangono alcune problematiche da migliorare: potenziare il lavoro in rete che coinvolga gli operatori del territorio e quelli dei servizi di II e III livello (in particolare gli ospedali); superare le difficoltà burocratiche che impediscono l'accesso a servizi essenziali come Medicina e Pediatria di base; attivare un sistema informativo di raccolta dati individuando precisi indicatori di salute da monitorare.

Contatto: Rossano Fornaciari (rossano.fornaciari@ausl.re.it)

L'alimentazione complementare nel primo anno di vita nei principali gruppi etnici del territorio di RE (p)

VOLTA A^a, FABBRI A^b, DALL'ASTA I^c, CHIARENZA A^c, GUENNOUNA Z^c, BONVICINI L^d, MOSCARA L^a, PINI D.^a

^aAzienda USL di RE, UO Salute donna e infanzia – Dip.to cure primarie; ^bServizio igiene alimenti e nutrizione, Dip.to Sanità pubblica; ^cStaff Ricerca e Innovazione – Direzione Generale; ^dServizio di epidemiologia – Dip.to sanità pubblica

Obiettivi

La natalità a carico delle famiglie immigrate residenti nel territorio reggiano negli ultimi 5 anni è cresciuta di circa il 60%. Da alcuni anni vengono rilevati i tassi di allattamento nell'utenza straniera ma non sono ancora state indagate in maniera approfondita le modalità di alimentazione complementare nel primo anno di vita. Per queste popolazioni l'alimentazione è portatrice di una forte valenza identitaria, spesso collegata a precetti religiosi e culturali. Nel 2008 abbiamo attivato un'indagine per conoscere, nei 3 principali gruppi etnici della provincia di RE (cinese, indiano e magrebino), le abitudini e le tradizioni alimentari nel primo anno di vita, acquisendo dati relativi al tipo di alimento utilizzato nel paese di origine, comprese le modalità di preparazione. È prevista la produzione di uno strumento pratico ad uso clinico al fine di permettere una negoziazione/integrazione tra lo schema di alimentazione standard e quello tradizionale della famiglia. L'obiettivo finale del progetto è quello di rendere l'introduzione dei cibi diversi dal latte conforme alle attuali indicazioni nutritive e possibilmente in linea con l'alimentazione della famiglia di origine evitando un approccio prescrittivo.

Metodi

La popolazione studiata è rappresentata dai 3 principali gruppi etnici residenti nella provincia di RE: cinese, indiano, magrebino. Per poter effettuare un'analisi adeguata abbiamo raccolto almeno 50 casi per gruppo attraverso l'utilizzo di un questionario semi-strutturato con domande chiuse e domande aperte somministrato da 3 intervistatrici appartenenti al gruppo linguistico da indagare e 78 casi di un gruppo italiano, attraverso un questionario modificato da auto-compilare. L'intervista alle famiglie campione è stata condotta presso gli ambulatori della pediatria di comunità nei 30 minuti successivi alla somministrazione di vaccini (3' dose di vaccino esavalente, 1' dose di antimorbillo-rosolia-parotite). L'elaborazione statistica dei dati è stata attuata dall'Unità di epidemiologia. L'analisi dei dati è stata studiata per l'aspetto nutrizionale dal servizio igiene alimenti e nutrizione e per la parte clinica dai pediatri di famiglia coordinati dalla pediatria di comunità, per la parte socio-comportamentale dallo staff ricerca e innovazione della direzione generale.

Risultati

Abbiamo esaminato il periodo di introduzione dei cibi complementari nei tre gruppi, valutando il livello di adesione alle indicazioni del pediatra e individuando gli eventuali alimenti tradizionali gestiti in autonomia dalla famiglia. È stata, inoltre, rilevata la frequenza di allattamento al seno e il rapporto con l'alimentazione complementare. L'alimentazione più simile alla nostra risulta essere quella magrebina; gli indiani intervistati sono risultati molto sensibili alle indicazioni del pediatra, pure praticando un'attenta mediazione con le proprie tradizioni alimentari; il gruppo cinese ha mostrato di seguire poco le indicazioni del pediatra, attuando un'introduzione precoce di alimenti complementari e un allattamento al seno particolarmente breve.

Conclusioni

Riteniamo che il pediatra di famiglia, nel fornire le indicazioni per l'alimentazione complementare alle famiglie immigrate, possa procedere con un approccio transculturale, nel rispetto sia delle indicazioni nutrizionali sia dei principi culturali delle popolazioni interessate.

Contatto: Alessandro Volta (alessandro.volta@ausl.re.it)

Gruppi post interruzione di gravidanza nel reparto di ginecologia dell'A.O. San Carlo Borromeo di Milano (c)

PARRAVICINI C^a, BUSCAGLIA M^b, HASSIBI P.^b

^aCooperativa Crinali di Milano, ^bA.O. San Carlo Borromeo di Milano

Obiettivi

Il progetto prevede la conduzione di gruppi post i.v.g. il giorno stesso dell'intervento nelle stanze del reparto di ginecologia. Vengono coinvolte le donne straniere e le donne italiane presenti in reparto. L'obiettivo principale è che le donne, a partire dal gruppo e dalla condivisione del proprio vissuto, riescano ad integrare l'esperienza dell'intervento e che questo diventi un momento evolutivo, di presa di coscienza di se stesse, della propria salute e della propria situazione relazionale. L'obiettivo più specifico è quello di contenere l'ansia che le donne esprimono, accogliendo le paure relative all'esito dell'intervento e anche la tristezza che spesso emerge. Viene verificata la scelta contraccettiva di ogni donna e si danno informazioni relative ai diversi metodi anticoncezionali. Il nostro desiderio è che la donna rifletta sul contraccettivo, soprattutto sul suo atteggiamento rispetto ad esso, e che ritorni alla visita di controllo per poterne riparare con più calma con l'operatrice del servizio. Sul lungo periodo lo scopo di questi gruppi è di contrastare il fenomeno della recidiva.

Metodi

- Presenza di una psicologa e di una mediatrice linguistico culturale (di lingua rumena o spagnola) all'interno del reparto di ginecologia, nei due giorni che viene effettuata l'i.v.g. presso l'ospedale San Carlo. La presenza della mediatrice facilita la comunicazione con le donne straniere. - Supervisioni e giornate di formazione per gli operatori coinvolti nel progetto. - Utilizzo (e distribuzione) di materiale in lingua relativo ai metodi anticoncezionali. - Coinvolgimento di tutte le donne presenti in reparto, italiane e straniere, non solo le donne inviate dal Centro di salute e ascolto interno all'ospedale San Carlo presso il quale lavora la psicologa che conduce i gruppi.

Risultati

L'esperienza dei gruppi post i.v.g. è iniziata nel luglio 2006. Negli ultimi anni abbiamo potuto rilevare un effettivo aumento dei ritorni alla visita post i.v.g. presso il servizio per le donne immigrate interno all'ospedale San Carlo (2007: 37%, 2008: 39%, 2009: 42%, 2010: 39%). Considerando che nel 2005 i ritorni erano del 16% ci sembra che l'esperienza sia da considerarsi molto positiva.

Conclusioni

È stato possibile attraverso i gruppi post i.v.g. creare uno spazio significativo di ascolto, da parte delle donne delle nostre informazioni e da parte nostra dei loro vissuti, di condivisione del valore di prendersi cura del proprio corpo, della propria sessualità. Il confronto spesso si è allargato ai temi che riguardano la donna al di là del momento specifico dell'i.v.g., si è parlato tanto dei figli già esistenti, a volte lasciati al paese d'origine, del lavoro, delle relazioni con i compagni, della difficile condizione di donne immigrate. È importante sottolineare l'unicità di questo spazio di incontro fra donne che provengono da realtà e da mondi così diversi e che si ritrovano insieme, uguali, semplicemente donne. Sarebbe importante poter proseguire questa esperienza, ma, soprattutto, riuscire a estenderla ad altre realtà ospedaliere. Infatti si tratta di un intervento che ha scopo preventivo (rispetto ad esempio alla recidiva) e di *empowerment* della donna rispetto alla propria salute, obiettivi che anche il Ministero della Sanità ha posto come fondamentali nell'ottica di miglioramento della salute pubblica.

Contatto: Claudia Parravicini (claudiaparravicini@yahoo.it)

Valutazione e sperimentazione di modelli organizzativi differenziali per il coinvolgimento al programma di screening cervicale dei soggetti ad alto rischio: donne immigrate (c)

GIORDANI B, ASOLE S, BARCA A, FORCELLA E, PROTA F, CAU N, BORGIA P, GUASTICCHI G.

Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio

Obiettivi

Il progetto ha sperimentato due diverse linee di intervento, alternative al sistema di chiamata standard, volte al coinvolgimento al programma di screening cervicale della popolazione femminile immigrata nel territorio laziale. Il progetto ha avuto fra gli obiettivi specifici quello di individuare i luoghi idonei per la promozione del programma di screening del tumore della cervice uterina e di diffondere una maggiore conoscenza del servizio sanitario regionale.

Metodi

Gli interventi sono stati realizzati, per alcune comunità della popolazione immigrata nella Regione Lazio, presso luoghi di aggregazione religiosi (*faith-community based*) e laici. Sono state previste le due linee di intervento: - offerta di un appuntamento per un Pap Test presso il consultorio di riferimento (intervento indiretto); - offerta diretta di un Pap Test (intervento diretto). In entrambi i casi, sono state organizzate sessioni informative da mediatrici interculturali e da leader religiosi e di comunità. La metodologia qualitativa, attraverso l'organizzazione di Focus Group (FG), ha permesso di esplorare l'efficacia degli interventi, in termini di valutazione del grado di comprensione del messaggio trasmesso dagli operatori. Tutte le donne invitate ai FG avevano partecipato alle sessioni informative: alcune di loro hanno sperimentato il modello dell'offerta immediata del Pap Test, altre dell'offerta di un appuntamento. La metodologia quantitativa ha permesso di misurare, attraverso la somministrazione di questionari, il grado di conoscenza dei servizi territoriali regionali, dei temi di prevenzione nonché di indagare i motivi di non adesione al programma di screening delle donne contattate. L'impatto di ciascun intervento è stato misurato attraverso il tasso di adesione corretto al Pap Test. Inoltre sono stati calcolati alcuni indicatori di processo dei programmi di screening del tumore del collo dell'utero per le donne immigrate.

Risultati

Per l'intervento diretto il tasso di adesione corretto è pari all'87% delle donne contattate in fascia target (25-64 anni), mentre per l'intervento indiretto è pari al 68%. Il *referral rate* per le donne immigrate coinvolte nel progetto risulta pari al 4.8% (in Italia è pari mediamente al 2.4% per tutte le donne coinvolte nel Programma di screening). La *detection rate* calcolata complessivamente per le donne immigrate risulta pari a 7.5 per 1000 mentre in Italia è pari al 2.8 per mille (per tutte le donne coinvolte nel Programma di screening).

Conclusioni

Nei FG è emerso che le donne non inviate al consultorio perché sottoposte al test di screening nel luogo della sessione informativa non conoscono il consultorio e soprattutto non hanno cognizione di tutte le prestazioni offerte gratuitamente. Il modello "approfittiamo del momento", ben gradito a tutte, non educa la donna alla prevenzione. Sebbene l'offerta diretta fornisca un impatto maggiore e catturi immediatamente la donna, non è garantito che la donna aderisca consapevolmente; tale modello ha inoltre presentato problemi organizzativi e logistici. Le donne coinvolte tramite il modello dell'offerta indiretta (offerta di un appuntamento) mostrano una forte consapevolezza dei temi di prevenzione, un'approfondita conoscenza dei servizi offerti e sono orientate sul territorio.

Contatto: Giordani Barbara (giordani@asplazio.it)

Il percorso nascita delle donne straniere – indagine 2010 (c)

Lauria L, Grandolfo M, Forcella E, Spinelli A, Lamberti A, Bucciarelli M, Andreozzi S e il Gruppo di Lavoro sul Percorso Nascita tra le Donne Straniere

Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italia

Obiettivi

È noto come in tutti settori della sanità pubblica, le criticità assistenziali emergano con maggior forza nelle fasce di popolazione più deboli dal punto di vista socio-economico. Questo è tanto più vero per le donne immigrate che hanno sia problemi di integrazione dovuti a modelli socio-culturali diversi che di lingua. Obiettivo dello studio è di valutare, attraverso un'indagine multicentrica coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), i principali indicatori del percorso nascita delle donne straniere che hanno partorito in Italia, confrontandoli con quelli osservati nelle donne italiane.

Metodi

È stata condotta un'indagine campionaria di tipo trasversale attraverso la somministrazione di un questionario standard validato con domande sull'assistenza in gravidanza, parto e puerperio, stato di salute della madre, del neonato e informazioni socio-demografiche. La popolazione in studio è costituita da tutte le donne immigrate che hanno partorito in un periodo definito presso i centri nascita partecipanti allo studio. È stato inoltre selezionato un campione di donne italiane che hanno partorito nello stesso periodo presso gli stessi centri per un confronto. Le donne sono state arruolate prima della dimissione dalla struttura e le mediatrici culturali, appositamente formate, hanno somministrato il questionario previo consenso informato. Sono state effettuate analisi descrittive e di associazione mediante modelli logistici.

Risultati

Hanno partecipato all'indagine 18 centri nascita di 10 differenti regioni concentrati principalmente in città del centro-nord. Delle 2.213 donne contattate, 2.090 hanno accettato l'intervista (1.564 straniere e 526 italiane; tasso di rispondenza = 94%). Il 42,4% delle donne straniere proviene dai paesi dell'est Europa, il 27,6% da paesi africani, il 16,6% da paesi asiatici e il 13,4% da paesi del centro-Sud America. Mediamente le straniere sono più giovani, hanno più figli, un livello di istruzione più basso delle italiane e un terzo di loro ha una scarsa o nulla conoscenza della lingua italiana. Il motivo principale della migrazione è il ricongiungimento familiare (52%). Emerge, sia per le donne italiane che per le straniere, un'eccessiva medicalizzazione del percorso nascita. Le donne straniere si rivolgono per l'assistenza durante la gravidanza principalmente al consultorio familiare (34,3% vs 6,3% italiane) ma partecipano poco ai corsi di accompagnamento alla nascita (14,8% straniere e 42,2% italiane). Tra le criticità riscontrate vi sono: prima visita oltre i 3 mesi dal concepimento (12,8% vs 5,4%); basso ricorso alle tecniche di diagnosi prenatale (12,6% vs 38,1%); ridotta informazione sulla presenza e la fruibilità dei servizi assistenziali rivolti alla donna e al bambino e su aspetti normativi inerenti il percorso nascita. Tra le donne straniere sono state riscontrate più di frequente anemia e infezioni urinarie. Sono risultati inoltre leggermente più elevati i parti pretermine e il basso peso alla nascita del bambino. Le donne straniere sono ricorse con maggiore frequenza a una precedente interruzione volontaria di gravidanza (16,1% vs 5,8%) e, in generale, hanno ricevuto durante il percorso nascita minori informazioni sulla contraccezione.

Conclusioni

Il miglioramento dell'assistenza al percorso nascita delle donne straniere può passare attraverso una organizzazione dei servizi pubblici che garantisca continuità assistenziale, formazione del personale su aspetti di comunicazione e informazione e presenza di mediatori culturali nelle strutture.

Contatto: Laura Lauria (laura.lauria@iss.it)

Ricoveri ginecologici di donne immigrate in Lombardia (p)

OLDRATI M, FUMAROLA C, MARCONI A M.

Clinica Ostetrica e Ginecologica, Ospedale San Paolo, Università degli Studi di Milano

Obiettivi

Analizzare, attraverso le SDO della Regione Lombardia, le cause di ricovero per patologie ginecologiche delle donne immigrate, selezionando poi quelle a maggior impatto clinico e con maggiore numerosità e confrontare i tassi di ricovero delle donne italiane con quelli delle donne immigrate.

Metodi

Sono stati analizzati i dati relativi ai ricoveri per patologia ginecologica di donne italiane e straniere in Lombardia nel periodo 2007-2009, per un totale di 227.321 ricoveri. Sono stati poi confrontati con test del chi-quadro i tassi di ricovero delle donne immigrate e delle donne italiane.

Risultati

Il tasso di ricovero per patologia ginecologica maligna è significativamente più alto nelle donne immigrate che nelle donne italiane, in particolare per patologie screenabili come il carcinoma della cervice uterina (0.04% per le donne straniere, 0.02 per le donne italiane). Analizzando i ricoveri per fascia d'età, si nota che bassi tassi di ricovero per cancro della cervice uterina sono stati trovati sia per le donne italiane che per quelle straniere di età inferiore a 25 anni. Al contrario, il tasso di ricoveri per donne di età più avanzata (tra i 25 e 55 anni) è il doppio nelle donne immigrate rispetto alle donne italiane. Questo indica che le donne immigrate non si sottopongono ai programmi di screening e arrivano al momento della diagnosi con patologie in fase più avanzata. Per quanto concerne patologie maligne clinicamente silenti nelle fasi iniziali (tumore dell'endometrio, tumore dell'ovaio) il tasso di ricovero è stato maggiore per le donne italiane. Questo è verosimilmente da riferire al fatto che sono patologie che vengono riscontrate in corso di controlli ginecologici routinari a cui le donne immigrate non si sottopongono. Solo nella fascia d'età superiore ai 41 anni i ricoveri delle donne immigrate sono superiori a quelli delle italiane. Questo è probabilmente dovuto alla diagnosi ormai in fase sintomatica, e quindi più avanzata, di tumore. Valutando i dati relativi ai ricoveri per patologie ginecologiche benigne è emerso che le donne straniere hanno tassi di ricovero maggiori per malattia infiammatoria pelvica e per sterilità, mentre per patologie clinicamente silenti (polipi endometriali, endometriosi) il tasso di ricovero è maggiore per le donne italiane.

Conclusioni

Dall'analisi dei dati emerge come le donne immigrate abbiano bisogno di maggior sensibilizzazione rispetto ai programmi di screening e all'utilità delle visite di controllo di routine. La diagnosi tardiva delle lesioni tumorali comporta un costo sia umano che economico. Con la diagnosi precoce delle lesioni tumorali è infatti possibile ridurre, come si è visto per le donne italiane, il tasso di mortalità per tumori maligni della portio uterina.

Contatto: Marta Oldrati (oldrati.marta@gmail.com)

Nabruka, progetto di ricerca-azione sulla prevenzione secondaria del tumore al collo dell'utero (p)

BARBERIS M^a, BERTULETTI C^a, BONINSEGNA M C^c, CASADIO C^e, DE PONTI L^b, PENDEZZINI A^c, SACCO R.^d

^aIstituto di Anatomia Patologica e Citologica A.O. Ospedali Riuniti Bergamo; ^bLega Italiana per la Lotta ai Tumori onlus – sezione Bergamo; ^cAmbulatorio OIKOS onlus – Bergamo; ^dDipartimento area chirurgica Clinica Castelli Bergamo; ^eUnità Citologica Diagnostica IEO Milano

Obiettivi

Offrire un programma di screening primario per patologie HPV-correlate a donne migranti "irregolari" escluse dallo screening anche se abitanti nella provincia di Bergamo, e il triage secondario per quelle a rischio di sviluppare (o portatrici di) SIL di alto grado.

Metodi

A Bergamo, l'associazione OIKOS onlus, la LILT onlus e l'istituto di Anatomia Patologica e Citologica dell'A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo hanno offerto alle donne straniere "irregolari" la possibilità di effettuare gratuitamente il Pap test. Dal 6 agosto 2009 al 6 maggio 2010, 182 donne maggiori di 20 anni si sono rivolte all'ambulatorio OIKOS. Di ognuna sono stati registrati: età, grado di istruzione, anni di permanenza in Italia, occupazione, abitudine al fumo, età del primo rapporto, uso di anticoncezionali, numero di aborti. Le donne sottoposte volontariamente a Pap test sono state informate dello svolgimento dello studio in corso e hanno sottoscritto il modulo per il consenso informato. Il prelievo ambulatoriale cervicale per Pap Test in fase liquida e per test HPV mRNA è stato effettuato presso l'ambulatorio OIKOS da personale ostetrico. Il materiale così raccolto è stato inviato in *double-bag* entro due giorni presso il servizio di Anatomia Patologica degli Ospedali Riuniti di Bergamo, accompagnato da una scheda riportante dati anagrafici e clinici. I test sono stati diagnosticati secondo la classificazione Bethesda 2001. Nei casi risultati non-negativi, il materiale è stato utilizzato per valutare l'espressione di HPV RNA (Nuclisens BioMerieux). Le donne con Pap test negativo sono state invitate a ripetere l'esame dopo tre anni; in caso di test borderline (ASC-US o L-SIL) sono state invitate a ripetere l'esame dopo sei mesi e comunque sottoposte al parere del medico operante presso l'ambulatorio OIKOS; in caso di ASC-H o H-SIL sono state sottoposte a visita ginecologica ed eventuale colposcopia. Alle donne reclutate è stata distribuita una brochure redatta in italiano, inglese, francese, spagnolo, russo, rumeno e arabo con informazioni sulle possibilità, i limiti e le modalità del programma di screening, e semplici misure di profilassi delle malattie a trasmissione sessuale.

Risultati

Delle 182 donne valutate, 121 provenivano dal Sud America e 61 dall'Africa e dall'Europa dell'Est. La maggior parte aveva un'istruzione primaria o secondaria ed occupazione come badante o collaboratrice familiare. 165 Pap test (90,66%) erano negativi. 17 campioni (9,34%) sono risultati: L-SIL 35,3% ASC-US 35,3% H-SIL 17,6% ASC-H 11,8% n.7 mRNA positivi (41,2%): n.3 HPV 16 (42,9%), n.2 HPV 31 (28,6%), n.1 HPV 33 (14,3%) e n. 1 HPV 18, 33 (14,3%) n.7 mRNA negativi (41,2%) n.3 non valutabili (17,6%).

Conclusioni

La percentuale di donne con Pap test non-negativo e positive all'HPV RNA (9,34%) è in linea rispetto ad analogo campione di donne italiane (dal 7% al 10%), con la medesima incidenza di ceppi (16, 18, 31 e 33). Il dato particolarmente significativo riguarda la distribuzione per area geografica: risulta essere positivo il 18% delle donne provenienti dall'Est Europa, contro il 7% della popolazione proveniente dall'America Latina.

Contatto: Andrea Pendezzini (andreapende@gmail.com)

M to F, more difference than before. Uno spazio dedicato (p)

MANGHI M, CROTTI C, DANINI L, GEMMI G, SPARANO M.

Azienda USL di Reggio Emilia

Obiettivi

L'azienda sanitaria locale ha nella propria organizzazione un ambulatorio (Centro Salute Famiglia Straniera) che negli ultimi anni si è consolidato grazie ad un progetto integrato con il Comune di RE e l'associazione di volontariato Rabbunì per prestare attività socio-sanitaria alle persone che si prostituiscono. Il progetto è riconducibile alla metodologia di "riduzione del danno" e si occupa di prevenzione, informazione, accompagnamento ai servizi; il lavoro è progettato e condiviso fra operatori sanitari, operatori sociali e operatori del volontariato. Dal 2008 fra gli utenti di questo spazio sono comparsi un gruppo di transessuali di origine sudamericana o arrivati spontaneamente attraverso il "passa parola" o condotti dalle operatrici della Unità di Strada.

Metodi

Mentre da una parte l'approccio degli operatori è stato quello utilizzato abitualmente nello spazio Eva Luna per le prostitute, dall'altro c'è stata la necessità di mettersi in discussione per identificare approcci più idonei e più rispettosi della persona. Quindi se da un lato è stato proposto a tutti l'esecuzione degli screening sierologici per le principali malattie a trasmissione sessuale e l'intradermoreazione alla Mantoux, dall'altro gli operatori sia dell'Ausl che della Caritas hanno iniziato un percorso informativo e formativo sulla realtà del fenomeno.

Risultati

Attualmente abbiamo 29 utenti che hanno avuto 200 accessi. 21 hanno eseguito esami sierologici e 11 intradermoreazione alla Mantoux. I risultati degli esami sierologici evidenziano una elevata incidenza di infezione luetica (55%) e di infezione da virus dell'epatite B (40%). Non si registrano casi di infezione da HCV. 6 soggetti risultano positivi al virus HIV. 4 Mantoux fortemente positive ma con scarsa compliance alla chemioprophilassi. 1 caso di tb polmonare aperta.

Conclusioni

La situazione sanitaria e sociale di queste persone risulta essere molto complessa e richiede una stretta integrazione fra i servizi con la creazione di percorsi facilitati e plurispecialistici. La condizione di esclusione sociale e di violenza da loro subita (che è la più grande fino ad ora incontrata dagli operatori del CSFS) rende ancora più difficoltoso l'accesso ai servizi e può aggiungere danni ulteriori alla loro salute. Il CSFS è stato individuato come un "luogo" ove l'accedere è semplice, il rispetto della persona è garantito, ogni giudizio è sospeso e dove è possibile affrontare problematiche sia sociali che sanitarie che in queste persone sono strettamente legate e addirittura interdipendenti.

Contatto: Mara Manghi (manghi.mara@ausl.re.it)

Lingue e linguaggi della prevenzione (p)

MANCA M. C.

Università di Firenze, ISPO (Istituto Studio Prevenzione Oncologica)

Obiettivi

“Lingue e linguaggi della prevenzione” è un dvd e vuole essere una sperimentazione e una proposta di ricerca e analisi qualitativa per raccontare attraverso le immagini e le testimonianze di tutti i partecipanti – uno spaccato attuale – anno 2010 – della situazione toscana rispetto alla prevenzione. L’obiettivo è stato quello di raccogliere diverse prospettive della realtà. Questo dvd è diretto principalmente – ma non solo – al mondo degli operatori sanitari. Nasce dall’esigenza di capire i motivi della bassa adesione agli screening da parte della popolazione migrante: le possibili cause, le problematiche, le paure, le difficoltà, per poi poter trasformare gli elementi di debolezza e quelli di forza in azioni concrete sia per quel che riguarda la comunicazione che l’intervento rispetto agli screening dei tumori femminili.

Metodi

Il dvd raccoglie le testimonianze di 17 mediatrici e mediatori culturali di 11 Paesi (Albania, Argentina, Cina, Egitto, Macedonia-Rom, Mali, Marocco, Nigeria, Perù, Romania, Somalia), di 6 donne italiane (un gruppo eterogeneo e una donna che è stata richiamata per un secondo livello), di 12 sanitari che lavorano nel mondo della prevenzione (ginecologhe e ostetriche dei consultori per le donne migranti; ginecologhe oncologhe, medici radiologi, tecnici di radiologia, ostetriche, infermieri e infermiere che lavorano all’ISPO). Abbiamo realizzato un totale di 9 incontri e 2 interviste in profondità, tutti sono stati videoregistrati. Incontri e interviste sono stati sbobinati e analizzati in base a 7 ambiti tematici.

Risultati

Le diverse modalità linguistiche di esprimere la prevenzione, ma anche le modalità comunicative, simboliche, i concetti, le emozioni, le idee e i pensieri, i tanti linguaggi che fanno parte di ogni lingua vengono spesso fraintesi, mal interpretati, oppure semplicemente risultano incomprensibili tra chi parla e chi ascolta o legge.

Conclusioni

La salute e la prevenzione così come varie percezioni rispetto a questa, le barriere e le difficoltà per l’accesso sono temi comuni a tutte le donne, e sono legate ai vissuti, ai saperi, alla stessa identità femminile – in continua trasformazione – delle donne migranti come di quelle italiane.

Contatto: *Maria Cristina Manca* (mariacristina.manca@tiscali.it)

L'offerta attiva nella prevenzione dell'IVG e oncologica, rivolta alla donna immigrata: i risultati di una esperienza, nella AUSL di Bologna (p)

LESI G^a, MAZZONI F^b, GARAVINI C M.^a

^aAUSL di Bologna, ^bTirocinante AUSL di Bologna

Obiettivi

Favorire la conoscenza e l'accesso alla prevenzione dell'IVG e oncologica, attraverso l'incontro e la collaborazione con le cittadine immigrate della città di Bologna.

Metodi

Attivazione di interventi individuali e di gruppo per la popolazione femminile immigrata, al fine di comprendere le motivazioni del ricorso all'IVG o della mancata contraccezione e quindi predisporre azioni di informazione/coinvolgimento su questi temi.

Risultati

Il lavoro è stato svolto con: un gruppo di donne cinesi, un gruppo di donne dell'Est Europa e un gruppo di ospiti del dormitorio femminile, prevalentemente straniere. Sono stati individuati approcci diversi per i tre gruppi, in relazione alle problematiche espresse, a specifici approcci alla salute e alle condizioni di vita in Italia. Per la popolazione cinese abbiamo, anche, esplorato il rapporto con i servizi e la salute, attraverso un questionario preliminare, somministrato a un piccolo gruppo di 60 donne. I risultati hanno evidenziato che a tutte le donne, pur con peculiarità specifiche, interessa avere informazioni sulla prevenzione.

Conclusioni

Si evidenzia, da parte dei tre gruppi, grande interesse ai temi proposti. Le donne cinesi sembrano avere un'idea di prevenzione più radicale, come prevenzione primaria, che deriva almeno in parte, dalla tradizione storica ("Curare la malattia prima che si manifesti" Nei Jing), ma difficoltà pratiche a curarsi. Le donne russe, sono determinate e consapevoli e sembrano meglio integrate nella città e nei servizi, ma hanno problemi ad accedere alla prevenzione a causa della tipologia di lavoro svolto, che di frequente lascia pochissimo spazio alla cura di sé.

Contatto: Grazia Lesi (grazia.lesi@ausl.bologna.it)

Prevenzione IVG Donne Migranti (p)

SCASSELLATI G, BULCU M, MONAMI L, ANGELUCCI M A.

Amb. Salute Riproduttiva Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma

Obiettivi

Presso il Centro regionale per l'applicazione della L.194/78 dell'AO S. Camillo Forlanini afferiscono al mese in media 120 donne straniere, con o senza permesso di soggiorno, per far fronte problematiche legate a gravidanze non desiderate e per ricorrere all'IVG. In collaborazione con l'èquipe sanitaria è stato istituito il servizio di mediazione culturale che effettua consulenza contraccettiva e fornisce alle coppie informazioni sui diritti delle donne lavoratrici in Italia al fine di prevenire recidività al ricorso all'IVG. Qualora la donna decide di portare avanti la gravidanza viene assicurata l'assistenza fino al momento del parto e puerperio. La mediazione culturale è parte integrante del percorso assistenziale.

Metodi

Accoglienza multilingue, mediazione culturale, informazione sanitaria, educazione alla salute riproduttiva, lavoro di rete con altri servizi ed associazioni, informazione sui diritti delle donne lavoratrici e sul funzionamento dei servizi sanitari.

Risultati

Aumentata richiesta di consulenza contraccettiva. Aumentato inserimento di IUD nelle donne migranti afferenti al servizio. Maggior integrazione del team della mediazione culturale con gli operatori sanitari del servizio ed ampliamento delle attività di mediazione culturale agli altri reparti.

Conclusioni

L'accoglienza delle donne straniere al D.H. L.194 dell'AO viene effettuata dalle mediatrici culturali che assicurano un servizio multilingua, forniscono una corretta informazione sulle tecniche di controllo delle nascite ed il loro lavoro è integrato con le attività del servizio. Dai dati di servizio emerge aumentata richiesta di consulenza contraccettiva da parte delle donne migranti, adozione di metodi contraccettivi e diminuzione dei pregiudizi verso i metodi di controllo delle nascite. A ciò si può correlare una più marcata consapevolezza del proprio corpo e del diritto alla salute riproduttiva. Dalla nostra esperienza clinica possiamo affermare che la presenza della mediazione culturale può essere considerata un indicatore di qualità del servizio sanitario. Tenuto conto dei risultati ottenuti e dell'esigenza del servizio presso il DH L. 194 l'èquipe di mediazione culturale dell'AO S. Camillo Forlanini ha la sua postazione fissa presso il DH L.194.

Contatto: *Giovanna Scassellati* (gscassellati@scamilloforlanini.rm.it)

Il Forum sulla salute delle donne italiane e migranti: un'esperienza dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini (p)

COSSUTTA M, SCASSELLATI G, ANGELUCCI A, BULCU M, MONAMI L, SARAVIA P.

Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma

Obiettivi

Promuovere la salute delle donne, intesa come indicatore dell'appropriatezza ed efficacia dell'attività assistenziale. • Promuovere la partecipazione delle associazioni di donne straniere alle scelte aziendali relative ai percorsi assistenziali. • Indicare priorità nella programmazione e nell'organizzazione degli interventi sanitari in ambito di tutela della salute delle donne. • Individuare proposte e formulare progetti. • Promuovere l'approccio di genere alla salute. • Promuovere la cultura del lavoro multidisciplinare e dell'approccio transculturale. • Promuovere l'*empowerment* delle persone straniere e lo sviluppo delle competenze per la salute delle comunità. • Integrazione con la Rete delle associazioni di donne italiane e straniere.

Metodi

• Partecipazione aperta alle attività del Forum per utenti, operatori, associazioni, cittadini. • Riunioni periodiche del comitato di coordinamento del Forum, per sviluppare forme di integrazione delle culture organizzative. • Incontri periodici con le associazioni (cosiddette "riunioni del sabato", svolte in azienda). • Azioni di *health literacy* presso le comunità. • Questionario per l'analisi della percezione dei bisogni di salute. • Integrazione con l'attività del servizio di mediazione linguistico culturale dell'azienda. • Presenza sul sito web aziendale, con indirizzo mail dedicato.

Risultati

Il Forum è riconosciuto a livello cittadino e integrato nella rete delle associazioni. Il Forum ha delineato alcune priorità di intervento, che sono divenute progetti aziendali deliberati: il Progetto Ospedale Culturalmente Competente, il Progetto Sportello Donna h24 al Pronto Soccorso, il Servizio di mediazione linguistico culturale considerato come integrato con tutte le unità operative, il Progetto Bilancio di genere. L'attività del Forum è prevista nella strategia aziendale di umanizzazione delle cure e negli obiettivi di budget 2010. Sono state svolte azioni di *health literacy* presso le comunità; il questionario sulla percezione dei bisogni di salute è stato tradotto multilingue dalle associazioni e distribuito presso le comunità filippina, capoverdiana, rumena, marocchina, serba, cinese, peruviana e cilena.

Conclusioni

Il Forum dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini è un'esperienza inedita nel campo della sanità pubblica e fortemente innovativa, sia negli obiettivi che nelle modalità organizzative di funzionamento. Il coinvolgimento delle associazioni delle donne migranti rappresenta una possibilità di miglioramento della qualità e appropriatezza delle risposte assistenziali non solo per la popolazione migrante e le fasce deboli di quella autoctona, ma per tutti. L'accesso ai servizi deve poter rappresentare un percorso non solo di cura ma anche di promozione della salute, di costruzione di consapevolezza, informazione, conoscenza del tessuto istituzionale e sociale del nostro paese, di cambiamento e superamento di incomprensioni, stereotipi, discriminazioni, di costruzione di nuove regole di convivenza e di integrazione. La promozione e la tutela della salute impegnano infatti le politiche sanitarie, l'organizzazione e le modalità operative dei servizi, le professionalità degli operatori ma anche e, soprattutto, la responsabilità delle persone nel costruire socialità, mutamenti nel tessuto sociale delle relazioni, prassi di solidarietà e di reciprocità, libertà e responsabilità tra le donne e gli uomini.

Contatto: Maura Cossutta (mcossutta@scamilloforlanini.rm.it)

Centro di Riferimento regione Lazio per MGF (p)

SCASSELLATI G, ANGELUCCI A.

Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma

Obiettivi

Presa in carico sanitaria delle donne che hanno subito MGF. Monitoraggio dell'incidenza del problema. Prevenzione MGF. Diffusione ed applicazione delle linee Guida nazionali sulle MGF.

Metodi

Attività clinica percorso deinfibulazione, Sostegno psicologico, Mediazione Culturale. Attività Informative e di Educazione alla Salute. Attività di formazione per operatori socio sanitari e mediatori culturali sulle MGF.

Risultati

Delibera regionale del 9 Marzo 2007 per il centro di Riferimento regionale MGF presso l'Osp. S. Camillo Forlanini. Assistenza ginecologica, ostetrica, psicologica e mediazione culturale a 63 donne sottoposte a MGF nel 2008/2010. Di questo gruppo 18 erano in gravidanza e sono state seguite presso il nostro Ospedale, 16 di loro hanno partorito dopo deinfibulazione, 2 a causa del ritardo di accesso al nostro servizio sono state sottoposte a parto con taglio cesareo. Sono state seguite nel nostro reparto nel decorso post infibulazione e nel post partum per la prevenzione delle infezioni uroginecologiche. Nel corso dell'attività clinica vengono fornite sistematicamente informazioni per la prevenzione delle MGF nelle bambine. Due mamme si sono presentate spontaneamente per far visitare le loro figlie sottoposte nel paese di origine a MGF. Un questionario per la raccolta di storie di vita e dati sulla pratica MGF è stato elaborato e viene somministrato. Grazie ad un progetto del Min. Pari Opportunità è stata effettuata una ricerca sull'incidenza delle MGF nella regione Lazio, sui livelli di conoscenza e competenza per la presa in carico sanitaria ad un campione rappresentativo di operatori ospedalieri e consultoriali della regione Lazio, campagne informative presso scuole selezionate in varie province della regione; un convegno internazionale è stato organizzato per presentare il fenomeno delle MGF nel mondo ed i risultati della ricerca. Nel 2010 grazie ad un finanziamento di un progetto regionale sono stati formati 224 Operatori del SMI della regione Lazio. I Servizi territoriali M.I. inviano le donne sottoposte a MGF presso il nostro reparto.

Conclusioni

Molte delle donne sottoposte ad MGF che accedono al nostro servizio pongono resistenze culturali e psicologiche a deinfibularsi. Per migliorare l'efficacia del servizio è stato necessario adottare sistematicamente un approccio transculturale per gestire le problematiche legate all'identità di genere ed alle attese culturali relative alle MGF. Si è rilevata la necessità di formare gli operatori per evitare atteggiamenti discriminatori quando si trovano di fronte ad una donna che presenta MGF.

Contatto: *Giovanna Scassellati* (gscassellati@scamilloforlanini.rm.it)

Assistenza alla Gravidanza di donne straniere (p)

SCASSELLATI G, BULCU M.

Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma

Obiettivi

Migliorare la qualità dell'assistenza alla Gravidanza, Parto e Puerperio nelle donne straniere. Adeguare i servizi alle differenti culture.

Metodi

Diffusione della Carta di servizi plurilingue per il percorso nascita. Integrazione territorio-ospedale. Mediazione Culturale. Formazione degli operatori all'interculturale. Monitoraggio e verifica delle attività.

Risultati

L'azienda San Camillo Forlanini ha un reparto di maternità che nel 2010 ha eseguito 3.643 parti di cui 3.040 donne italiane e 603 donne straniere. Nel 2009 i parti sono stati 3.280 di cui 2.746 donne italiane e 534 donne straniere. Nell'ultimo anno sono state chiuse diverse maternità nella Regione Lazio ed il reparto di maternità dell'Ospedale San Camillo che è di III livello ha visto aumentare di 1/3 il numero di parti assistiti. Dal 2002, è attivo il servizio di mediazione linguistico-culturale. Le mediatrici culturali seguono insieme al personale sanitario le donne nei diversi momenti del loro percorso di gravidanza. La presenza delle mediatrici culturali ha permesso di adeguare lo stile delle cure alle differenti culture e questo ha migliorato l'adesione ai protocolli assistenziali da parte della pazienti straniere.

Conclusioni

L'esperienza della presenza delle mediatrici culturali presso la maternità del S. Camillo ha determinato cambiamenti comportamentali nel personale sanitario e migliorando l'accoglienza ha attirato l'utenza straniera per il SMI

Contatto: *Giovanna Scassellati* (gscassellati@scamilloforlanini.rm.it)

Il percorso nascita tra le donne immigrate (p)

MONDO L, RUSCIANI R, COSTA G, NUGARA R.

S.C. ad. U Scuola di Sanità Pubblica, ASL TO3, Regione Piemonte

Obiettivi

Identificare le principali disuguaglianze nel percorso nascita, tra donne immigrate ed italiane; individuare strategie per migliorare l'accesso alle cure da parte delle gestanti immigrate.

Metodi

- Analisi dei CeDAP relativi alle donne residenti in Piemonte, che hanno partorito nel periodo 2003-2009; - revisione della letteratura relativa all'assistenza delle gestanti immigrate; - studio delle buone pratiche di assistenza dedicata, già messe in atto in altre regioni e Stati.

Risultati

Le donne immigrate hanno un'età media al parto di circa 4 anni inferiore rispetto alle italiane e sono più spesso ad un parto successivo al primo (48% contro il 44% tra le italiane). Tendono a sottoporsi ad un minor numero di visite e, in particolare, la prima visita avviene in epoca più tardiva rispetto alle italiane (OR=3,32 IC 95% 3,08-3,58). Hanno una maggior probabilità di partorire spontaneamente, specie se anche il partner è straniero (OR=1,29 IC 95% 1,22-1,36), ma più spesso affrontano il parto senza l'accompagnamento di una persona di fiducia (OR=3,02 IC 95% 2,77-3,30). I figli di donne straniere hanno un maggior rischio di nascere sottopeso (OR=1,33 IC 95% 1,06-1,69) e prematuri, specialmente molto pretermine (OR=1,60 IC 95% 1,27-2,02), ma anche post termine (OR=1,41 IC 95% 1,21-1,64) in linea con lo scarsissimo ricorso all'induzione di travaglio tra le straniere. Presentano, inoltre, una maggior probabilità di ottenere un basso punteggio di Apgar (OR=1,53 IC 95% 1,18-1,98), di necessitare di manovre di rianimazione (OR=1,31 IC 95% 1,17-1,47) e di presentare malformazioni già evidenti al parto (OR=1,35 IC 95% 1,08-1,69). Infine, si registra una maggior incidenza di natimortalità (OR=1,71 IC 95% 1,13-2,58). L'accesso non ottimale delle donne immigrate all'assistenza in gravidanza può essere determinato da difficoltà di accesso e da ostacoli incontrati presso il servizio stesso. Infine, anche se la donna raggiunge correttamente il servizio, possono essere le barriere linguistiche e culturali ad impedire il dialogo tra il personale sanitario e la paziente.

Conclusioni

È quindi necessario: migliorare le conoscenze delle donne in merito ai servizi sanitari offerti, al loro diritto di ricevere assistenza e cura, alle modalità di accesso, all'assenza di rischio di segnalazione in caso di loro presenza non in regola con le vigenti norme di soggiorno - illustrare le possibilità di assistenza in gravidanza, nell'ottica condivisa del rispetto della fisiologia - utilizzare in maniera attiva i giorni di ricovero post parto per informarle in merito all'allattamento al seno, alla contraccezione in puerperio, alle possibilità di sottoporsi agli screening per la prevenzione dei tumori femminili - creare una rete di continuità assistenziale che accompagni la donna nella gravidanza, al parto, in puerperio e nelle cure al neonato - agire in rete tra strutture istituzionali, di volontariato e comunità di migranti - collaborare con i mediatori culturali che permettono di superare le barriere linguistiche e culturali. Il GrIS Piemonte metterà in atto una collaborazione con il gruppo di coordinamento dei Centri ISI, la rete dei consultori familiari e pediatrici, le associazioni di volontariato, le principali comunità di migranti per effettuare una capillare campagna di informazione dedicata.

Contatto: Luisa Mondo (luisa.mondo@epi.piemonte.it)

Dall'analisi dei dati di ricovero nel decennale dell'Osservatorio per la multietnicità della Lombardia nuovi impulsi alla ricerca (p)

PULLINI A, CARRILLO D, PASINI N.

Fondazione ISMU

Obiettivi

Attraverso l'analisi dei dati di ricovero per conto dell'Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità della Regione Lombardia, l'obiettivo perseguito è quello di ottenere informazioni sulla salute della popolazione e in particolare della donna italiana e straniera.

Metodi

Dall'analisi delle SDO e dei DRG e delle codifiche di attribuzione dei ricoveri si sono ricavati tassi di ospedalizzazione e percentuali relative, utili per costruire indicatori atti a esplorare e monitorare la salute della popolazione italiana e straniera e mettere in luce le differenze di genere

Risultati

Gli ambiti esplorati, tra cui la sfera femminile riproduttiva, infezioni quali tubercolosi e aids, i traumi sul lavoro, domestici, stradali, da lesioni altrui e da autolesionismo, hanno evidenziato numerose e significative differenze tra la popolazione italiana e straniera, tra la popolazione straniera regolare e quella irregolare, differenze di genere.

Conclusioni

Dall'analisi dei dati è emersa la necessità di un approfondimento che non si limiti a studiare la "media" delle due popolazioni (italiana e straniera), ma che rilevi le condizioni di salute di sottopopolazioni indicate dalle diverse aree geografiche di provenienza e da gruppi nazionali. Naturalmente questo può essere fatto entro i limiti della significatività statistica dei numeri. Il passaggio successivo dovrebbe essere quello di mettere in relazione determinanti socio-economici e culturali con le condizioni di salute: in questo caso emergerebbero quasi certamente differenze trasversali tra la popolazione straniera e quella autoctona.

Contatto: Armando Pullini (armandopullini@fastwebnet.it)

Indagine sui percorsi ivg donne rumene e sul razzismo istituzionale presso ASL To03 (p)

SARTORI M, SALVANO P, PEITONE I, OSTUNI P^a, IGESCU E, FOSSARELLO L^b, IVANOV V.

^aAsl To03; ^bAssociazione Harambè Onlus

Obiettivi

Recenti studi epidemiologici (Mondo, 2011) continuano a rilevare in Piemonte una maggiore incidenza di ivg anche recidive da parte di donne rumene rispetto alle coetanee italiane. L'indagine vuole approfondire la comprensione di questo fenomeno rispetto al territorio dell'ASL To03, che è sia urbano, che rurale, comparandone i risultati con la ricerca multicentrica 2004-2006 a cura dell'ISS sull'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia, in cui uno dei centri di ricerca era l'OIRM Sant'Anna di Torino. Lo studio vuole anche rilevare tracce dell'esistenza di razzismo istituzionale all'interno del SSN, alla luce delle teorie sul razzismo istituzionale di Fassin (2003), e delle ricerche empiriche di Padovan e Alietti (2008) compiute in ambito ospedaliero.

Metodi

Data la sua multidimensionalità, l'indagine è stata condotta da una équipe multiprofessionale, formata da: medici dei Centri ISL, Assistenti Sociali, Mediatori Culturali, Infermieri Professionali e Sociologi. Per comprendere quali sono le motivazioni che spingono una donna all'ivg, e quali metodi di prevenzione siano utilizzati oppure non utilizzati, abbiamo usato lo stesso questionario e le stesse tecniche sfruttate dalla ricerca dall'ISS. Il questionario è stato somministrato anche a un gruppo di controllo di donne italiane; per le donne rumene il questionario è stato somministrato da una mediatrice rumena, mentre sono state ostetriche italiane a somministrarlo alle donne italiane. La numerosità del campione è stata di 100 questionari a donne rumene, e 50 a donne italiane; il luogo dove sono stati somministrati è stata la Day Surgery di Avigliana il giorno dopo l'intervento di ivg; la Day Surgery di Avigliana è dove le donne si sottopongono alle ivg. Per rilevare le tracce di un "razzismo istituzionale" si è elaborato un questionario, indirizzato agli operatori (Infermieri Professionali, Ostetriche, Assistenti Sociali, Ginecologhe) dei Consultori dell'ASLTo03 e della Day Surgery di Avigliana; prevalentemente si sono utilizzate scale Likert per misurare gli atteggiamenti legati al pregiudizio e al razzismo. Lo strumento è stato validato prima dal gruppo di lavoro, e poi autosomministrato online. La numerosità del campione è stata di 50 questionari circa. I dati presenti nei due questionari sono stati successivamente elaborati tramite SPSS; data la bassa numerosità dei questionari, si parla di indagine ma non di ricerca. I dati saranno confrontati con la Letteratura di riferimento.

Risultati

La ricerca, iniziata il 1° Aprile, è ancora in fieri; si presume tuttavia che i dati raccolti, opportunamente comparati con i dati della ricerca ISS, potranno suggerire alcune attività: promozione della prevenzione sul territorio, incremento dell'attività di mediazione culturale all'interno dei Consultori, formazione specifica rivolta agli operatori di settore. L'insieme di queste iniziative potrebbe portare ad una lenta ma costante diminuzione delle ivg da parte di donne rumene.

Conclusioni

L'elevata incidenza di ivg rispetto alle donne italiane da parte di donne straniere, dipende anche da una limitata attività di prevenzione; ben vengano quindi le attività di prevenzione a livello locale, ma il livello istituzionale da cui partire, anche per una logica di maggior efficienza ed efficacia dell'azione, dovrebbe essere almeno di livello regionale e protratta nel tempo.

Piera Salvano (piera.salvano@tiscali.it)

Dinamiche sociali e migratorie nel post-sisma aquilano (c)

PETREI F^{a,b}, PETREI FR^{a,c}

^aAss. L'Aquila Città di Transizione; ^bUrban Center Bologna; ^cSGE Struttura per la Gestione dell'Emergenza

Obiettivi

A distanza di due anni dal sisma che ha colpito la città dell'Aquila e il territorio limitrofo, si impone un'attenta riflessione sulle dinamiche di cambiamento in atto, fra cui non trascurabili sembrano essere quelle che ruotano intorno al fenomeno migratorio nel territorio aquilano. Lo stravolgimento post-sisma sta determinando nuove dinamiche e nuovi flussi: obiettivo della ricerca è delineare tali dinamiche ed evidenziare le criticità emergenti.

Metodi

Lo studio si basa sulla raccolta e il confronto di dati provenienti da più fonti utili a descrivere i cambiamenti in atto sul territorio relativamente ai "vecchi" e "nuovi" migranti: presenze, sistemazioni alloggiative, nuove assunzioni, infortuni sul lavoro ecc. Si sono inoltre raccolte alcune voci del territorio (es. Consulta Stranieri) utili a delineare alcune realtà e criticità emergenti.

Risultati

Gli stranieri che erano presenti sul territorio prima del sisma vivono un doppio stato di precarietà perché, in aggiunta ai disagi di natura economica, sociale, abitativa e relazionale comuni a tutta la popolazione, soffrono anche le difficoltà connesse alle pratiche relative al permesso di soggiorno e ai ricongiungimenti familiari. La diffusa perdita del lavoro ha infatti drammatiche conseguenze sulla capacità di rinnovo dei permessi, così come la mancanza di alloggi idonei influisce sulla possibilità di richiedere o portare a compimento i ricongiungimenti. Accanto agli stranieri residenti sul territorio, si sta verificando un nuovo flusso di migranti in arrivo in città alla ricerca di un lavoro nei cantieri edili. Due le principali criticità: la dimensione alloggiativa (assenza di alloggi agibili) e la sicurezza sul lavoro (contratti a termine, frequenti turn-over, assunzioni in nero, barriere linguistiche, ecc).

Conclusioni

Di fronte alle problematiche evidenziate e al nuovo flusso di migranti in arrivo in città da più parti di Italia il volontariato sociale non riesce più a rispondere adeguatamente alle criticità emerse, in primis la mancanza di alloggi, la legalità nelle assunzioni e la sicurezza nei cantieri. Le istituzioni sono chiamate a breve termine a prendere consapevolezza del fenomeno per rispondere alle emergenze e a medio/lungo termine a pervenire a una gestione ordinaria del fenomeno con adeguate politiche sociali per l'immigrazione e strategie di promozione della salute dei soggetti più vulnerabili.

Contatto: *Fabrizia Petrei (fabriziapetrei@yahoo.it)*

Il disagio delle “badanti” nel lavoro di cura: implicazioni assistenziali (c)

BERTOCCHI E^a, CHIESI I^b, GRADELLINI C^b, MECUGNI D.^b

^aCasa Famiglia Mattioli-Garavini, Casalgrande (RE); ^bCorso di Laurea in Infermieristica sede di Reggio Emilia – Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Obiettivi

Il contesto italiano ha da tempo identificato nella “badante” la persona che si sostituisce ai famigliari nell’assistenza a pazienti anziani, non autosufficienti e con patologie cronico-degenerative. L’occuparsi della cura di questi pazienti espone, come ogni *care-giver*, anche le “badanti” a situazioni di stress psico-fisico, disagio emotivo e affettivo. Obiettivi di questo lavoro sono: 1) raccogliere informazioni qualitative sullo stress e sul disagio nelle “badanti” che si rivolgono ad un servizio dell’AUSL di Reggio Emilia; 2) identificare interventi da attuare per alleviare e/o monitorare il disagio.

Metodi

Sono state intervistate 24 donne provenienti dall’Est Europa che svolgono il lavoro di “badante”. Queste donne sono state incontrate prima o dopo la visita medica per la quale avevano preso appuntamento presso il Centro per la Salute della Famiglia Straniera dell’AUSL di RE. Lo strumento scelto è stata un’intervista semi-strutturata composta da 31 *items* che vanno ad indagare 3 macro-aree: a) dati socio-demografici; b) progetto migratorio, condizione lavorativa e vissuto; c) vita in Italia, difficoltà, idee/interpretazioni (sul sistema sanitario e sugli operatori), aspettative e progetti per il futuro.

Risultati

Il gruppo delle intervistate è composto in prevalenza da donne di età superiore ai 40 anni (66%). Tutte le intervistate hanno lasciato in patria parte della famiglia (marito e figli per il 91%). Il 62,5% ha una scolarizzazione medio-alta (dagli 11 ai 15 anni di studi). La presenza in Italia è recente (tra 1 e 3 anni per il 41,6%). Il 95,8% del campione svolgeva prima di emigrare lavori diversi da quello assistenziale (maestra 29,16%, commessa 16,6%). Nelle opinioni sul lavoro di cura prevalgono le definizioni negative (stancante, faticoso, difficile, stressante) rispetto a quelle positive (facile, piacevole). Il rapporto con l’anziano e/o con la famiglia è però considerato positivo (mi sento a casa, mi sento parte della nuova famiglia) dalla prevalenza delle intervistate (79,1% con l’anziano, 91,6% con la famiglia); non lo considera positivo (hanno messo sulle mie spalle tutta la casa, sono segregata in casa, i famigliari non ci sono mai) una minoranza (20,8% con l’anziano, 8,3% con la famiglia). L’83% delle intervistate lavora in co-residenza con l’anziano, con un impegno orario di 24 ore giornaliere. Il 27% degli assistiti non è autosufficiente, il 33% di chi è parzialmente autosufficiente presenta problemi cognitivi. Sullo stress correlato al lavoro di cura le intervistate hanno quantificato gli episodi di disagio e di stress, in base alla frequenza con cui si presentano, in: mai (29%), qualche volta alla settimana (46%), qualche volta al giorno (13%), molte volte al giorno (4%), quasi sempre (8%). Lo stress e il disagio si manifestano con: agitazione, insonnia, inappetenza, tristezza, sintomi di somatizzazione dell’ansia.

Conclusioni

In accordo con la letteratura anche nelle donne intervistate è presente una connessione tra il disagio vissuto e fattori intrinseci (propri della persona e difficilmente modificabili) ed estrinseci (provenienti dall’esterno e maggiormente modificabili). Entrambi i fattori confermano e danno significato a quel 71% di “badanti” che hanno affermato di vivere, con frequenze diverse, episodi di stress e disagio. Affrontare lo stress e il disagio delle “badanti” prevede necessariamente la messa in campo di una pluralità di interventi che interessano soprattutto i professionisti dell’ambito sanitario, ma che non possono non riguardare anche quello politico, sociale e culturale.

Contatto: Bertocchi Elisabetta (elisabettabertocchi@libero.it)

Studio dei problemi di salute connessi all'attività lavorativa tra gli immigrati in Italia e in Spagna (p)

ROSANO A^a, SALVATORE M A^a, RONDA E^b, BENAVIDES F G.^c

^aISFOL – Ex Istituto per gli Affari Sociali; ^bUniversità di Alicante, Spagna; ^cCISAL – Centro di Investigazione sulla salute lavorativa

Obiettivi

Nei paesi europei del Mediterraneo il numero di immigrati è fortemente aumentato negli ultimi 20 anni. Tra questi, Italia e Spagna sono quelli che hanno conosciuto l'aumento più rilevante del numero di lavoratori provenienti da paesi a forte pressione migratoria, che ora rappresentano oltre il 10% della forza lavoro. La segregazione dei migranti in lavori non qualificati porta come conseguenza un eccesso tra questi di situazioni di lavoro insalubri. L'obiettivo dello studio è quello di confrontare la prevalenza di problemi di salute legati all'attività lavorativa tra immigrati e lavoratori locali in Italia e Spagna.

Metodi

Sono stati utilizzati i dati dell'indagine sulle forze lavoro condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica Italiano e l'indagine spagnola sulle condizioni di lavoro. Attraverso queste due indagini, condotte nel 2007, sono state raccolte informazioni riguardo ai problemi di salute causati dall'attività lavorativa (PSAL) su 65.779 persone occupate in Italia e 11.019 in Spagna. Abbiamo analizzato il rischio di aver sofferto di PSAL nei nativi e nei migranti, definiti come coloro che provengono da paesi con basso valore (meno di 0,85) di Indice di Sviluppo Umano – così come calcolato dal Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo. In particolare sono state investigate le seguenti condizioni: malattie muscolo-scheletriche, problemi respiratori, malattie della pelle, perdita dell'udito, stress, disturbi visivi, cefalea e malattie cardiovascolari. Cumulando i dati dei due paesi, sono stati confrontati i rischi, espressi in termini di odds, di aver sofferto di PSAL tra nativi e migranti utilizzando un modello logistico in cui si sono presi in considerazione il genere, l'età e il livello d'istruzione come potenziali fattori confondenti.

Risultati

Il numero di lavoratori che hanno dichiarato di aver sofferto di PSAL in Italia e in Spagna sono stati il 10,3% tra gli immigrati e il 9,1% tra i nativi. I lavoratori immigrati hanno mostrato un rischio aumentato di PSAL (OR aggiustato: 1,2; IC 95%: 1,07-1,34) e hanno riferito più frequentemente problemi muscolo-scheletrici (OR aggiustato: 1,47; IC 95%: 1,30-1,67) e malattie respiratorie (OR aggiustato: 1,21; IC95%: 0,79-1,87), mentre i nativi hanno riportato più frequentemente problemi di stress e malattie cardiovascolari. I *pattern* dei rischi erano simili in Italia e in Spagna.

Conclusioni

Questo studio collaborativo ha permesso di rilevare significative evidenze sulle condizioni di salute dei lavoratori migranti nei paesi del Sud Europa. Il rischio di malattie correlate con l'attività lavorativa risulta essere maggiore tra i lavoratori immigrati, specie quelli connessi con l'apparato muscolo-scheletrico. Questo dato è connesso con le attività svolte in mansioni usuranti, più spesso riservate ai lavoratori immigrati. I risultati suggeriscono l'importanza di attuare programmi di prevenzione mirati per limitare l'impatto delle malattie connesse all'attività lavorativa tra i lavoratori immigrati.

Contatto: Aldo Rosano (rosano@asplazio.it)

Sicurezza sul lavoro: dall'allarme all'azione (p)

BAUKLOH A C, DALL'ASTA I.

Università degli Studi di Firenze; AUSL Reggio Emilia

Obiettivi

Il contributo presenta un'esperienza in corso all'AUSL di Reggio Emilia (RE) rispetto al coinvolgimento di operatori sanitari e cittadini provenienti da paesi a forte pressione migratoria (fpm) per lo sviluppo di nuove forme di formazione sul tema sicurezza sul lavoro. Questa iniziativa pilota risponde sia alla situazione allarmante riguardo ai rischi per la salute ed infortuni sul lavoro per i lavoratori immigrati sia al senso di insicurezza, paura e disinformazione espressa dai cittadini stessi durante alcuni incontri (focus group) realizzati a RE e Provincia. Il progetto viene portato avanti dallo staff Ricerca e Innovazione, Direzione Generale AUSL di RE, con il supporto di una consulente esterna proveniente dall'Università di Firenze, in cooperazione con i responsabili dei servizi sanitari direttamente interessati dal tema "salute e lavoro" (ad esempio: Medicina del lavoro, Servizio di Epidemiologia, Progetto aziendale Fasce Deboli etc), con alcune mediatrici afferenti al Servizio di Mediazione linguistico culturale aziendale e alcuni rappresentanti di associazioni di cittadini provenienti da paesi a fpm. L'obiettivo primario è di dare un contributo concreto per migliorare la situazione di sicurezza sul lavoro per i lavoratori immigrati a RE e Provincia, attraverso una ricerca-azione mirata allo sviluppo di moduli formativi *cultural competent* (cc) per i responsabili della sicurezza e d'interventi specifici per le aree d'impiego più a rischio. Un obiettivo secondario è l'aumento del coinvolgimento attivo di cittadini provenienti da paesi a fpm nelle attività di ricerca, di programmazione e di intervento dell'AUSL di RE e Provincia e lo sviluppo di forme di coinvolgimento e interazione cc nell'interazione fra cittadini ed operatori sanitari.

Metodi

Il lavoro del progetto è strutturato in quattro fasi: una prima fase che si svolge attraverso Focus Group con cittadini provenienti da paesi a fpm ed operatori sanitari, una seconda fase con una ricerca quantitativa (analisi di dati) e qualitativa (interviste) rispetto alla situazione attuale della sicurezza sul lavoro per i lavoratori immigrati a RE e Provincia, una terza fase di sviluppo di interventi e di metodi innovativi e cc per la formazione alla sicurezza sul lavoro ed una quarta fase di attuazione degli strumenti ed interventi sviluppati attraverso i vari servizi interessati del AUSL di RE e Provincia.

Risultati

I risultati attesi sono: · una maggiore conoscenza rispetto alla situazione attuale di sicurezza sul lavoro per i lavoratori immigrati a RE e Provincia sia rispetto ai dati disponibili (mappatura dei rischi) sia rispetto alla percezione di questi rischi da parte dei lavoratori immigrati stessi · lo sviluppo di moduli formativi cc per i responsabili della sicurezza e d'interventi specifici per le aree d'impiego più a rischio · l'attuazione di moduli formativi e di interventi attraverso i servizi AUSL di RE e Provincia · l'aumento del coinvolgimento attivo di cittadini provenienti da paesi a fpm nelle attività di ricerca, di programmazione e di intervento dell'AUSL di RE e Provincia e lo sviluppo di forme di coinvolgimento e interazione cc nell'interazione fra cittadini ed operatori sanitari.

Conclusioni

Il poster riassume lo status attuale del progetto, le varie tappe nella realizzazione e le domande aperte, le criticità e le sfide rispetto alle quali viene chiesto ai partecipanti del convegno di dare un contributo intellettuale e di stimolare il futuro sviluppo dell'attività progettuale in corso.

Contatto: Anja Corinne Baukloh (anjacorinne.baukloh@unifi.it)

La sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro e le differenti culture (p)

BALDACCINI R, TRITTA G, FERRARI M.

AUSL di Modena Spisal, CTP di Vignola, Spilamberto, Castelnuovo Rangone

Obiettivi

- 1) scoprire la propria sicurezza e quella dell'altro;
- 2) cogliere la propria percezione del rischio anche in relazione alla cultura di appartenenza;
- 3) sapere riconoscere alcuni rischi presenti nei luoghi di lavoro;
- 4) sapere che esistono diritti e doveri per ogni lavoratore.

Metodi

- 1) creazione di un clima di fiducia;
- 2) formazione del gruppo come risorsa creativa e relazionale;
- 3) rappresentazione e narrazione del singolo e del gruppo sul tema della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.

Risultati

Buona partecipazione e condivisione alle attività laboratoriali proposte. Miglioramento delle conoscenze sui temi della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro (caratteristiche di diverse attività lavorative, rischi specifici e aspetti di prevenzione).

Conclusioni

Il progetto ha avuto una duplice finalità: da una parte creare, nel gruppo classe, un'atmosfera piacevole e solidale; dall'altra indagare, attraverso la narrazione e la rappresentazione di storie di vita, sulla percezione del rischio anche in relazione alla cultura di appartenenza, sul riconoscimento di rischi presenti nei luoghi di lavoro e su comportamenti pericolosi per assumerne degli appropriati.

Contatto: Baldaccini Renata (r.baldaccini@ausl.mo.it)

Analisi quali-quantitativa dei determinanti sociali di salute nella popolazione migrante residente nel Comune di Molinella (c)

TORTORETO B, MARTINO A.

Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale

Obiettivi

Obiettivo della ricerca è stato analizzare i determinanti di salute che agiscono sulla popolazione migrante residente nel Comune di Molinella.

Metodi

La ricerca si è basata su un approccio teorico di epidemiologia sociale e antropologia medica e ha utilizzato metodologie di raccolta dati quali-quantitative. In una prima fase, allo scopo di individuare macro-aree di interesse, sono state analizzate fonti di informazione secondarie, dati socio-demografici e di accesso ai servizi socio-sanitari relativi al Comune di Molinella; utilizzando la metodologia etnografica, sono stati realizzati incontri con informatori chiave tra gli operatori socio-sanitari, i decisori politici e gli utenti immigrati dei servizi. Sono così emerse quattro macro-aree (integrazione, accesso ai servizi, lavoro e casa), a partire dalle quali sono state sviluppate due tracce di interviste semi-strutturate, rispettivamente rivolte a operatori dei servizi e utenti. Sono state realizzate 20 interviste. Le informazioni quali-quantitative ottenute sono state triangolate con quelle tratte dalle osservazioni di campo e con i risultati di studi presenti in letteratura e analizzate attraverso due principali modelli teorici: quello dell'antropologia medica e quello sanitario dell'epidemiologia eco-sociale.

Risultati

Dalle informazioni raccolte sono emersi alcuni determinanti di salute rilevanti nel territorio di Molinella. Determinanti distali: crisi economica e tagli al welfare; schizofrenica rappresentazione dell'immigrato in tempo di crisi: paura e diffidenza sul piano sociale e necessità di presenza immigrata su quello economico; discriminazione in ambito lavorativo, nell'esperienza di acquisto della casa, nel contesto del Comune e a livello politico. Determinanti prossimali: "Mondi morali locali": la scarsità di risorse che spinge i servizi a privilegiare gli interventi nei confronti dei soggetti che possono più velocemente essere reinseriti nel tessuto produttivo, o l'utilizzo di pratiche mediche non usuali nei Paesi di origine (come, per esempio, il parto cesareo) interpretato come una sperimentazione di tecniche sul proprio corpo, rappresentano imprevisti fattori morali che influenzano l'accesso ai servizi socio-sanitari. Lavoro: crisi, contrazione del mercato del lavoro e legame lavoro-regolarità sono da considerare co-fattori che espongono i migranti a: accettazione di impieghi usuranti o pericolosi, con aumento di malattia e infortuni sul lavoro; scarsità di reddito e impoverimento delle famiglie; femminilizzazione del mercato del lavoro e diminuita capacità di accudimento familiare; precarizzazione dei nuclei familiari e peggioramento della dimensione del benessere. Abitazione: aumentano gli sfratti per morosità; gli alloggi di emergenza abitativa risultano largamente insufficienti rispetto alla domanda.

Conclusioni

Nella ricerca condotta la malattia emerge come effetto della combinazione tra condizioni di vita precarie e il legame tra politiche migratorie e mercato del lavoro, che rende il corpo migrato ricattabile, lo espone a lavori usuranti e pericolosi, incardinandolo in una bassa gerarchia sociale a cui consegue una ridotta capacità agentiva. Il corpo migrato, in alcuni casi, viene socialmente e politicamente ridotto a mero strumento produttivo, auto-percepito come materiale di sperimentazione medica, a cui i servizi, sempre più privi di risorse, rispondono privilegiando proprio chi può essere reinserito nel più breve tempo possibile negli stessi processi produttivi che lo hanno ammalato.

Contatto: Brunella Tortoreto (brunella.tortoreto@gmail.com)

Conoscere per prevenire: un progetto partecipativo per facilitare l'accesso della popolazione immigrata irregolare ai servizi di screening per Malattie a Trasmissione Sessuale (MTS) (c)

RAVANI I, IELPO E, PARISOTTO M, GRIGNASCHI A, BODINI C, CICCARELLO N, D'ANTUONO A.

Associazione Sokos, Bologna

Obiettivi

Il progetto, finanziato dalla Fondazione Del Monte e realizzato dall'associazione Sokos in collaborazione con l'Ambulatorio MTS del Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna, è indirizzato alla popolazione immigrata sprovvista di permesso di soggiorno afferente all'ambulatorio Sokos. Questa popolazione è spesso esclusa dalle campagne di prevenzione e da un accesso pieno alle cure. Le attività del progetto sono volte a sensibilizzare al problema delle MTS, a incentivare la prevenzione, a garantire l'accesso alle cure e a migliorare la consapevolezza del diritto alla salute. L'innovatività risiede in un approccio tarato sulle specificità della popolazione di riferimento, che punta alla partecipazione attiva dei destinatari attraverso un lavoro sinergico tra più discipline.

Metodi

Dal confronto tra sguardi complementari all'interno del gruppo di lavoro, composto da operatrici sanitarie (esperte in MTS, malattie infettive e sanità pubblica) e antropologhe (esperte in antropologia medica), è nato il disegno del progetto, iniziato con lo studio delle percezioni e dei vissuti delle persone afferenti all'ambulatorio relativamente alle MTS e all'accesso ai servizi. Un questionario, disponibile in 7 lingue, è stato somministrato a 123 pazienti, e sono state realizzate 20 interviste (a 14 donne e 6 uomini). Parallelamente, è stata condotta un'analisi retrospettiva dei casi di MTS, diagnosticati o sospetti, riscontrati presso l'ambulatorio Sokos negli anni 2009-10. Un'analoga indagine è stata svolta nei registri dell'Ambulatorio MTS ospedaliero. Sono stati poi realizzati materiali informativi e incontri di gruppo finalizzati alla discussione e al confronto tra le persone su MTS, prevenzione e accesso ai servizi. Infine, da novembre 2010 è iniziata la proposta attiva di screening MTS a tutti i pazienti afferenti all'ambulatorio, con invio protetto all'Ambulatorio MTS ospedaliero.

Risultati

Poiché il progetto è in corso, presentiamo i risultati preliminari. L'analisi retrospettiva dei casi di MTS riscontrati a Sokos negli anni 2009-10 ha identificato 333 pazienti, di cui il 59% femmine (2/3 non coniugati). La distribuzione per Paese d'origine è risultata eterogenea, in analogia con la popolazione che accede all'ambulatorio. Per quanto l'analisi comparata con i dati del servizio ospedaliero sia in corso, non sembra emergere per ora una particolare categoria a rischio. I dati raccolti tramite interviste e questionari, inoltre, ci restituiscono la complessità del terreno di analisi, in cui la percezione del rischio di ammalarsi, l'immaginario e le pratiche di prevenzione, così come le stesse esperienze di malattia, incorporano più ampi scenari socio-politici, caratterizzati da disuguaglianza e marginalità sociale.

Conclusioni

Dai risultati finora ottenuti, è possibile confermare che esistono barriere all'accesso delle persone prive di permesso di soggiorno ai servizi di prevenzione e screening per MTS. Emerge anche l'importanza di un confronto con le persone al fine di tenere conto delle loro visioni e narrazioni nel pensare interventi volti a ridurre tali barriere. Dal punto di vista metodologico, questa si presenta come una sfida non facile, soprattutto se collocata in un contesto di servizio a bassa soglia portato avanti da personale volontario. A questa sfida corrisponde però un obiettivo particolarmente importante, ovvero quello di promuovere, parallelamente al diritto alla salute, un più ampio diritto a una cittadinanza attiva e consapevole.

Contatto: *Ilaria Ravani (ila.ofelia@hotmail.it)*

Diabete tipo 2 in una popolazione di immigrati a Roma: dati epidemiologici per una sfida di sanità pubblica (p)

ROSSO A, NOSOTTI L, SCARDELLA P, PIOMBO L, GIUSTI A, MAGGINI M, SPADA R, VIGNALLY P, MORRONE A.

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP-Roma)

Obiettivi

Una attenta valutazione delle necessità sanitarie degli immigrati nel prossimo futuro non potrà ignorare l'area delle patologie cronic-degenerative, in particolare di quelle metaboliche e cardiovascolari, alla luce dei dati epidemiologici che le pongono ai primi posti a livello mondiale come causa di morbilità e di mortalità. Stime e proiezioni dell'OMS e dell'*International Diabetes Foundation* affermano che il numero delle persone diabetiche nel mondo (30 mln nel 1985) nel 2025 supererà i 300 mln.

Metodi

Nel periodo compreso tra l'1/1/2009 e il 31/9/2010 sono stati visitati presso l'Ambulatorio di Medicina Preventiva delle Migrazioni dell'Istituto San Gallicano (IRCCS) di Roma 1.284 immigrati, provenienti da 4 grandi aree geografiche: Europa dell'Est (37,8%), Africa (29,8%), Asia (12,8%), America del Sud (12,6%). La diagnosi di malattia diabetica è stata effettuata mediante un semplice esame di laboratorio a basso costo e ad alta efficacia, la determinazione della glicemia a digiuno: due determinazioni separate con valori glicemici >126 mg/dl indicavano la presenza di diabete mellito. Con glicemie a digiuno comprese tra 110 e 126 mg/dl è stato eseguito un test da carico orale di glucosio: con glicemia > 200 mg/dl due ore dopo il carico di glucosio è stata posta diagnosi di diabete mellito, mentre i pazienti con glicemie a due ore dal carico orale comprese tra 140 e 200 mg/dl sono stati classificati come intolleranti al glucosio.

Risultati

Tra i pazienti visitati nel periodo indicato è stata riscontrata una prevalenza complessiva di diabete mellito tipo 2 dell'8,8%, così suddivisa tra le aree geografiche: Africa (35,8%), Asia (30,2%), Europa dell'Est (22,6%), America del Sud (11,3%). La diagnosi di diabete mellito riguardava i maschi per il 62,6% e le femmine per il restante 37,4%. Da segnalare inoltre che abbiamo riscontrato nella nostra casistica una prevalenza del 6,7% di obesità, condizione associata a insulinoresistenza e quindi predisponente allo sviluppo di diabete mellito in soggetti geneticamente suscettibili.

Conclusioni

La variazione delle abitudini alimentari in Italia rispetto al paese d'origine per molti immigrati è una delle cause riconosciute dell'aumento di peso e delle manifestazioni dismetaboliche conseguenti, con aumentata predisposizione al diabete. La "modernizzazione" della dieta ha comportato la convergenza di stili alimentari diversi, propri delle singole culture, su un unico profilo, basato sugli aspetti più discutibili delle diete occidentali, caratterizzato da cibi altamente palatabili, ricchi in grassi saturi, zuccheri semplici e poveri in fibre. L'educazione sanitaria rappresenta uno dei capisaldi della terapia del diabete: essa non può prescindere dal coinvolgimento attivo e responsabile del paziente. Gli immigrati presentano numerosi ostacoli a questo tipo di rapporto terapeutico: scarsa istruzione in alcuni gruppi; riluttanza o incapacità di assumersi responsabilità di cura; lingua; abitudini alimentari (pesantemente condizionate dal costo e dalla fruibilità delle varie derrate alimentari); convinzioni religiose che condizionano non solo le scelte alimentari, ma che conferiscono anche un atteggiamento fatalista (islamici, induisti); basso reddito; infine, difficile accesso alle cure. Si rendono pertanto necessarie metodologie multidisciplinari preventive e terapeutiche che prevedano la collaborazione di mediatori culturali in considerazione del vissuto emotivo di sradicamento degli immigrati e delle barriere linguistiche e socio-culturali presenti spesso nella relazione con il personale sanitario.

Contatto: Annalisa Rosso (a.rosso@inmp.it)

Procedure di accesso al test HIV e HCV in un ambulatorio per migranti (p)

VILLA A M^a, SARDELLA F^a, RANCILIO L^b, GRASSINI A^b, COSMARO L^c, OLDRINI M.^c

^aAmbulatorio per Migranti Opera San Francesco; ^bCaritas Ambrosiana; ^cLila Milano

Obiettivi

L'Ambulatorio per Migranti Opera San Francesco è frequentato da circa 38.000 persone all'anno. Tra gennaio e ottobre 2010 sulla base del colloquio anamnestico e della sintomatologia clinica 86 persone sono state inviate all'Ambulatorio di Malattie Infettive dell'Osp. L. Sacco per essere sottoposte ai test, ma solo il 45% si è realmente presentato. L'invio non è sempre risultato agevole e facilmente accettato come anche sperimentato da altre realtà del privato sociale milanese. Per questo si è inteso proporre, nell'ambito dello "Studio socio-sanitario sperimentale per facilitare i percorsi di prevenzione, diagnosi e continuità terapeutica dell'infezione da HIV/AIDS e delle co-infezioni in gruppi socialmente ed economicamente svantaggiati" di INMP e Consulta delle Associazioni per la Lotta contro l'AIDS, 3 giornate di offerta dei test rapidi salivari per HIV e HCV (Ora Quick advance HIV-1/2 e HCV) per valutare la fattibilità di azioni di testing in servizi a bassa soglia e l'adesione dell'utenza alla proposta.

Metodi

Definizione di protocolli di collaborazione tra Ambulatorio OSF, Lila Milano e Caritas Ambrosiana per l'effettuazione in loco dei test salivari; con Osp. San Raffaele e Osp. L. Sacco per l'effettuazione di eventuali test ematici di conferma. Definizione della procedura di effettuazione del test rapido salivare: colloquio di counselling pre-test; recepimento del consenso informato; esecuzione del test; consegna dell'esito e counselling post-test. Formazione del personale coinvolto al counselling e al corretto utilizzo del test salivare. Predisposizione di strumenti di raccolta dati.

Risultati

A novembre-dicembre 2010 sono state realizzate 3 giornate di esecuzione di test presso OSF. A tutti i 442 utenti presentatisi per qualsiasi motivo nelle 3 giornate è stato proposto di effettuare il counselling pre-test; 166 (37,6%) hanno accettato il colloquio, 96 uomini e 70 donne. 29 provenienti dall'Europa, 32 dal Mediterraneo Orientale, 21 dall'Africa, 74 dall'America, 9 dal Sud-est Asiatico. In 14 casi si è ritenuto di non procedere per difficoltà comunicativo-linguistiche, per mancanza di rischi riferiti e non desiderio di sottoporsi ai test o per rinuncia. 44/166 persone hanno dichiarato di essere state sottoposte in precedenza a test per HIV (40) e/o HCV (20) con esito negativo. Sono stati eseguiti 146 test HCV e 126 test HIV tutti, salvo uno, negativi. 1 caso dubbio per HIV è stato inviato per l'esecuzione di esami ematici di conferma risultati negativi. I rischi, laddove riferiti, riguardano in 94 casi sesso non protetto, in 2 rottura condom, in 3 contatto con liquidi biologici. Durante i colloqui di counselling le persone hanno dichiarato di gradire la minore invasività del test con tampone salivare e la quasi immediata (20 min. di attesa) comunicazione dell'esito.

Conclusioni

La sperimentazione ha dimostrato la fattibilità di azioni di test di primo livello, l'adesione dell'utenza alla proposta fatta all'interno di un colloquio di counselling che preveda il susseguirsi immediato delle fasi pre e post-test, riducendo sensibilmente il numero di persone che si "perdono" nell'invio ad altra struttura e, nel nostro caso, i test di conferma effettuati. Per giungere a risultati epidemiologicamente rilevanti sarebbe opportuno poter proporre il test salivare in modo più esteso e routinario.

Contatto: Laura Rancilio (l.rancilio@caritas.it)

Ricerca Operativa Tuberculosis e stranieri. Studio Osservazionale prospettico (p)

CELMI R^a, SACCO V^a, FORCELLA E^b, VIOLA G, CODECASA L^c, EL HAMAD I^d, SALVATORES M^e, ALTIERI A M^f, LAURIA F N^f, BAGLIO G.^b

^aO.I.M – Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, Area Migrazione e Salute, Roma, Italia; ^bSIMM – Società Italiana Medicina delle Migrazioni; ^cCRR-TBC, Villa Marelli – A.O. Niguarda; ^dDipartimento Infettivi, Spedali Civili Brescia; ^eA.O.R.N. Vincenzo Monaldi; ^fAzienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma; ^gIstituto Nazionale Malattie Infettive – INMI Lazzaro Spallanzani;

Obiettivi

L'Area Migrazione & Salute dell'OIM, nel periodo compreso tra aprile 2009 e settembre 2010, ha promosso una ricerca per approfondire le problematiche collegate alla perdita al *follow-up* di pazienti stranieri con tubercolosi. Il progetto è stato realizzato in collaborazione con la SIMM e con il finanziamento del Ministero della Salute, CCM. L'obiettivo generale dello studio consiste nello stimare il livello di adesione dei pazienti immigrati al trattamento antitubercolare e identificare l'incidenza della perdita al *follow-up* e i fattori che ne influenzano la compliance.

Metodi

La metodologia utilizzata corrisponde alle caratteristiche del disegno osservazionale prospettico, e include una componente di ricerca qualitativa. Sono stati arruolati nello studio tutti i casi di malattia tubercolare diagnosticati in un periodo predefinito presso i 5 centri clinici aderenti. L'arruolamento dei pazienti ha riguardato sia i nuovi casi che le recidive; non sono stati ammessi pazienti di età inferiore a 15 anni e con micobatteriosi atipiche. I pazienti stranieri sono stati messi a confronto con un gruppo di pazienti italiani; sono stati predisposti gli strumenti di ricerca: questionario strutturato e griglia di *follow-up*. I dati sono stati inseriti in un database Microsoft Access ed elaborati con il software statistico Stata SE 9.

Risultati

Il campione arruolato nello studio è composto da 308 cittadini stranieri (212 con regolare permesso di soggiorno, 89 irregolari e 7 di cui non è noto lo status giuridico) e da 142 cittadini Italiani. Per lo studio qualitativo sono stati intervistati 8 pazienti e 4 operatori sanitari. I pazienti arruolati sono per un terzo Italiani; gli immigrati provengono dall'Est europeo (33%), dall'Asia (29%), dall'Africa (24%) e dall'America Latina (15%). Gli uomini rappresentano in media il 63%. Un terzo degli stranieri non aveva mai sentito parlare della tubercolosi prima della diagnosi; il 90% riferisce di aver compreso le indicazioni terapeutiche fornite dal medico, tre pazienti su quattro non prevedono particolari difficoltà nel seguire il trattamento e quasi tutti manifestano l'intenzione di tornare ai controlli. Per quanto riguarda gli esiti del trattamento si evidenzia un marcato trend nel rischio di perdite al *follow-up*, con percentuali più elevate a carico degli stranieri, soprattutto quelli in condizioni di irregolarità giuridica (test per il trend $p < 0,001$). I risultati dello studio evidenziano come gli stranieri hanno un rischio triplo di essere persi al *follow-up* rispetto gli italiani (OR=3,1); tale rischio è 5 volte più elevato per gli stranieri irregolari (OR=5,4). Le donne presentano un rischio più basso rispetto agli uomini, mentre non emerge una chiara associazione con l'età.

Conclusioni

Per migliorare il livello di aderenza alle cure tra i pazienti stranieri è necessario adottare un approccio multisettoriale, che non sia solo clinico ma che consideri anche altri aspetti relativi alle condizioni di vita degli immigrati (lavoro, abitazione etc.). Il sistema sanitario dovrebbe adottare delle strategie finalizzate a migliorare l'accesso e la fruizione delle strutture sanitarie da parte della popolazione immigrata, coinvolgendo in modo consapevole e partecipe le rispettive comunità.

Contatto: Viviana Sacco (vsacco@iom.int)

L'evoluzione della mortalità degli stranieri in Italia nel periodo 1992-2008 (p)

BRUZZONE S, MIGNOLLI N, MACCHERONI C.

Istituto Nazionale di Statistica (Istat); Università degli Studi di Torino.

Obiettivi

Il presente lavoro, a partire dalla serie storica completa dei dati di mortalità relativi agli stranieri in Italia, disponibile per tutti gli anni dal 1992 al 2008, si propone di evidenziare le principali tendenze e i cambiamenti avvenuti in un'ottica comparativa, con particolare attenzione all'evoluzione delle cause di morte. L'analisi delle tendenze registrate per area di cittadinanza è completata da un quadro dei livelli di mortalità sperimentati nei principali Paesi di origine.

Metodi

La principale fonte informativa dei dati utilizzati è rappresentata dall'indagine sulle cause di morte condotta dall'Istat. Tale rilevazione è di tipo totale e si riferisce a un campo di osservazione costituito dall'insieme di tutti i decessi che si verificano sul territorio italiano in un determinato anno di calendario, rispetto ai quali sono rilevate numerose informazioni, che rendono possibili analisi disaggregate per cittadinanza, paese di nascita, residenza, età, genere, causa di morte. Ai fini di questo studio, l'insieme dei decessi dei cittadini stranieri è stato scisso in due gruppi: i residenti e i non residenti in Italia. Rispetto ai decessi degli stranieri residenti, sono stati calcolati tassi specifici di mortalità e, attraverso opportuni processi di standardizzazione, sono state condotte analisi differenziali tenendo conto delle cause di morte e delle diverse cittadinanze. Alcuni confronti sono stati fatti rispetto ai tassi di mortalità per età e causa sperimentati nei rispettivi Paesi di origine. Il calcolo dei tassi di mortalità per causa è stato possibile solo con riferimento agli stranieri residenti, che presuppongono una presenza stabile e soprattutto regolare in Italia e per i quali sono disponibili sia numeratori sia denominatori omogenei. Questi ultimi sono stati trattati con opportune procedure di integrazione di dati da fonti statistiche diverse, in modo da essere resi disponibili con il dettaglio richiesto. Gli indicatori sono stati riferiti agli stranieri residenti in età 18-64 anni, tenendo in tal modo sotto controllo i possibili flussi di ritorno nei Paesi di origine per motivi di salute, che avrebbero influito sulla significatività dei tassi di mortalità. Per ciò che riguarda i decessi degli stranieri non residenti, sono state condotte analisi a carattere proporzionale delle loro principali caratteristiche e delle cause di morte più rilevanti, in un'ottica di confronto con i residenti, operato anche attraverso l'applicazione di modelli logistici e analisi fattoriali.

Risultati

Lo studio a carattere evolutivo della mortalità degli stranieri in Italia ha messo in luce la persistenza di condizioni di salute molto diversificate tra loro, che interessano gruppi di popolazione caratterizzati da problematiche specifiche, derivanti spesso da situazioni preesistenti, osservate nei Paesi di origine. D'altro canto, gli effetti degli svantaggi, delle difficoltà e delle diversità di trattamento e di accesso ai servizi, osservati in Italia, oltre a rappresentare gravi fattori di esclusione sociale e di emarginazione, contribuiscono ad aumentare i rischi di morte per determinate cause.

Conclusioni

Dall'analisi puntuale sui cittadini stranieri deceduti in Italia è emerso un quadro variegato delle condizioni di mortalità e, più in generale di salute, che fa riflettere sul livello di integrazione sociale raggiunto nel corso dei quasi venti anni esaminati.

Contatto: Nadia Mignolli (mignolli@istat.it)

Malattia di Chagas: studio su una popolazione di immigrati da area a rischio (p)

ANDREONI F^a, ANGHEBEN A^b, ANSELMINI M^b, BONINSEGNA M C^a, PENDEZZINI A^a, GOBBI F^b, TALAMO M^c, TAI S^d

^aAmbulatorio OIKOS onlus – Bergamo; ^bCentro per le Malattie Tropicali Ospedale S. Cuore – Negrar (Vr); ^cDivisione di Malattie Infettive Ospedale G. Rummo – Benevento; ^dServizio di Epidemiologia e Laboratorio per le Malattie Tropicali Ospedale S. Cuore – Negrar (Vr)

Obiettivi

I recenti flussi migratori dei Latino-Americani (L-A) verso USA, Canada ed Europa hanno notevolmente modificato l'epidemiologia della malattia del Chagas (MC). Ciononostante i dati relativi ai casi importati in Italia e l'effettivo rischio di trasmissione locale sono ancora scarsi. La ricerca ha lo scopo di: determinare l'incidenza e raccogliere dati più precisi riguardo ai fattori di rischio per MC in un campione volontario di L-A abitanti a Bergamo, città che ospita una tra le maggiori comunità boliviane d'Italia, composta, per la maggior parte, da donne e da persone non in regola con il permesso di soggiorno; offrire ai pazienti risultati positivi la possibilità di eseguire una serie di esami necessari per stadare la malattia e la possibilità di trattarla secondo gli orientamenti della letteratura internazionale.

Metodi

Lo studio epidemiologico ha incluso tutti i L-A presentatisi volontariamente presso l'ambulatorio OIKOS di Bergamo durante le giornate di screening, organizzate e promosse sul territorio dal Centro per le Malattie Tropicali (CMT) dell'Ospedale Sacro Cuore di Negrar e da OIKOS, in collaborazione con l'associazione culturale "Casa dei Boliviani" e il Console della Bolivia a Bergamo. Lo studio si è svolto tra aprile e settembre 2010. Previo consenso informato, i pazienti compilavano un questionario informativo per poi essere sottoposti, tramite prelievo, a sierologia per MC con due diverse metodiche (BioELISA Chagas, Biokit S.A., test con antigeni ricombinanti; Chagas Quick Test, Cypress Diagnostics, test immunocromatografico), secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. In caso di risultato discordante veniva applicato un terzo test con lisato parassitario (ELISA, BiosCHILE). Per i soggetti risultati positivi veniva programmato ricovero ospedaliero presso CTM per stadiazione della MC e trattamento del caso. I dati sono stati elaborati con il software EpiInfo, versione 3.3.2., 2005.

Risultati

Sono state screenate 426 persone, di cui il 98% con permesso di soggiorno; le femmine sono 303 (71%), l'età media è di 32 anni; la provenienza: Bolivia 398 (93,4%), Argentina 5, Ecuador 7, Perù 2, Italia 14. La malattia di Chagas è stata diagnosticata in 116 (27,2%) soggetti, tutti boliviani, femmine nel 69% dei casi, l'età media è di 42 anni. I pazienti risultati negativi sono significativamente più giovani dei positivi. Nessun paziente screenato presentava sintomi di Chagas acuto. Dall'inizio dello screening, dei 31 pazienti ricoverati a Negrar, 3 sono risultati affetti da Chagas cardiaco, 7 da Chagas digestivo.

Conclusioni

La malattia di Chagas ha una grande incidenza all'interno della popolazione boliviana. Questo dato è stato confermato anche rispetto al collettivo presente a Bergamo. Ciò può rappresentare un importante problema di salute pubblica per il rischio (20 - 30%) individuale di sviluppare complicanze cardiache o digestive e per il potenziale rischio di trasmissione da parte dei soggetti affetti. La trasmissione materno-fetale è di particolare interesse per la grande proporzione di donne in età fertile risultata positiva. La trasmissione ematica per via trasfusionale, così come per trapianto d'organo, rappresenta una possibilità reale, non remota, di contagio, che ad oggi continua ad essere sottovalutata non esistendo misure precauzionali a riguardo. Riteniamo che il quadro epidemiologico evidenziato dai dati sia altamente preoccupante e richieda una rapida risposta da parte dei servizi sanitari.

Contatti: F. Andreoni e Andrea Pendezzini (sankaraf@virgilio.it; andreapende@gmail.com)

Caratteristiche clinico-epidemiologiche della malattia tubercolare in pazienti immigrati ed italiani (p)

TARTAGLIA A^{a,b}, SARACINO A^a, CAMPANALE F^a, CARRETTA A^a, PAGANO V^a, ANGARANO G^{b,c}, SANTANTONIO T.^a

^aUO Malattie Infettive Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia; ^bINMP Puglia; ^cUO Malattie Infettive Univesità degli Studi di Bari

Obiettivi

La tubercolosi (TB) è attualmente una malattia emergente nei Paesi industrializzati sia per il continuo flusso di immigrati provenienti da Paesi ad elevata diffusione della TB, sia per il progressivo invecchiamento della popolazione autoctona ed incremento delle patologie croniche e delle terapie immunosoppressive. In Italia l'incidenza dei casi notificati è 7,5/100.000 residenti/anno, con un picco tra i 55-64 anni per gli italiani e tra i 25-34 anni nei pazienti stranieri. Gli immigrati presentano un rischio maggiore di sviluppare una TB attiva durante i primi 2-5 anni di residenza nel Paese ospite a causa di diversi fattori quali precarie condizioni abitative ed igieniche, malnutrizione e difficoltà di accesso alle cure. Obiettivo dello studio è stato valutare le caratteristiche epidemiologiche e cliniche dei pazienti italiani e stranieri con TB attiva ricoverati presso la UO di Malattie Infettive degli Ospedali Riuniti di Foggia tra gennaio 2002 e ottobre 2009.

Metodi

Sono stati retrospettivamente valutati dati informatizzati e cartelle cliniche dei soggetti ricoverati con diagnosi di TB polmonare o extra-polmonare basata su indagini microscopiche e/o PCR e/o colturali e/o esame istopatologico o manifestazioni clinico-radiologiche deponenti per malattia tubercolare.

Risultati

Su un totale di 132 casi di TB attiva, 66 (50%) erano italiani e 66 (50%) provenivano da altri Paesi, di cui 19% dall'Est-Europa (gruppo Est-Europei), 31,1% dall'Africa e 0,1% dal Sud-America (gruppo Extra-Europei). Complessivamente, gli italiani presentavano un'età più avanzata rispetto ai migranti (59 anni vs. 27,5 p=0,03) ed un tempo medio di degenza più breve (25 giorni vs 31,8 p=ns). Nel gruppo dei pazienti italiani è stata osservata una minore prevalenza di soggetti di sesso maschile rispetto al gruppo degli extra-europei (56,8% vs 43,2% p=0,02); la percentuale di forme polmonari era più elevata negli stranieri (60,6%), mentre negli italiani erano più frequenti le forme extra-polmonari (p=0,02). Nella popolazione italiana i fattori di rischio più comuni erano rappresentati da diabete mellito (24,3%), malattie autoimmuni (21,6%), neoplasie (13,5%), mentre tra gli extra-europei la coabitazione con casi indice (36,8%) e l'infezione da HIV/AIDS (26,3%) risultavano essere i principali fattori di rischio.

Conclusioni

I nostri dati dimostrano un'equa distribuzione dei casi di TB tra gli immigrati e la popolazione autoctona, tuttavia è stato osservato un profilo epidemiologico-clinico differente tra italiani ed immigrati. Tali risultati suggeriscono che è necessario incrementare la sorveglianza al fine di individuare i fattori di rischio emergenti, sia negli immigrati che nella popolazione nativa ed attuare adeguate strategie di prevenzione della TB.

Contatto: Alessandro Tartaglia (alessandratartaglia@yahoo.it)

Infezione da epatite B tra gli immigrati a Roma: screening e valutazione clinico-epidemiologica (p)

NOSOTTI L, D'ARCA T, PAJNO M C, MARRONE R, UCCELLA I, MORRONE A.

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP-Roma)

Obiettivi

L'infezione da virus dell'epatite B (HBV) è una patologia ancora comune nel mondo; essa causa alti tassi di morbilità e mortalità ed è stata riconosciuta come un problema di salute pubblica a livello mondiale. In Italia, l'incidenza è diminuita a seguito dell'introduzione della vaccinazione universale per i bambini, ma si registra una mancanza di dati epidemiologici sulla prevalenza di positività per HBsAg tra gli immigrati. Lo scopo di questo studio è di descrivere la prevalenza, le caratteristiche e modalità dell'infezione da HBV in un'ampia coorte di immigrati a Roma.

Metodi

Tra agosto 2008 e luglio 2009, 1.203 pazienti consecutivi sono stati visitati nel nostro ambulatorio (68,2% donne, 32,8% uomini, età media 30 anni). Il 58,7% del campione era composto da persone provenienti dall'Africa, il 22% dall'Asia, il 13% dall'Est Europa e il 6,1% dal Sud America. Sono state raccolte schede di screening contenenti dati demografici, clinici e di laboratorio per ogni paziente HBsAg-positivo, in modo da identificare le caratteristiche dell'infezione da HBV, ottimizzare gestione e trattamento e osservare le loro evoluzioni nel tempo.

Risultati

La prevalenza di pazienti HBsAg-positivi era del 16,5% (199/1203). Di questi, il 71,4% era proveniente dall'Africa, il 16,6% dall'Europa dell'Est, il 9,5% dall'Asia e il 2,3% dal Sud America. L'età media era di 27 anni (61,9% uomini e 38,1 donne). L'HBeAg è risultato positivo in 373 pazienti (30,9%). Rispettivamente, l'8,7% e il 15% di immigrati con infezione da HBV riportavano una coinfezione da HCV e HDV. Le categorie diagnostiche assegnate sono state: portatore inattivo per il 58,7% dei casi, epatite B cronica nel 31,6% e cirrosi da HBV nel 9,7% dei pazienti.

Conclusioni

L'infezione cronica da HBV è un importante problema di salute pubblica tra gli immigrati, in parte dovuto alla mancanza di profilassi vaccinali in molti paesi. Nonostante la vaccinazione universale abbia ridotto radicalmente l'incidenza dell'HBV in Italia, si presenta il rischio di un aumento nei casi di infezione nel nostro paese come conseguenza dell'importazione da paesi altamente endemici attraverso l'immigrazione. Un altro risultato allarmante di questo studio è l'alta prevalenza di anticorpi anti HDV tra gli immigrati. Questo problema risulta particolarmente grave dal momento che è stato dimostrato come l'infezione da HDV acceleri la progressione della cirrosi e quanto le percentuali di risposta alla terapia antiretrovirale siano inferiori rispetto ai pazienti monoinfetti.

Contatto: Lorenzo Nosotti (nosotti@inmp.it)

Gli stranieri senza dimora: studio delle condizioni predisponenti ad alto rischio di marginalità (p)

UCCELLA I, PAJNO M C, NOSOTTI L, CASTALDO M, TUMIATI C, VIGNALLY P, D'ARCA T, MARRONE R, CALCATERRA R, FAZIO R, VALENZANO M C, DIDERO D, DI MUCCI M, ROSSO A, MORRONE A, FRANCO G.^a

^aIstituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP-Roma)

Obiettivi

Una delle principali barriere all'accesso dei servizi sanitari è la marginalità sociale. Tra le popolazioni vulnerabili, i senza dimora (SFD) rappresentano il gruppo a maggior rischio di esclusione di interventi di prevenzione, diagnosi e cura. Le malattie infettive e dermatologiche, l'abuso di sostanze stupefacenti e l'alcolismo sono condizioni strettamente correlate allo stato di indigenza e che predispongono a un ridotto o mancato accesso alle cure. Dal 2007 l'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà (INMP) utilizza un approccio multidisciplinare inteso alla presa in carico della persona (visite mediche, supporto psicologico, antropologico, presenza di mediatori culturali, sportello socio-sanitario).

Metodi

Analisi descrittiva di RA afferenti al poliambulatorio INMP dal 1 gennaio 2000 al 31 dicembre 2010. Le diagnosi sono state effettuate secondo classificazione ICD-9

Risultati

Dal 2000 al 2010 al poliambulatorio INMP hanno riferito 7.993 SFD di cui 5.595 uomini (71%) e 2.398 donne (29%), età media 36 anni. Di questi, 5.727 stranieri (72%) e 2.226 italiani (28%). Un totale di 1.284 senza dimora (16.1%) ha presentato una diagnosi correlata a patologie infettive e dermatologiche, secondo la classificazione ICD-9. Tra le malattie infettive, le sessualmente trasmissibili quali infezione da HIV e da Chlamydia sono risultate essere più frequenti negli italiani: rispettivamente, 45 casi di infezione da HIV in italiani vs 7 casi in stranieri (19.9% vs 1.2%; $p < 0.001$) e 193 casi italiani di infezione da Chlamydia vs 184 stranieri (8.6% vs 3.2%; $p < 0.011$). Lo stesso dato per l'epatite cronica HCV-relata (italiani 43.9% vs stranieri 14.1%; $p < 0.001$). Mentre la tubercolosi polmonare è più frequentemente diagnosticata negli stranieri (italiani 0.7% vs 1.65 stranieri; $p < 0.01$). Per quanto riguarda le malattie dermatologiche l'acariasi (italiani 5% vs stranieri 15.8%; $p < 0.0001$) e la pitiriasi versicolor (italiani 4.7% vs stranieri 12.3%; $p < 0.01$) si riscontrano soprattutto tra gli stranieri. Per le micosi non si è osservata una differenza significativa tra i due gruppi: rispettivamente 1.5% vs 2.1%; $P > 0.25$. Per le sostanze di abuso, la dipendenza da oppioidi è risultata maggiore negli italiani (7.3% vs 1.3%; $P < 0.001$), mentre la dipendenza da alcool non è risultata significativa tra i due gruppi (rispettivamente 3.8% vs 3.2%; $P = 0.25$)

Conclusioni

Le persone SFD straniere presentano patologie infettive e dermatologiche correlate con scarsa igiene e condizioni di vita che li espongono a contatto con malattie ormai considerate "neglette", come acariasi e tubercolosi polmonare, mentre non sembrano essere a maggior rischio di malattie sessualmente trasmissibili, che infatti appaiono più frequentemente diagnosticate in italiani, con infezione epatica da HCV e che fanno abuso di oppioidi. Le malattie "neglette", eventuali comorbidità, la mancanza di un permesso di soggiorno rappresentano per i SFD stranieri un rischio per la loro salute e ostacolano l'accoglienza in strutture alloggiative di secondo livello, con il possibile instaurarsi di circoli viziosi che determinano un'inevitabile aggravamento della loro condizione. La vita in strada è fattore aggravante per uno straniero, il cui approccio deve essere di tipo socio-sanitario, multidisciplinare.

Contatto: Annalisa Rosso (a.rosso@inmp.it)

Immigrati e accesso al test HIV presso l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani di Roma. Cosa è cambiato negli anni? (p)

ORCHI N, NAVARRA A, PITTALIS S, DE CARLI G, FUSCO F M, SCOGNAMIGLIO P, NURRA G, ANGELETTI C, GIRARDI E, PURO V, IPPOLITO G.

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "L. Spallanzani" - Roma

Obiettivi

In Italia la popolazione immigrata è in continua crescita e la Regione Lazio è al terzo posto fra le regioni italiane per numero di immigrati, tre quarti dei quali vivono a Roma. Gli stranieri arrivano alla diagnosi di HIV più tardi degli italiani e difficilmente vengono raggiunti dai messaggi di prevenzione rivolti alla popolazione generale. Presso l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive (INMI) "Lazzaro Spallanzani" di Roma, centro di riferimento regionale per diagnosi e cura della malattia da HIV, è attivo dal 1985 un servizio di *Voluntary HIV Counselling and Testing* (CT), con accesso libero e gratuito. Obiettivo dello studio è descrivere le motivazioni al test e la prevalenza di HIV nella popolazione straniera e gli eventuali cambiamenti nel tempo.

Metodi

I dati analizzati riguardano gli stranieri adulti che si sono sottoposti a test HIV per la prima volta nella loro vita tra il 1990 ed il 2009 presso l'INMI. Il periodo considerato è stato diviso in 4 quinquenni (1990-94, 1995-99, 2000-04, 2005-09).

Risultati

Hanno effettuato il test HIV 3.121 immigrati (età mediana 31 anni [IQR:26-37], 65% donne), pari al 10,6% della popolazione testata. Il 74% si è rivolto al CT su consiglio di un medico. Il 29,4% proveniva dall'Europa centro-orientale, il 13,4% dall'Africa sub-sahariana ed il 18,8% dall'America Latina. Si osservava un aumento costante nel tempo (sia in valori assoluti che proporzionalmente) delle persone testate (6% del periodo 1990-1994, 17% negli anni 2005-2009). La motivazione al test maggiormente riportata (38%) era la gravidanza, in aumento nel tempo: 29,6%, 40,0%, 40,4%, 39,4% nei quattro quinquenni rispettivamente. Il 24% riportava rapporti eterosessuali con partner a sierologia HIV ignota (in diminuzione nel tempo); il 5% rapporti sessuali con partner HIV-positivo. Il 9,4% ha effettuato il test per sintomi HIV-correlati (in aumento negli anni: 6,2%, 5,9%, 11,4%, 11,3%). Il 4% riferiva rapporti omosessuali con uomini (MSM) a stato sierologico ignoto. Complessivamente è stata osservata una prevalenza di HIV del 5,4% (169/3.109), maggiore negli uomini (9,6%) rispetto alle donne (3,1%), nelle persone con accesso diretto (9,5%) rispetto a quelle inviate da un medico (3,0%) ($p < 0,001$). Non sono emersi cambiamenti nel corso degli anni. La prevalenza è fortemente correlata alla motivazione al test ($p < 0,001$), più alta in MSM, partner di HIV-positivo, tossicodipendenti, che avevano prevalenze di 28,6%, 27,4%, 21,4%, rispettivamente. Il 3,6% risultava positivo tra coloro che riferivano rapporti eterosessuali con partner di stato HIV ignoto e l'1,3% tra coloro che hanno effettuato il test per pianificazione familiare. Differenze significative ($p < 0,001$) sono state riscontrate per area di provenienza: il 14,8% dei positivi proveniva dall'Africa sub-sahariana, il 18,8% dall'America Latina, il 2,4% dall'Europa centro-orientale.

Conclusioni

La popolazione degli immigrati che ha accesso al test è estremamente eterogenea. I nostri dati mostrano che tra gli stranieri l'infezione da HIV è da mettere in relazione a specifici comportamenti a rischio o alla provenienza da paesi ad alta prevalenza di HIV. Diversificare e rendere più facilmente accessibili i centri per la diagnosi e la cura dell'infezione da HIV può contribuire a raggiungere precocemente persone emarginate, già infette o a rischio di infezione.

Contatto: Silvia Pittalis (silvia.pittalis@inmi.it)

Caratteristiche epidemiologiche degli immigrati con infezione da HIV diagnosticata nel Lazio (p)

CHIARADIA G, SCOGNAMIGLIO P, DE CARLI G, PITTALIS S, GORI C, D'ARRIGO R, NAVARRA A, BRANCATELLA R, AVIANI BARBACCI S, GIULIANI M, PITORRI A, GRISETTI S, SAMPAOLESI A, CORPOLONGO A, PURO V, IPPOLITO G, ORCHI N, GIRARDI E, SENDI H GROUP

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "L. Spallanzani" - Roma

Obiettivi

Negli ultimi decenni, in Italia e in Europa, la proporzione di nuove diagnosi di infezione da HIV tra gli immigrati ha mostrato un incremento significativo. Come suggerito dalle Linee guida Europee, al fine di definire strategie di prevenzione adeguate, è necessario conoscere le caratteristiche epidemiologiche e i fattori di rischio legati alle nuove diagnosi tra gli immigrati.

Metodi

L'analisi è stata condotta nell'ambito dello studio osservazionale multicentrico sulle nuove diagnosi di HIV che coinvolge 10 centri di counselling e testing della Regione Lazio. Per tutti gli individui arruolati, previo consenso informato, sono state raccolte le informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche, epidemiologiche, cliniche e laboratoristiche. Definizione di: Infezione Recente (RI): precedente test HIV negativo entro 6 mesi dalla diagnosi o riscontro di HIV-1 RNA positivo con test HIV negativo/indeterminato o avidità anticorpale <0,80; Infezione Tardiva: conta CD4<350 o diagnosi di AIDS entro 3 mesi dalla diagnosi di infezione. Sono stati analizzati i dati relativi agli immigrati recenti (in Italia da <10 anni) con una recente diagnosi di HIV arruolati dal 1/10/2003-31/12/2008.

Risultati

Tra i 552 individui con nuova diagnosi di HIV nati all'estero (30% di tutte le diagnosi - 1.836), 324 erano immigrati recenti (63.3% maschi) di età media pari a 32 (18-65). Di questi, il 38% proveniva dall'America Latina, il 34.9% dall'Africa Sub-Sahariana, il 20.4% dall'Europa Orientale, il 2.8% dal Nord-America/Australia/Europa Occidentale, il 2.5% dal Sud-Est Asiatico e 1.5% dal Medio Oriente. Riguardo alla modalità di esposizione, il 50% riferiva rapporti eterosessuali e il 43% (per la maggior parte dall'America Latina) rapporti omosessuali. Il 51.4% presentava una diagnosi tardiva, significativamente più frequente fra gli immigrati provenienti dall'Africa, dall'Europa Orientale e Sud-Est Asiatico rispetto a coloro che provenivano dai paesi occidentali e dall'America latina. Presentavano una infezione recente 26 immigrati (8%), prevalentemente provenienti dall'Est Europa, dall'Africa e dall'America Latina. In più della metà dei casi l'infezione è stata plausibilmente acquisita in Italia (presenti in Italia da più di un anno).

Conclusioni

I dati analizzati confermano che, analogamente a quanto descritto in letteratura, i rapporti eterosessuali rappresentano ad oggi la modalità di trasmissione dell'infezione più frequente tra gli immigrati. Tuttavia, sembrano fare eccezione gli immigrati provenienti dall'America Latina, per la più parte contagiati tramite rapporti omosessuali. I dati raccolti identificano tra gli immigrati differenti profili di rischio con caratteristiche specifiche che devono essere tenute in considerazione per definire programmi di prevenzione e strategie di intervento adeguati ed efficaci. Inoltre, l'alta quota di diagnosi tardive (51.4%) tra gli immigrati sottolinea la necessità di sviluppare strategie di accesso al test mirate, al fine di favorirne la diagnosi tempestiva dell'infezione e l'accesso alle cure.

Contatto: *Giacomina Chiaradia* (giacomina.chiaradia@inmi.it)

Siero-prevalenza di marcatori di infezione da virus dell'epatite B, C ed HIV in una coorte di immigrati africani a Palermo, Sicilia (p)

TRAMUTO F, COLOMBA G, AFFRONTI A, PAGANO S, AFFRONTI M, MONTALTO G, VITALE F.

Università degli Studi Palermo

Obiettivi

In Italia il 7% della popolazione è rappresentata da immigrati, dei quali oltre 127.000 sono legalmente residenti in Sicilia. Di questi, il 30,3% proviene da Paesi africani, prevalentemente dell'area sub-Sahariana, dove l'epidemiologia delle infezioni virali da virus dell'epatite B (HBV), dell'epatite C (HCV) e dell'immunodeficienza acquisita (HIV) è molto differente da quella europea. Il presente studio è stato condotto per valutare la sieroprevalenza di marcatori di infezione da HBV, HCV ed HIV in una coorte di individui immigrati dall'Africa sub-Sahariana e residenti in Sicilia.

Metodi

Un'analisi retrospettiva è stata condotta su un panel di 176 sieri, consecutivamente prelevati presso l'ambulatorio U.O.S. di Medicina delle Migrazioni dell'A.O.U.P "P. Giaccone" - Palermo nel periodo 2006-2010, in un gruppo di immigrati dall'Africa sub-Sahariana. I sieri sono stati analizzati per la presenza di marcatori di infezione da HBV (HBsAg, anti-HBc, anti-HBs), anti-HCV ed anti-HIV.

Risultati

Il gruppo di immigrati erano prevalentemente maschi (67,0%) e di età compresa nel range 14-64 anni (media=33,7 anni; deviazione standard=8,9). Oltre la metà (n=97/176; 55,1%) erano positivi per anti-HBc, di cui 30 (17,0%) come unico marcatore per infezione da HBV (status "anti-HBc alone"). Complessivamente, 24/176 individui (13,6%) erano positivi per HBsAg, mentre in 46/176 individui (26,1%) l'assetto sierologico mostrava positività per anti-HBc ed anti-HBs. Solamente 13/176 pazienti (7,4%) presentavano positività per anti-HBs come unico marcatore sierico. L'infezione da HIV è stata riscontrata in 11/176 individui (6,2%) ed anticorpi anti-HCV in 10/176 (5,7%).

Conclusioni

I risultati del presente studio mostrano che la popolazione migrante dall'area sub-Sahariana non rappresenta attualmente un importante problema sanitario per la popolazione autoctona, relativamente all'infezione da HCV, che risulta non particolarmente più elevata di quella registrata mediamente in Italia in individui di età <50 anni (5,7% vs. 3%). Di contro, i tassi di positività per HBsAg risultano più elevati di quelli della popolazione nativa italiana (13,6% vs. 1,5%), rappresentando un ulteriore rischio per la trasmissione dell'infezione verso la popolazione generale, in relazione a specifici stili di vita. Infine, lo status sierologico "anti-HBc alone" risulta relativamente frequente tra la popolazione migrante dall'Africa sub-Sahariana inclusa nel presente studio, suggerendo il monitoraggio di possibili complicanze HBV-correlate e la verifica di infezione "occulta" da HBV.

Contatto: Fabio Tramuto (fabio.tramuto@unipa.it)

Il ruolo dell'immigrazione nelle dinamiche dell'epidemiologia molecolare del virus HIV-1: analisi filo-geografica di varianti virali non-B in individui nativi italiani e migranti in Sicilia (p)

TRAMUTO F, MAIDA C M, BONURA F, PERNA A M, AFFRONTI A, PAGANO S, VITALE F.

Università degli Studi di Palermo

Obiettivi

Sebbene il subtipo B di HIV-1 sia prevalente in Europa Occidentale, virus ascrivibili ai genotipi non-B stanno rapidamente diffondendosi in questa area geografica, specialmente a causa dai flussi immigratori da regioni endemiche. La Sicilia, vista la sua posizione centrale nel bacino del Mediterraneo, rappresenta una delle principali porte di ingresso per i migranti in Europa, in particolare dall'Europa orientale, dall'Africa e dal sud-est asiatico. L'obiettivo del presente studio è stato valutare la prevalenza, le caratteristiche molecolari e le dinamiche geografiche di varianti virali di HIV-1 non ascrivibili al subtipo B in una coorte di individui infetti non sottoposti a terapia antiretrovirale (ARV), nativi ed immigrati in Sicilia.

Metodi

Sequenze genetiche della regione polimerasi (pol) di HIV-1 sono state ottenute da un pannello di plasmidi consecutivamente prelevati da un totale di 155 pazienti naïve per terapia ARV, 113 nativi italiani e 42 immigrati, in *follow-up* clinico/virologico presso il Centro di Riferimento Diagnosi AIDS – Università degli Studi di Palermo nel periodo 2004 - 2009. I campioni di plasma, raccolti alla prima visita del paziente, sono stati analizzati per il dosaggio della viremia di HIV-1 e per il successivo sequenziamento genetico e tipizzazione della proteasi (PR, codoni 1-99) e della trascrittasi inversa (RT, 1-335) del gene pol di HIV-1. L'analisi filogenetica è stata applicata per la determinazione del subtipo di appartenenza e per la valutazione delle relazioni geografiche tra varianti virali di HIV-1.

Risultati

Nella popolazione in studio (72.3% maschi; età mediana 34.0 anni; range 1-66), la prevalenza di ceppi non-B di HIV-1 era del 31.0% (48/155) con un incremento dall'11.5% nel 2004-2006 al 40.9% nel 2009 ($p=0,025$). La maggior parte delle varianti virali identificate erano rappresentate da forme ricombinanti uniche (URF) (range: 56%-100% delle varianti non-B). Delle varianti virali classificabili come HIV-1 non-B, il 77.1% (37/48) infettava individui immigrati (prevalentemente africani, 35/37), mentre il 22.9% (11/48) proveniva da pazienti nativi italiani ($p<0,01$).

Conclusioni

Nel presente studio viene riportata la complessità genetica delle varianti virali di HIV-1 circolanti in Sicilia, tra individui naïve per terapia antiretrovirale. In generale, la prevalenza di varianti virali non-B aumenta progressivamente tra soggetti con diagnosi recente di infezione non sottoposti a terapia e si suggerisce l'ipotesi che i flussi immigratori di differenti gruppi etnici provenienti da aree geografiche endemiche per varianti virali non-B di HIV-1, possano essere responsabili dell'eterogeneità genetica dell'epidemia di HIV-1 in una regione geografica storicamente omogenea per il subtipo B. L'eterogeneità genetica rappresenta una grande sfida per il monitoraggio dell'epidemia, sia localmente che globalmente, con implicazioni che vanno oltre il semplice interesse epidemiologico. L'applicazione di tecniche di analisi filogenetica e filogeografica sono raccomandate per valutare ed indirizzare strategie di diagnosi, trattamento e prevenzione dell'infezione da HIV-1.

Contatto: Fabio Tramuto (fabio.tramuto@unipa.it)

Salute Mentale in un ambulatorio di base per migranti: valutazione epidemiologica di dieci anni di attività (p)

PETTORRUSO M, SILVESTRINI G, ARRIVI F, IORI A, ARAGONA M, COLOSIMO F.

Area Sanitaria Caritas di Roma

Obiettivi

Valutare la prevalenza dei disturbi psichiatrici e l'andamento annuale delle prime visite, suddivise sulla base della categoria diagnostica, in una coorte di pazienti afferenti all'ambulatorio di Salute Mentale di un Poliambulatorio per migranti di Roma in un periodo di dieci anni (2000-2009).

Metodi

Per ciascun paziente visitato presso l'Ambulatorio di Salute Mentale del Poliambulatorio Caritas di Roma dal 1 gennaio 2000 al 31 dicembre 2009 sono stati rilevati i dati socio demografici (sesso, età, scolarità, nazionalità), la condizione giuridica e la data di arrivo in Italia attraverso la cartella ambulatoriale. Sono state rilevate le diagnosi sintetiche assegnate alla fine del primo colloquio psichiatrico e il numero di visite effettuate da ogni paziente nell'arco del periodo considerato. Sono state inoltre valutate le diagnosi in relazione alle variabili socio demografiche principali e l'andamento epidemiologico delle principali categorie diagnostiche.

Risultati

Nel periodo in esame sono state effettuate 425 prime visite. Il totale delle visite effettuate dal servizio di Salute Mentale è di 1.153 visite, con una media di 2,71 visite per paziente (DS 3,78). Dai risultati preliminari dell'analisi socio demografica si evince che la popolazione è costituita prevalentemente da uomini. Oltre la metà dei pazienti proviene da una nazione dell'Europa; Romania e Ucraina risultano essere le nazionalità più rappresentate. Le diagnosi più rappresentate alla prima visita sono state: Disturbo dell'Umore 40% (168 pazienti), Disturbo d'Ansia 18% (77 pazienti), Psicosi 14% (58 pazienti), Disturbo di Personalità 4% (18 pazienti) e Dipendenze 4% (18 pazienti). In 16 casi è stata posta diagnosi di Disturbo dell'Adattamento (4%). I Disturbi Somatoformi rappresentano il 2% dei pazienti, sebbene la presenza di somatizzazioni sia riportata nel 9% della popolazione in esame. È stata riscontrata una diagnosi di Disturbo Post-Traumatico da Stress in 11 pazienti (3%).

Conclusioni

I dati sono in linea con l'osservazione che non è possibile considerare i "migranti" come un gruppo omogeneo per quanto riguarda i fattori di rischio per le patologie mentali. È stata inoltre riscontrata nel periodo considerato un aumento della tendenza all'accesso dei pazienti con disturbi psicotici e una tendenza alla diminuzione dei pazienti con disturbi dell'umore.

Contatto: Mauro Pettoruso (mauro.pettoruso@hotmail.it)

Misurare la performance dei servizi sanitari in termini di disuguaglianze di salute e uso dei servizi ospedalieri per la popolazione italiana e straniera: risultati del progetto PEHRG (Poverty and Equity in Health Research Group) per la regione dell'Umbria (2005-2009) (p)

GIANNONI M^a, D'URZO E^a, CASUCCI P^a, CHECCONI O^b, FEDERICI P^a, ISMAIL Z.^a

^aUniversità degli Studi di Perugia Dipartimento di Economia Finanza e Statistica; ^bRegione dell'Umbria – Assessorato alla Sanità e Servizi Sociali

Obiettivi

L'obiettivo della ricerca è quello di proporre un sistema di valutazione della performance delle strutture sanitarie regionali in termini di equità ed efficienza dei servizi erogati alla popolazione immigrata. Il lavoro presenta i risultati di una analisi condotta per la Regione dell'Umbria e riporta la stima di un set di indicatori basati su dati amministrativi ed epidemiologici per gli anni 2005-2007. In un momento caratterizzato da crescente povertà ed esclusione sociale dovuta all'incombente fase congiunturale di crisi economica, al momento nessuna regione italiana prevede un sistematico monitoraggio della performance dei servizi sanitari destinati alle fasce di popolazioni fragili. Tra queste una categoria sempre più importante in termini quantitativi è rappresentata dagli immigrati, la cui domanda di servizi sanitari è cresciuta a ritmi sostenuti negli ultimi anni e presentando aspetti peculiari rispetto alla popolazione autoctona.

Metodi

Il lavoro è suddiviso in tre fasi. In una prima fase è stata condotta un'analisi della letteratura relativa alle evidenze sulle disuguaglianze di salute sperimentate dalla popolazione straniera in Italia. In una seconda fase sono state raccolte tramite questionario informazioni sulle politiche sanitarie e sociali relative alla popolazione immigrata valutandone l'effettiva applicazione e l'impatto sul sistema sanitario regionale. Utilizzando i risultati delle due fasi precedenti, nella terza fase sono stati sviluppati e misurati alcuni indicatori utilizzabili per valutare e la performance del servizio sanitario in termini di equità di accesso ai servizi da parte della popolazione immigrata e efficienza nell'erogazione degli stessi.

Risultati

La Regione Umbria, in seguito al recepimento del Decreto legislativo Lgs 286/98, è riuscita nel tempo ad erogare assistenza a tutti gli immigrati, compresi gli irregolari. Tuttavia, il calcolo del set di indicatori per il periodo 2005-2007 per il monitoraggio della performance in termini di equità di accesso e di appropriatezza dei servizi erogati, evidenzia l'esistenza di disuguaglianze nell'uso dei servizi e notevole variabilità nella performance tra le ASL e le strutture ospedaliere della regione. Dai confronti di performance tra ASL risultano, ad esempio, marcate differenze tra popolazione immigrata e popolazione di origine italiana nel ricorso ai trattamenti TSO, nei tassi di dimissione per patologie psichiatriche, nei ricoveri non appropriati per malattie croniche, nel ricorso all'IVG e al taglio cesareo. Allo stesso tempo, si osserva una riduzione di dette disuguaglianze nell'uso dei servizi nel corso del periodo 2005-2009.

Conclusioni

In conclusione, i risultati mostrano come un attento monitoraggio delle disuguaglianze sperimentate dalle fasce fragili di popolazione, quali gli immigrati, risulti agevolmente inseribile nella più complessiva valutazione della performance del sistema sanitario regionale. I risultati ottenuti vengono infine commentati alla luce della politica migratoria e delle recenti riforme in atto nel nostro paese.

Contatto: Margherita Giannoni (m.giannoni@unipg.it)

Osservatorio sull'assistenza farmaceutica agli stranieri presenti in Italia (p)

COSTA E, ANDRETTA M.

Azienda Ospedaliera Universitaria di Verona, Azienda ULSS 20 Verona

Obiettivi

Le fonti di informazione sulla condizione degli stranieri presenti in Italia sono eterogenee e poco orientate a descrivere l'assistenza sanitaria. L'assistenza sanitaria fornita a queste persone è molto diversificata sia a livello regionale che locale. La tracciabilità dei percorsi assistenziali è difficile perché gli attori coinvolti sono molteplici e non sempre inseriti nei canali "istituzionali". Su questa premessa si pone l'obiettivo di creare un osservatorio sulla prescrizione farmaceutica su scala nazionale in grado di descrivere, a partire dal farmaco, i percorsi assistenziali degli stranieri (regolari e non) che accedono al SSN, evidenziando da una parte le diversità legate al contesto organizzativo (regionale/locale), dall'altra le tipologie di popolazioni (bambini vs adulti o anziani, donne vs uomini, etnia/provenienza).

Metodi

Popolazione in studio: pazienti stranieri presenti in Italia a cui è stato assegnato un codice fiscale o un codice STP e che abbiano ricevuto almeno una prescrizione farmaceutica a carico del SSN distribuita attraverso le farmacie convenzionate. Periodo: dall'anno 2008. Campione: Aziende Sanitarie appartenenti ad oltre 10 Regioni italiane che abbiano a disposizione il flusso della prescrizione farmaceutica convenzionata dall'anno 2008. Farmaci considerati: tutti i farmaci tracciati a carico del SSN distribuiti attraverso le farmacie convenzionate.

Risultati

La Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici Territoriali (SIFO) in collaborazione con il Centro di Calcolo Interuniversitario (CINECA) e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha promosso una rilevazione dei dati di prescrizione farmaceutica relativi alla popolazione straniera presente in Italia. L'osservatorio prevede le seguenti fasi: condivisione del protocollo di estrazione dati, estrazione dei dati stratificati a livello regionale e locale, restituzione alle Aziende Sanitarie dei dati ottenuti per una lettura contestualizzata alla tipologia di organizzazione assistenziale locale, coinvolgimento delle associazioni non istituzionalizzate operanti sul territorio per una lettura integrata dei dati, eventuale completamento con altri flussi di prescrizione farmaceutica (distribuzione diretta attraverso le farmacie ospedaliere o le strutture distrettuali), seminario di sensibilizzazione, pubblicazione dei dati raccolti.

Conclusioni

I lavori finora pubblicati sulla tipologia e sulla qualità dell'assistenza sanitaria alla popolazione straniera presente in Italia concordano nel rilevare la parzialità dei dati disponibili, relativi quasi esclusivamente agli accessi alle strutture ospedaliere. Dal momento che per la maggioranza delle patologie, e soprattutto nella cronicità, il farmaco è considerato un proxy dei percorsi assistenziali seguiti dai pazienti, la costituzione di un osservatorio sui dati di prescrizione farmaceutica territoriale può incrementare la conoscenza sulla popolazione straniera presente in Italia, non solo relativamente all'assistenza farmaceutica fornita, ma anche sotto il profilo epidemiologico e, più in generale, di sanità pubblica. La lettura condivisa e integrata di questi dati tra le diverse figure professionali operanti a vario titolo nel settore può fornire utili spunti di intervento e di governo per migliorare l'assistenza sanitaria, o meglio la salute, degli stranieri che vivono nel nostro Paese.

Contatto: Enrico Costa (enrico.costa@ospedaleuniverona.it)

Disuguaglianze sperimentate dai cittadini stranieri in Italia nell'accesso ai servizi sanitari (c)

GIANNONI M.

Dipartimento di Economia Finanza e Statistica Università degli Studi di Perugia

Obiettivi

L'Italia ha un sistema sanitario universale e pubblico che dovrebbe coprire, in termini di principio, anche i cittadini stranieri. Tuttavia crescono continuamente le evidenze che indicano come i cittadini migranti in Italia sperimentino specifiche disuguaglianze di salute, di accesso ed uso dei servizi sanitari. Ad esempio, una prevalenza più elevata rispetto ai cittadini italiani di malattie infettive (TB e HIV/AIDS), di malattie mentali e percentuali più alte di ricorso all'IVG. Non esistono evidenze, invece, a livello nazionale relative ai fattori che influenzano l'accesso ai servizi sanitari da parte dei migranti, in particolare rispetto alle visite mediche e dentistiche. L'obiettivo di questo lavoro è analizzare e verificare i determinanti socio economici che influenzano le iniquità nell'uso e nell'accesso ai servizi sanitari, comparando la popolazione italiana con cittadini stranieri residenti nel nostro paese.

Metodi

Il lavoro utilizza i dati dell'indagine Eurostat EUSILC per il 2007 che contiene informazioni individuali sulla salute e sui determinanti socio-economici del bisogno di cure degli individui (reddito, istruzione ecc.) nonché informazioni sui problemi di mancato accesso a visite mediche e dentistiche. Vengono riportate le stime degli indici di equità orizzontale in base al reddito per la probabilità di mancato accesso ai servizi sanitari confrontando la situazione dei cittadini stranieri con quella degli italiani. L'equità orizzontale in base al reddito è stimata utilizzando il metodo di standardizzazione indiretta proposto da Wagstaff e Van Doorslaer.

Risultati

I risultati per modelli di logit stimati per la probabilità di non avere avuto nell'ultimo anno accesso ad una visita dal medico o dal dentista mostrano come questa sia influenzata positivamente dal cattivo stato di salute percepita, dall'età. Anche lo status socio-economico (reddito, istruzione stato civile) influenza la probabilità di non avere accesso a visite mediche o dentistiche. Infine, gli individui che vivono al Sud ed al Nord corrono un rischio più alto di sperimentare problemi di equità di accesso rispetto a chi vive al Centro. Per le visite dentistiche, l'indice di iniquità a livello nazionale arrivava al 19%, con il Nord e il Sud caratterizzati da maggiori disuguaglianze rispetto al Centro e alle Isole per la popolazione generale.

Conclusioni

Appare, dunque, che la mancanza della cittadinanza Italiana sia una fonte di iniquità nell'accesso e nella fruizione dei servizi sanitari. Questa considerazione dovrebbe far nascere una riflessione sulle recenti proposte politiche di restringimento dell'accesso ai servizi sanitari per i migranti.

Contatto: Margherita Giannoni (m.giannoni@unipg.it)

Il setting e la cura con i migranti nel Centro di Studi e Ricerche Devereux di Bologna (p)

BRACA M, TARRICONE I, MENCACCI E, DE GREGORIO M, MARCACCI T, BERARDI D.

Istituto di Psichiatria "P. Ottonello" - Bologna

Obiettivi

Diverse esperienze evidenziano la necessità, all'interno di un contesto transculturale, di adeguare il setting psicoterapeutico alle esigenze dei pazienti migranti, proponendo come alternativa ad una predeterminata relazione terapeutica duale, passibile di essere recepita come intrusiva dal paziente, un setting multidisciplinare. In un nostro precedente studio abbiamo riscontrato come i bisogni dei migranti che afferiscono al nostro servizio siano prevalentemente di natura psicosociale, comportando quindi la necessità di inserire nel setting diverse figure professionali. Il nostro obiettivo pertanto è costruire un dispositivo clinico che permetta sia una migliore elicitazione della narrazione dei vissuti di sofferenza dei pazienti, nonché la loro successiva elaborazione, che una risposta più efficace ai bisogni dei pazienti stessi.

Metodi

Nel CSM Ovest di Bologna operano, oltre a psichiatri e infermieri, anche psicologi, antropologi, assistenti sociali ed educatori professionali; a disposizione, inoltre, vi è anche la consulenza del servizio di mediazione culturale. Tali figure possono essere variabilmente impiegate nella costruzione di un setting "a geometria variabile", a seconda delle necessità principali del paziente.

Risultati

La presa in carico dei pazienti migranti ha comportato la costituzione di setting terapeutici specifici per ogni singolo caso, secondo le necessità espresse dai pazienti e riscontrate dal gruppo terapeutico. Il setting di gruppo ha permesso, per ogni caso, la costruzione condivisa di una logica della patologia, dando diritto di parola alle alterità e permettendo di formulare ipotesi eziologiche multiple circa la sofferenza dei migranti, e ha consentito di dispiegare diversi tipi di interventi specifici: oltre a quelli psicoterapeutici (duali e di gruppo) e farmacologici, sono stati infatti attuati anche interventi mirati da parte degli assistenti sociali (assistenza legale, regolarizzazione, collocazione abitativa), degli psicologi e degli educatori (progetti di transizione al lavoro, interventi riabilitativi e per la socializzazione) e degli antropologi (ricostruzione della narrazione e comprensione del senso dei vissuti esistenziali). Tale approccio ha permesso una migliore elaborazione delle esperienze dei nostri pazienti, e una più efficace gestione della loro sofferenza.

Conclusioni

La costante e rispettiva compenetrazione tra sociale e psicologico, riscontrabile nel vissuto dei migranti che si rivolgono al nostro servizio, rende imprescindibile la costruzione di un setting multidisciplinare ai fini di una presa in carico efficace. È solo attraverso la pluralità di teorie ed espressioni e la circolarità della comunicazione che si realizza la possibilità di trascendere le barriere culturali e giungere alla comprensione del senso delle esperienze vissute dai pazienti migranti.

Contatto: Mauro Braca (mauro.braca@studio.unibo.it)

Documento di consenso sulla prevenzione e cura delle Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) nel migrante (p)

EL HAMAD I^a, PUZZI P^a, BASCHÉ R^a, OROBELLO M^a, BERGAMASCHI V^a, CAROSI G^a, MORRONE A^b, MATTELLI A.^a

^aIstituto Malattie Infettive e Tropicali, Università di Brescia; ^bIstituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà (INMP-Roma)

Obiettivi

Gli immigrati da Paesi economicamente svantaggiati possono essere considerati una popolazione più esposta alle IST sulla base di alcuni aspetti epidemiologici e comportamentali: l'esistenza tra gli immigrati di fattori di rischio riconducibili alla provenienza da Paesi ad alta endemia, le disagiate condizioni di vita nel Paese ospitante e la precarietà affettiva che potrebbe influenzarne i comportamenti sessuali, soprattutto nei primi anni di immigrazione. Inoltre nei migranti possono assumere particolare rilievo le difficoltà di accesso alle strutture sanitarie. L'approccio alle problematiche diagnostiche, terapeutiche e preventive, ma anche a quelle relative all'educazione, al *counselling*, al *contact tracing* delle IST, deve tenere conto della diversità di cultura rispetto alla popolazione autoctona. L'obiettivo è quello di produrre un documento di consenso sulla prevenzione e cura delle IST nel migrante in grado di rispondere ai seguenti quesiti: gli immigrati hanno una maggiore incidenza e prevalenza di IST rispetto alla popolazione italiana? Esistono diversità di gestione delle IST nelle persone immigrate? Vi sono gruppi maggiormente vulnerabili? È utile lo screening per IST nei migranti? I migranti accedono meno degli italiani ai servizi sanitari? Esistono diversità nella percezione delle malattie e nella consapevolezza di doverle curare, nelle persone immigrate? Quali strategie per migliorare la salute sessuale dei migranti?

Metodi

Il Documento di consenso è redatto per mezzo di una collaborazione multidisciplinare da parte di esperti in varie aree sanitarie. La stesura del Documento è affidata ai seguenti organi: la Segreteria Scientifica, responsabile della valutazione delle evidenze di letteratura sui quesiti identificati e delle bozze del Documento; il Comitato di Redazione, responsabile della definizione della lista dei quesiti e della stesura definitiva del Documento di consenso; il Comitato di Revisione, responsabile dell'approvazione del Documento di consenso.

Risultati

La ricerca bibliografica è stata effettuata nelle principali banche dati sanitarie (Medline ed Embase), nelle banche dati di linee guida e nei siti di agenzie governative (italiane e internazionali). Gli articoli trovati sono stati selezionati dalla Segreteria Scientifica in relazione alla rilevanza dei contenuti e alla pertinenza nel contesto italiano. In seguito è stato proposto un indice del Documento discusso ed approvato con i membri del Comitato di Redazione durante una conferenza telefonica svoltasi nel dicembre 2010. La ricerca effettuata ha permesso di evidenziare alcuni gruppi a rischio di IST nella popolazione migrante: i maschi transessuali dediti a prostituzione e la prostituzione femminile su strada. Ulteriori aspetti derivati dalla ricerca sono le barriere per l'accesso ai servizi sanitari (i costi, lo status giuridico e la mancata informazione riguardo la gratuità dei servizi per IST) e l'importanza del mediatore culturale nei centri dedicati. Il Documento definitivo verrà presentato entro la data del 30 giugno 2011 e successivamente diffuso tra gli operatori sanitari. Ricerca finanziata nell'ambito del Progetto Nazionale "Protocolli armonizzati per accertamenti diagnostici e trattamenti terapeutici per le patologie prevalenti nei gruppi a rischio di esclusione sociale" dell'INMP di Roma.

Conclusioni

Ricerca in corso.

Contatto: El Hamad Issa (issa1957@libero.it)

Ambulatorio di Malattie Infettive per stranieri a Bari: esperienza di due anni di attività (p)

TRILLO G^{a,c}, TARTAGLIA A^{b,c}, BRINDICCI G^a, DARGENIO M^c, SARACINO A^b, MONNO L^a, ANGARANO G.^{a,c}

^aUO Malattie Infettive Università degli Studi di Bari, ^bUO Malattie Infettive Università degli Studi di Foggia, ^cINMP Puglia

Obiettivi

La spinta migratoria verso l'Italia e gli altri Paesi economicamente più sviluppati dell'Europa occidentale rispecchia i profondi squilibri di crescita e di benessere a livello mondiale. Secondo i dati del Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR) il 76% degli immigrati arriva in Italia via mare: in questo contesto la Puglia, come regione costiera, rappresenta la quarta regione per numero di migranti accolti. Abbiamo valutato le caratteristiche epidemiologiche dei migranti presenti nel territorio del capoluogo pugliese ed afferenti all'ambulatorio dedicato della Clinica di Malattie Infettive del Policlinico di Bari, stimando la prevalenza delle principali patologie legate alle migrazioni e alla povertà.

Metodi

Sono stati inclusi nell'analisi 248 pazienti stranieri afferenti per screening all'ambulatorio, nel periodo compreso tra gennaio 2009 e dicembre 2010. Previo adeguato consenso informato, tutti i pazienti erano sottoposti ad anamnesi, visita, routine ematochimica, sierologia per HIV, HCV, HBV, VDRL, TPHA e Intradermoreazione secondo Mantoux.

Risultati

Il 36% dei pazienti era in possesso di CF, il 3% di ENI e al 61% era attribuito un codice STP. Il rapporto maschi/femmine era di 1:1; l'età media di 30 anni. Il 66% dei pazienti proveniva dall'Africa (44% con nazionalità nigeriana), il 10% dell'Est Europa, il 15% dal sub-continente indiano ed infine l'8% dal Medioriente; solo un paziente era cinese ed uno sud-americano. Della totalità dei soggetti screenati, 176 (71%) non presentavano alcuna evidenza di infezione o altra patologia in atto. È stato diagnosticato un solo caso di diabete di tipo 1. Di 241 test anti-HIV effettuati, il 94% è risultato negativo; dei 13 pazienti positivi, 1 solo era già a conoscenza della sieropositività ed assumeva trattamento antiretrovirale; 4 pazienti (31%) presentavano alla diagnosi una patologia definente AIDS; la media dei linfociti CD4+ era pari a 76,3/mmc; 8 pazienti hanno effettuato controlli periodici, con una media di 3 accessi/anno. Dei 236 pazienti sottoposti a screening per virus epatitici maggiori, nel 6% si evidenziava sierologia positiva anti-HCV e, di questi, 3 pazienti presentavano una epatite cronica; il 7% era HBsAg positivo; il 22% mostrava sierologia compatibile con pregressa infezione da HBV e il 5% risultava vaccinato. Sono state eseguite 195 intradermoreazioni secondo Mantoux, di cui 62 (32%) risultate positive; di questi pazienti il 53% è stato perso già al primo *follow-up*; il 10% ha presentato una tubercolosi attiva. Sono stati trattati con INH in profilassi per infezioni tubercolare latente 9 pazienti, tutti seguiti in *follow-up*. 223 pazienti hanno accettato di sottoporsi a screening per lue: 4 pazienti (1,8%) risultavano positivi per TPHA con VDRL negativa. Sono state, inoltre, riscontrate 2 infezioni intestinali da parassiti: una giardiasi ed una infestazione da *Trichurius trichuria*.

Conclusioni

La popolazione di migranti presente nel nostro territorio appare costituita da soggetti giovani, con sovrapponibile distribuzione per genere, di provenienza soprattutto africana ed Est-Europea e prevalentemente (in oltre il 70% dei casi) esente da infezioni. L'infezione tubercolare resta quella di più frequente riscontro e più complessa gestione, con mancato completamento dell'iter diagnostico in oltre la metà dei casi.

Contatto: Giovanna Trillo (vanna.trillo@libero.it)

Il ruolo della storia migratoria nella storia dei pazienti del CSM di Bologna ovest (p)

CHIRI L, MARCACCI T, MENCACCI E, MARSEGLIA M, TARRICONE I, BERARDI D.

Istituto di Psichiatria "P. Ottonello" - Bologna

Obiettivi

La letteratura scientifica evidenzia come la maggior morbilità psichica riscontrata all'interno della popolazione dei migranti potrebbe essere riconducibile a particolari caratteristiche presenti nella storia migratoria o nel processo di integrazione nel nuovo sistema sociale (Bhugra, 2004; Tarricone et al., 2009). Il gruppo di studio e ricerca G. Devereux di Bologna ha sviluppato l'intervista "Bologna Migration History and Social Integration", uno strumento in grado di sintetizzare le informazioni sulla storia migratoria dei migranti che accedono a Centri di Salute Mentale e quindi di aiutare i clinici nella pianificazione dell'intervento psico-sociale.

Metodi

Ai migranti all'esordio psicotico in carico al CSM Ovest tra il 2002 e il 2009 è stata somministrata l'intervista "Bologna Migration History and Social Integration". Particolare attenzione è stata posta ai vissuti emersi come reazione all'andamento dell'intervista.

Risultati

Abbiamo valutato 15 migranti, descrivendo le principali motivazioni che stanno alla base della migrazione, l'andamento complessivo della permanenza in Italia prima di sviluppare la psicosi e la percezione del sostegno sociale nel nuovo Paese. La *Migration History* è divenuta parte integrante del processo di cura dei migranti. La riflessione sui contenuti dell'intervista ha infatti fornito la possibilità di ridefinire le aspettative e i vissuti dell'esperienza migratoria e in particolare quei vissuti che i migranti hanno riparato soggettivamente essere collegati all'esordio psicotico.

Conclusioni

Dall'esperienza clinica nel CSM di Bologna Ovest si è rivelata preziosa la prassi di porre particolare attenzione verso i fattori del processo migratorio potenzialmente capaci di incidere sul benessere psichico del migrante e sul suo percorso di trattamento. La *Migration History* rappresenta un'intervista di rapido e pratico utilizzo, gradita a pazienti e clinici, in grado di individuare gli eventuali elementi critici legati al processo migratorio. L'enfasi posta dalla letteratura sulla necessità di considerare gli aspetti migratori nelle problematiche psichiche, la possibilità di circoscriverli con relativa semplicità, la positiva reazione dei pazienti per l'attenzione rivolta verso la loro esperienza di migrazione incoraggiano ad un regolare utilizzo della *Migration History* nella valutazione clinica dei migranti che si rivolgono ai CSM.

Contatto: Luigi Chiri (luigichiri@libero.it)

La diagnosi precoce della malattia tubercolare negli immigrati irregolari: nuove impostazioni (p)

OLIVANI P^a, CODECASA L^b, COLUCCI A^c, PANIZZUT D.^{a,d}

^aNaga-Milano; ^bCentro regionale di riferimento per la TBC- Milano; ^cIstituto Superiore di Sanità-Roma; ^dFondazione IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico-Milano

Obiettivi

Raccogliendo l'invito della Consensus conference 2008, l'Associazione socio-sanitaria Naga di Milano, assieme al Centro regionale di riferimento per la TBC e in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità di Roma, ha messo a punto un sistema di screening a due livelli, rivolto a tutti gli immigrati non assistiti dal SSN, che punta alla diagnosi precoce della malattia tubercolare.

Metodi

A tutti gli immigrati che accedono al nostro ambulatorio di base, provenienti da paesi con tasso di malattia tubercolare > 100/100.000 e ad alta immigrazione in Italia, viene somministrato il "questionario", messo a punto dalla Lega Polmonare Svizzera; i casi sospetti sono inviati all'indagine di secondo livello presso il Centro regionale di riferimento.

Risultati

L'utilizzo del "questionario" permette di praticare una prima selezione su base anamnestica, evitando il ricorso all'intradermoreazione, la cui bassa selettività determinerebbe un afflusso ai centri di secondo livello quattro volte maggiore.

Conclusioni

Seguendo le indicazioni della Consensus conference del 2008, si è puntato alla diagnosi precoce della malattia tubercolare, tralasciando lo screening dell'infezione tubercolare, svantaggioso sul piano costo/beneficio e di più difficile applicazione in quanto richiede una seconda visita di controllo a 48-72 ore, non facile da realizzare. L'impiego del questionario ci permette così di controllare l'intera popolazione a rischio per TBC che si presenta al nostro ambulatorio per un motivo qualsiasi, tramite una metodica facile e praticamente a costo zero.

Contatto: Pierfranco Olivani (p.olivani@libero.it)

Il fenomeno migratorio dei richiedenti asilo (p)

UCCELLA I, PAJNO M C, NOSOTTI L, VIGNALLY P, D'ARCA T, TUMIATI M C, SEGNERI M C, TURCHETTI P, IRIANNI N, MILANO F, MAZZA D, MARRONE R, CALCATERRA R, FAZIO R, VALENZANO M C, DIDERO D, DI MUCCI M, ROSSO A, MORRONE A, BAGGI L, FRANCO G.

Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà (INMP-Roma)

Obiettivi

Negli ultimi anni in Italia si è osservato un notevole afflusso di migranti provenienti da Paesi in via di sviluppo in cui sono in corso conflitti bellici e instabilità sociale. L'Italia è spesso un paese di passaggio. Pertanto risultano ardui sia una reale descrizione di questo fenomeno migratorio che una efficace sorveglianza sanitaria. Dal 2007 l'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà (INMP) utilizza un approccio multidisciplinare (visite mediche, supporto psicologico, antropologico, presenza di mediatori culturali, sportello socio-sanitario) inteso alla presa in carico di popolazioni vulnerabili, tra cui i richiedenti asilo (RA).

Metodi

Analisi descrittiva di RA afferenti al poliambulatorio INMP dal 1 gennaio 2009 al 15 marzo 2011. Le diagnosi sono state effettuate secondo classificazione ICD-9.

Risultati

Sono stati visitati 4.480 RA, età compresa tra 18 e 34 anni (82.7%) e 96 minori (2.1%), 3549 (79.1%) uomini. È stata posta diagnosi in 2.300 casi. La maggior parte dei RA si è presentata a visita senza invio guidato, mentre il 19.7% (tot=453) risiedeva in un centro per rifugiati. Altre modalità di invio: centro Astalli del comune di Roma (2%), medici ASL (2.4%), associazioni private (2.7%), avvocati di parte (0.2%). Provergono da: Afghanistan (tot=1.053, 23.5%), Nigeria (tot=894, 19.9%), Eritrea (tot=431, 9.2%), Somalia (tot=246, 5.5%), Costa d'avorio (tot=194, 4.3%), Turchia (tot=177, 3.9%), Ghana (tot=162, 3.6%), Etiopia (tot=147, 3.3%) e <3% da Guinea, Iraq, Iran, Pakistan, Togo, Mali, Burkina faso, Gambia, Sudan, Bangladesh, Siria e Sierra Leone. Il livello di scolarità è basso: analfabetismo nel 22.6%, diploma di laurea 4.6%. Non coniugati 61.9%. Principali patologie riscontrate: dermatologiche (20.8%), gastroenteriche (19.9%), infettive (11.9%), respiratorie (6.8%), sintomi/segni mal definiti (11.9%), disturbi psichici (2.7%). Patologie dermatologiche più frequenti: alterazioni cicatriziali (46.5%), prurito (11.3%), acne (8%). Tra le malattie infettive acariasi (22.3%), epatite cronica HBV-relata (13.7%), dermatofitosi (8.6%), pitiriasi versicolor (5.7%), vulvovaginite (5.4%), epatite cronica HCV-relata (3.7%). L'infezione da HIV è stata diagnosticata nel 2.9% dei casi (tot=69), 1.7% condilomatosi e 1.7% sifilide primaria. Le più frequenti diagnosi dell'apparato gastrointestinale: carie dentali (23%), adentulia (10.5%), concrezioni dentarie (8.2%), gastroduodeniti (7.5%). Le donne sono maggiormente affette da anemia (3.8% vs 1.7%), infezione da HIV (12.3% vs 0.7%), condilomatosi (6.2% vs 0.7%), acne (12.7% vs 6.8%), alterazioni cicatriziali della cute (47.6% vs 35.1%). Negli uomini patologie più frequenti: prurito (13.4% vs 3.2%), dermatite da contatto (8.7% vs 3.2%), acariasi (26% vs 4.6%), HBV (11.9% vs 4.6%), dermatofitosi (10.6% vs 0%), gastroduodenite (8.1% vs 4.9%), gengivite (7.7% vs 1.9%), pitiriasi versicolor (6.7% vs 1.5%), HCV (4.6% vs 0.5%), stipsi (3.5% vs 1.9%), disturbi psichici (3% vs 1.6%).

Conclusioni

Dai dati rilevati emerge che i RA che raggiungono l'Italia sono giovani, con basso livello di istruzione, non coniugati e, sebbene soffrano di patologie correlate alla malnutrizione (anemia, pitiriasi, adentulia e cariosi), il loro stato di salute si aggrava durante il periodo di permanenza nel nostro paese mettendoli a rischio, in particolare le donne, a malattie infettive (HIV), patologie gastroenteriche e somatiformi.

Contatto: Annalisa Rosso (a.rosso@inmp.it)

Analisi retrospettiva dei ricoveri in regime di day hospital effettuati presso un servizio di Medicina delle Migrazioni (p)

PAGANO S, AFFRONTI A, AMARI V, BAJARDI A, TAGLIAVIA A, VALENTI M.

UO di Medicina delle Migrazioni dell'AO Universitaria – Policlinico "P. Giaccone", Palermo

Obiettivi

Lo scopo di questo lavoro è quello di analizzare il bisogno di salute della popolazione immigrata, valutando le prestazioni che sono state erogate in regime di Day Hospital presso l'U.O. di Medicina delle Migrazioni del Policlinico di Palermo, identificato come ambulatorio dedicato per l'assistenza degli immigrati irregolari/clandestini, secondo le Linee Guida della Regione Siciliana dell'Agosto 2003.

Metodi

Abbiamo esaminato retrospettivamente le schede di dimissione ospedaliera dei pazienti ricoverati tra l'1/1/2003 e il 31/12/2009. Le cause di ricovero sono state analizzate secondo la classificazione ICD9-CM. I dati socio-demografici sono stati raccolti mediante l'utilizzo di una cartella clinica del progetto OSI dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio.

Risultati

Il campione è costituito da 1.758 pazienti (1.034 M - 724 F). Il 58% dei nostri pazienti proviene dall'Africa, il 21,0% dall'Asia, il 19,0% dall'Est Europa e il 2% dal Sud-America. Per quanto riguarda la condizione giuridica, il 73,2% è irregolare e/o clandestino. La disaggregazione del campione per classi di età documenta una concentrazione tra i 20 ed i 50 anni. I coniugati sono pochi e prevalgono soprattutto tra le donne. I pazienti da noi assistiti giungono nel nostro paese per motivi economici. I richiedenti asilo costituiscono il 9,6% mentre quasi inesistenti sono i ricongiunti familiari. L'occupazione più frequente sia tra i maschi che tra le donne riguarda la collaborazione domestica. Il dato più rilevante è costituito dalla grande percentuale di disoccupati, soprattutto tra i maschi. Hanno un discreto livello di istruzione. Gli analfabeti sono solo il 4,3%. La maggior parte di essi giunge al servizio dopo almeno 2 anni dall'arrivo in Italia. L'analisi dei dati nosologici mostra che le malattie dell'apparato gastroenterico costituiscono il 17% del nostro campione e sono quelle più frequentemente riscontrate. In questo ambito un'attenzione particolare meritano le epatopatie croniche (in prevalenza di tipo B ed alcoliche). Seguono le malattie infettive e parassitarie con il 14,8 % e con l'identificazione di 92 casi di TBC, 42 casi di MTS e 25 casi di infezione da HIV. Le malattie dell'apparato genito-urinario costituiscono l'11%. Per quanto riguarda le patologie endocrino-metaboliche (10,9%), al 1° posto, con ben 90 casi, troviamo il diabete mellito seguito dalle malattie tiroidee e dalle malattie del metabolismo lipidico. Sono stati inoltre diagnosticati 12 casi di Sr. dismetabolica e riscontrati 8 casi di obesità. Le malattie cardiovascolari (9,9%) sono rappresentate soprattutto dall'ipertensione arteriosa (115/164), 9 i casi di cardiopatia ischemica e 5 i casi di scompenso cardiaco.

Conclusioni

Il profilo sanitario dell'immigrato in gran parte si sovrappone (per tipologia delle condizioni patologiche) a quello della popolazione autoctona di pari età, seppure condizionato dall'effetto di scadenti condizioni di vita. L'accesso garantito per legge ha fatto emergere alcune aree critiche per la salute con particolare riferimento a quelle infettive ed a quelle cronic-degenerative. Le prime sono espressione di una fragilità sociale mentre le seconde stanno ad indicare che ci troviamo probabilmente sul crinale di un viraggio epidemiologico verso malattie più comuni nella nostra società, sia per l'invecchiamento progressivo della popolazione straniera, sia per l'acquisizione di stili e abitudini di vita che portano con sé specifici fattori di rischio.

Contatto: Pagano Sergio (affronti@unipa.it)

Medicina di base per migranti non regolari all'interno del servizio sanitario pubblico: problematiche ed esperienza dell' Ospedale San Paolo di Milano (p)

AMOROSI A, COLOMBO L, RESTELLI E, LUSSANA F, PRINA E, FERRARI L, CROSIGNANI A, UMBRELLO M, KUNKL A, FORMENTI P, OLIVI L, ROSCI C, BIANCO E, PUGLIESE P, GALLUCCIO A, MARIANI C, MOZZANA C, BENCHENOUF N.

Ospedale San Paolo, Milano

Obiettivi

I dati al 2007 stimano in circa 958.000 gli extracomunitarie presenti sul territorio lombardo, di cui l'11.8%-16.5% sono irregolari. La legge italiana ne garantisce il diritto alla salute, prevedendo per tutti i casi urgenti l'accesso gratuito in Pronto Soccorso. Per le patologie essenziali e le cure continuative, ne è previsto l'accesso mediante un codice definito "STP". Il decreto legge è attuato in maniera diversa a seconda delle singole regioni: in Lombardia fino a qualche anno fa, esisteva un solo ambulatorio pubblico (a Brescia) per la medicina di base rivolto alle persone non regolari. Per tali motivi, presso l'Ospedale San Paolo di Milano, dal gennaio 2007 è stato attivato un ambulatorio di medicina di base per tale popolazione con accesso gratuito.

Metodi

Abbiamo condotto un'analisi retrospettiva di tutte le prime visite tra il mese di ottobre 2008 e agosto 2010.

Risultati

Dei 644 pazienti, 417 sono stati maschi e 224 femmine, di età media di 35.8 anni (maschi 34.9 e femmine 41.7 anni). Il tempo medio di presenza in Italia è risultato di 3.8 anni. Il 27% del totale svolgeva l'attività di badante, un altro 27% quello di operaio, il 14% una occupazione saltuaria o varia, l'8% di commerciante, il 2% era studente, mentre il 22% era disoccupato. Le principali patologie di accesso sono state le ortopediche, le gastroenteriche, le infezioni delle alte vie aeree/sindromi influenzali ed il diabete mellito.

Conclusioni

Si ritiene quindi necessario che ambulatori di medicina di base rivolti a migranti irregolari siano attivati anche negli altri principali ospedali di Milano e del territorio regionale, al fine di poter garantire nel miglior modo possibile l'assistenza sanitaria di base ad una popolazione presente e radicata da diversi anni nel nostro territorio, ma che spesso vive il paradosso di risultare invisibile sul piano sociosanitario.

Contatto: Livio Colombo (colombo.livio@yahoo.it)

Dispositivi di comprensione e cura della possessione (p)

Forni S, Volpatti M, Santone G.

Centro Salute Migranti Forzati, Roma

Obiettivi

Si ritiene necessario modificare l'attenzione culturale ai bisogni sanitari dei migranti attraverso un saper fare nuovo, come comune proposito dell'antropologia medica e dell'etnopsichiatria. Quest'ultima si propone di declinare, nel proprio contesto di cura, la manifestazione letta nelle prospettive di *illness, disease, sickness*, nel rispetto del localismo culturale di provenienza. Inoltre permette l'integrazione fra pratiche biomediche e tradizionali. Nella cura dei disturbi esperiti dai migranti, il dispositivo multiplo creato da Nathan in Francia è l'esempio di utilizzo complementare di discipline quali l'etnologia, la psichiatria e la psicologia. Diversa è la situazione nel nostro paese, dove l'approccio etnopsichiatrico manca ancora di un modello teorico proprio che sia in grado riorientare le istituzioni nei percorsi di tutela della salute degli immigrati. Il SaMiFo adotta un approccio multidisciplinare, multidimensionale e multiculturale. Cerca di rispondere alla complessità dei bisogni dei migranti forzati proponendo un modello sociosanitario integrato, nel rispetto della persona e della sua cultura. Presentiamo la descrizione dell'efficacia di questo dispositivo nella cura dei sintomi e delle manifestazioni corporee della possessione da Djinn. Considerare queste rappresentazioni non solo attraverso la concezione occidentale della psichiatria consente di astenersi dal medicalizzare la sofferenza permettendo il riconoscimento della dignità di un'espressione umana diversa. Attraverso questa disponibilità si evita di sclerotizzare una categoria culturale (tradizionale) e di non trattare la possessione come una psicosi. Il confronto sui modelli esplicativi non totalmente condivisi fra terapeuta e paziente non ha creato barriere alla fiducia del sistema di cura. La tecnica adottata, articolando linguaggi ed eziologie di pensiero, ha permesso al paziente di favorire nuovi quadri emozionali e nuove strategie di riflessione.

Metodi

Descrizione di un modello d'intervento clinico idoneo, in cui lo spazio della cura s'incontra con il paziente straniero. La disponibilità di ascolto e di confronto come metodo di trattamento ha favorito il racconto e la ricostruzione della storia personale, degli eventi traumatici vissuti, inclusa la difficoltà di adattarsi al nuovo contesto socio-culturale. Setting terapeutico caratterizzato dalla presenza stabile delle stesse persone: paziente, terapeuta, mediatore, antropologa.

Risultati

Il paziente, richiedente asilo, si era rivolto numerose volte a servizi ambulatoriali e di pronto soccorso dove aveva ricevuto diagnosi diverse e trattamenti senza benefici. Per tale ragioni veniva inviato a visita psichiatrica; al primo colloquio appariva infastidito e diffidente, manifestava episodi di iperestensione del tronco associati a urla e smorfie di dolore. Inizialmente era poco disponibile al colloquio. La presentazione del servizio, dei ruoli e delle funzioni dei presenti, il rispetto della privacy e l'esplicitazione dello spazio d'intervento libero ha favorito la narrazione del suo disagio. Nei sei colloqui successivi si è assistito ad un graduale e progressivo miglioramento della sintomatologia.

Conclusioni

Conoscere le diverse manifestazioni e modalità di espressione della sofferenza, riconoscere le difficoltà che "l'altro" sta vivendo e confrontarsi sui modelli esplicativi e eziologici, ha permesso l'instaurarsi della fiducia nel dispositivo di cura proposto. La produzione di documentazione sanitaria, validando la storia personale, ha permesso il riconoscimento di una forma di protezione internazionale. L'intervento integrato ha contribuito al miglioramento della sintomatologia.

Contatto: Silvia Forni (sil_13@hotmail.it)

Sviluppare le competenze per assistere l'utente immigrato: gli studenti del Corso di laurea in Infermieristica lavorano insieme ad un progetto Europeo (p)

MECUGNI D, GRADELLINI C.

Corso di Laurea in Infermieristica, sede di Reggio Emilia – Università degli studi di Modena e Reggio Emilia

Obiettivi

Il Corso di Laurea in Infermieristica di Reggio Emilia (Università di Modena e Reggio Emilia) ha realizzato nel 2010 un Percorso Intensivo di Infermieristica Interculturale, finanziato dal programma "Erasmus/Apprendimento Permanente" istituito dal parlamento e dal Consiglio Europeo. I programmi Intensivi sono programmi di studio di breve durata volti a riunire studenti e docenti di Istituti di istruzione superiore con l'obiettivo di promuovere l'insegnamento di specifiche tematiche e di consentire agli studenti di beneficiare di condizioni di apprendimento privilegiate.

Metodi

Al programma hanno partecipato, insieme al CdL in Infermieristica di Reggio E., coordinatore del progetto, l'ArtesisSchool di Anversa, l'Hogenschool Zeeland di Vlissingen (Olanda) e le Università di Turku e Seinajoki (Finlandia). Il progetto dal titolo "Creare competenze di cura per gli immigrati" (*Creating Care Competence for Immigrants*) ha avuto l'obiettivo principale di far lavorare insieme studenti infermieri di diversi paesi sul tema delle differenze culturali, con l'obiettivo di sviluppare competenze infermieristiche per l'assistenza interculturale ma anche per definire un approccio comune ai problemi di cura "multiculturale" in Europa.

Risultati

Il progetto, della durata di due settimane, si è svolto presso la sede olandese di Vlissingen e ha visto la partecipazione di venticinque studenti e dieci docenti delle Università partner. Durante il soggiorno, studenti e docenti hanno lavorato in attività d'aula, in particolare su concetti che stanno alla base delle differenze culturali: il pregiudizio, il concetto di identità, l'influenza dei mass-media ma anche su dati socio-epidemiologici relativi al fenomeno migratorio dei diversi paesi. Le attività svolte in aula sono state integrate da lavori di gruppo svolti sul campo (raccolta di dati anche attraverso interviste a cittadini immigrati), laboratori informatici e visite didattiche presso strutture sanitarie e sociali del territorio. I risultati del progetto hanno consentito la realizzazione, da parte di tutti gli studenti, di alcuni poster "di buona pratica" i cui contenuti si sono focalizzati, prevalentemente, sull'identificazione delle competenze e degli interventi infermieristici necessari per risolvere i problemi di cura degli utenti immigrati, in linea con l'*Evidence Based Practice*. I poster sono stati redatti nella lingua nazionale di ciascuna Università partecipante e portati all'attenzione della comunità scientifica e delle organizzazioni che operano nei contesti sanitari e sociali.

Conclusioni

L'elemento principale emerso è relativo al confronto sulle diversità e differenze culturali, il riuscire a lavorare insieme nonostante tali diversità ma avvalendosi di tali caratteristiche come arricchimento del proprio bagaglio umano e professionale. L'esperienza realizzata fa parte di un progetto triennale ma ha permesso di definire una priorità di competenze, sulle quali si continuerà a lavorare e che prevedono competenze, abilità e attitudini, prime fra tutte l'attenzione e il rispetto verso "l'altro".

Contatto: Daniela Mecugni (daniela.mecugni@unimore.it)

Accoglienza e ascolto alle neomamme nel reparto di ostetricia di un'azienda ospedaliera di Milano (c)

RONCHIN S^a, FUMAROLA C^b, SACCHETTI G.^a

^aCooperativa Crinali di Milano, ^bAzienda Ospedaliera San Paolo di Milano

Obiettivi

Gli obiettivi che si propone il progetto sono: promuovere una maggior consapevolezza sul significato della maternità, sostenere e accompagnare le neo mamme, soprattutto le donne straniere fragilizzate dal trauma migratorio e che si trovano in una situazione di solitudine, prive del supporto della famiglia e del gruppo di origine, aumentare in loro l'autostima come madri competenti e capaci, favorire l'instaurarsi di un buon attaccamento mamma/bambino, offrire momenti di ascolto e accompagnamento psicologico per quelle donne che presentino una maggior fragilità e cercare in questo modo di prevenire le forme più gravi di depressione post partum, cogliendo precocemente segnali di malessere e di rischio. Un altro scopo è quello di orientare le donne all'utilizzo dei servizi del territorio nei quali potranno trovare sostegno per sé e per il bambino una volta tornate a casa. Vengono offerti alle donne che hanno da poco partorito colloqui di accoglienza, nel corso dei quali accertare lo stato psicologico e la situazione familiare della donna, cercando di cogliere eventuali segnali di disagio sul piano psicologico e sociale.

Metodi

- Presenza di una psicologa nel reparto di ostetricia dell'Ospedale San Paolo. Il progetto è rivolto a tutte le donne, italiane e straniere; per queste ultime – anche per facilitare la comunicazione con il personale del reparto – sono presenti tre mediatrici linguistico-culturali di lingua romena, araba e spagnola, che si alternano nei tre giorni a settimana in cui è presente la psicologa. A quelle donne che, durante il primo contatto più conoscitivo e informativo, sono apparse in una condizione di maggior fragilità e meno supportate dalla rete familiare abbiamo offerto la possibilità di colloqui individuali.
- Questionari di gradimento distribuiti a pazienti e a operatori sanitari.
- Supervisione sui casi
- Giornate di formazione per gli operatori coinvolti nel progetto.
- Equipe con ginecologi, pediatri, ostetriche, puericultrici sui casi presenti in reparto.
- Distribuzione di materiale tradotto nelle varie lingue per le mamme straniere.
- Invii a servizi del territorio.

Risultati

Durante la durata dell'intero progetto (marzo 2009 – febbraio 2011) abbiamo incontrato 882 donne di cui 418 straniere. Di queste sono state prese in carico con colloqui psicologici 91 pazienti per un totale di 177 colloqui individuali. Per quanto riguarda il gradimento del progetto l'88% delle donne si è dichiarata molto soddisfatta e gli aspetti del colloquio che hanno ritenuto più utili sono stati il conforto e sostegno (73%) e l'informazione sui servizi dell'Ospedale e del territorio (49%). In questo senso si è potuto notare come le donne straniere conoscessero meglio delle italiane i consultori familiari e pediatrici.

Conclusioni

Il progetto ha permesso una maggior vicinanza e integrazione tra donne italiane e straniere ricoverate in un reparto ospedaliero per la gravidanza ed il parto, agevolando la comunicazione e il sostegno reciproco in un momento delicato e di grande cambiamento nella vita di ogni donna. Inoltre il lavoro svolto nei confronti degli operatori ha rilevato un bisogno da parte degli stessi di momenti di confronto e di supporto soprattutto nelle difficoltà di comunicazione linguistica e culturale nei confronti delle donne straniere.

Contatto: Sara Ronchin (sara.ronchin@hotmail.it)

La doppia salute – posizionarsi su una scala di “benessere” qui e lì, quali i fattori in gioco? (c)

GUALDIERI L.^{a,e}, MUSELLA M.^b, NAPPI C.^c, RUSSO M L.^{d,e}

^aCTSI Presidio Ospedaliero Cardinal Ascalesi Napoli; ^bUniversità degli Studi di Napoli Federico II – Dipartimento di Analisi delle Dinamiche Territoriali e Ambientali; ^cUniversità degli Studi di Napoli Federico II – Dipartimento di Medicina Nucleare; ^dUniversità di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive; ^eSIMM

Obiettivi

L'obiettivo principale del lavoro è di indagare – attraverso strumenti diversi – quali variabili influenzano l'autopercezione della salute dei migranti, intesa come “un completo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente un'assenza di malattie o infermità” (OMS). Si intende, quindi, dar rilievo alla pluralità di fattori che possono influire, in maniera sincrona, sulla percezione di benessere. Infine, si intende valutare come il giudizio sul successo o meno del proprio progetto migratorio possa influenzare la considerazione del proprio ben-essere.

Metodi

L'indagine è stata condotta da luglio 2009 a febbraio 2011, nell'ambito delle attività sanitarie del CTSI a Napoli. Più nello specifico, è stata sondata l'auto percezione della salute/benessere di una casistica di circa 800 soggetti migranti. Per misurare il ben-essere percepito si è fatto ricorso ad una *Visual Analogue Scale*. A ciascun individuo è stato mostrato un foglio con un segmento verticale con due segni di gradazione: un valore massimo (+100), rappresentativo di una “perfetto” ben-essere percepito, e, all'opposto, un valore minimo (0), da associare ad un “pessimo” stato percepito. Successivamente, è stato loro chiesto di indicare un punto che fosse rappresentativo della propria condizione di ben-essere su una doppia VAS, una relativa alla percezione del proprio stato attuale in Italia ed un'altra relativa al ricordo del proprio stato nel paese di origine. Rispetto a ciascun soggetto veniva anche registrato il sesso, l'età, la nazionalità, gli anni di istruzione, il tempo di permanenza in Italia, il numero di familiari presenti in Italia/e nel proprio paese, il tipo di occupazione in Italia/e nel proprio paese, il livello di reddito in Italia/e nel proprio paese, la presenza di patologie in Italia/e nel proprio paese (confermate anche dall'analisi medica). È stato anche previsto un secondo momento di rilevazione con i medesimi soggetti, per osservare eventuali differenze di posizionamento. Si sono, inoltre, raccolte alcune storie di vita che tendevano ad approfondire il vissuto individuale rispetto alle condizioni di *well-being*.

Risultati

In estrema sintesi, i dati riportati in questa casistica, mostrano come sia più alto il punteggio della VAS relativa alla situazione qui in Italia, anche se non in maniera omogenea all'interno della casistica. Inoltre, i risultati preliminari di una semplice analisi monovariata mostrano come quasi nessuna delle singole variabili prese in considerazione influenzi fortemente l'autopercezione del ben-essere; l'unica correlazione forte (0.9/0.1) è legata alla presenza o all'assenza di familiari. D'altro canto, si conferma un ruolo importante quello del guadagno che riesce a far spostare la percezione di ben-essere, sintetizzando e confermando la riuscita del progetto migratorio.

Conclusioni

Malgrado la fase di elaborazione ed analisi dei dati sia ancora in corso, sembra confermarsi l'importanza di una lettura multipla e multi-causale della salute percepita, e di come gli elementi relativi alla sfera affettiva/relazionale possano fare la differenza nella percezione del proprio ben-essere. Di particolare interesse, rispetto ai soggetti migranti, è l'inserimento nella lente di osservazione del doppio punto di vista – qui in Italia e nel paese di origine – che contraddistingue le loro storie in maniera determinante.

Contatto: Maria Laura Russo (mlaurarusso@katamail.com)

L'Altro e Io (p)

INFANTE A, ZAGHINI F, ALBANESE C, BARTOLOMEI M, CAPPITELLA C, CRISTINI M, FERRI S, GRECO M, TESTA V, TRANSULTI F, FERRUCCI L, GALIZIO M, VISCONTI G.

Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata di Roma

Obiettivi

Il Progetto "L'Altro e Io" nasce dalla voglia di integrare il percorso di cura delle persone straniere con la formazione degli ausiliari che se ne occupano, arrivando all'interno del nucleo emotivo di ogni operatore per condividere i molteplici aspetti emozionali legati alle problematiche dell'immigrazione. Esiste, poi, la volontà di inserire, attraverso il Corso di Riqualficazione per gli Ausiliari in OSS, un percorso formativo teso a migliorare la comunicazione con il paziente straniero e la sua famiglia, su tematiche che riguardano l'Altro. L'obiettivo auspicabile è una comprensione della differenza.

Metodi

Partendo dalle teoriche sulla Comunicazione Interculturale, il Modello Di Sensibilità Interculturale, di Milton J. Bennet, si è costruito un laboratorio composto di una parte conoscitiva e di una parte esperienziale. Nell'evento formativo è stata consegnata agli ausiliari una scheda prestampata, dove gli operatori dovevano riconsegnare una restituzione libera della loro interpretazione di interculturalità. Hanno scelto immagini, selezionate e ritagliate in precedenza, e hanno introdotto un breve testo scritto relativo all'immagine scelta. Il prodotto finale doveva essere arricchito di un titolo significativo. In seguito è stato chiesto a terzi di elaborare dei testi di risonanza personale.

Risultati

Alla fine del percorso formativo si è evidenziato, da parte degli ausiliari, un'armonia di pensieri e immagini. La composizione risulta essere, quindi, una co-costruzione di scritti realizzati, a distanza, da più mani, in un processo di sonorità di vissuti e emozioni, dove le immagini sono la fonte di ispirazione per scrivere i brevi componimenti. Nell'ultimissima fase, si è rielaborato il testo, in chiave poetica, con l'ausilio del petit-onze. Il testo prodotto si compone di tre diverse parti, la prima rappresenta la parte portante, realizzata dagli ausiliari che hanno frequentato il corso visionando e scegliendo immagini e accostandole ai propri scritti. Nella seconda parte ci sono i testi realizzati da terza persona rappresentanti riflessioni, emozioni e pensieri suscitati dalla visione delle immagini e dalla lettura dei testi. La terza ed ultima parte è composta da un particolare componimento letterario denominato petit-onze. Il petit-onze è una composizione poetica caratteristica che segue una rigida regola, quella di utilizzare solo undici parole disposte in un ordine particolare: una parola nella prima riga, due nella seconda, tre nella terza, quattro nella quarta e una nella quinta e ultima riga. Si sta valutando la possibilità che i risultati siano oggetto di pubblicazione.

Conclusioni

L'esperienza formativa teorica e esperienziale è stato un originale momento di incontro, condividendo il bisogno che ognuno di noi ha di essere autenticamente unico nel suo essere l'Altro. Inoltre, da una lettura attenta dei testi e delle immagini, che compongono l'elaborato, è affiorata una definizione personale e consapevole di differenza. In conclusione, si auspica l'introduzione di un percorso di formazione specifico sulla comunicazione interculturale, proposto a tutti gli operatori che sono o saranno a contatto con tutti i "cittadini del mondo".

Contatto: Angela Infante (angela.infante@ptvonline.it)

Il PTSD in un servizio di medicina di base per migranti (p)

ARAGONA M, PUCCI D, COLOSIMO F, MAZZETTI M, GERACI S.

Area Sanitaria Caritas, Roma

Obiettivi

Valutare la rilevanza di Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) ed eventi traumatici in un campione di 101 pazienti afferenti ad servizio di medicina di base dedicato ai migranti.

Metodi

Rilevazione di PTSD, ansia, depressione, somatizzazioni ed eventi traumatici attraverso questionari validati per la ricerca transculturale.

Risultati

Il campione era costituito da migranti provenienti da varie aree geografiche, per il 58% maschi. Lo status era misto: 47% neocomunitari, 38% persone senza permesso di soggiorno, 6% con permesso per lavoro, 5% rifugiati. Nell'intero campione il PTSD era presente nel 15,8% dei casi. Emergeva una correlazione significativa tra PTSD e ansia, depressione e somatizzazioni. Inoltre, il numero di sintomi posttraumatici aumentava in relazione al numero di eventi traumatici vissuti. Un dato molto importante è che nel nostro campione non vi sono differenze nella frequenza di traumi e PTSD nei rifugiati rispetto ai soggetti emigrati per motivi politici che però non hanno un permesso di soggiorno.

Conclusioni

Lo studio indica la rilevanza di PTSD e quadri psicopatologici correlati in immigrati di Primary Care. Ciò suggerisce l'importanza di usare metodiche per fare emergere i bisogni di cura in questa tipologia di pazienti, ed anche che tali bisogni non sono esclusivi dei rifugiati ma anche di quelle persone che al momento, non avendo un permesso di soggiorno, rischiano di essere esposte a una maggiore vulnerabilità.

Contatto: *Massimiliano Aragona (massimiliano.aragona@uniroma1.it)*

Dall'advocacy all'empowerment: quali strumenti, quali percorsi, quali strategie (p)

D'ANGIÒ A.

Laboratorio di Gruppo analisi transculturale dell'Università degli Studi di Palermo – Corso di Laurea magistrale in Psicologia Clinica

Obiettivi

Costruzione di un approccio psicosociale che si propone di: – trattare la complessità delle migrazioni considerando i problemi sociali e umani dell'esperienza migratoria nella continua dinamica tra la sfera individuale e quella collettiva, prestando particolare attenzione al legame tra i fattori culturali e sociali e il funzionamento della "psiche" – approfondire le dinamiche psicologiche e psico-relazionali dell'individuo ma anche il contesto sociale e culturale del paese d'origine, dei paesi di transito e d'arrivo, dei mondi e degli ambienti in cui l'individuo vive e si relaziona (famiglia, comunità, cultura...) – potenziare la capacità degli operatori di leggere e comprendere i vari contesti e di relazionarsi ai migranti in modo attivo, considerandoli come portatori di risorse e non solo di bisogni e di disagio.

Metodi

Linee guida per interventi psicosociali in ambito migratorio: – Cosa è rilevante per le comunità interessate dall'intervento? L'identificazione dei problemi e delle sfide che le persone affrontano deve accompagnarsi al riconoscimento delle risorse endogene; – Chi compie l'analisi dei bisogni? La valutazione dell'intervento viene condotta da operatori con esperienza interdisciplinare nel campo della salute mentale e del benessere psicosociale (psichiatri, psicologi, operatori sociosanitari, mediatori culturali). Le priorità dovrebbero basarsi sui bisogni definiti in collaborazione con le popolazioni migranti interessate, con autorità locali ed altre agenzie operanti sul campo; – Come viene proposto l'intervento? Per evitare di imporre interventi dall'alto e per incoraggiare il potenziamento delle capacità presenti localmente dal basso, sono incoraggiati processi di negoziazione sia sul piano della comunicazione che come strumento di partecipazione. Questo consente alle comunità di influenzare la progettazione e l'implementazione del progetto; – Quali sono gli strumenti strategici? Questo implica un approccio a due vie. Da un lato il coinvolgimento delle comunità nei processi decisionali, la costruzione di relazioni d'aiuto che consentono di percepire, comprendere e modificare gli eventi del mondo interno ed esterno. Dall'altro l'offerta di programmi di formazione ed orientamento per gli operatori e i professionisti che operano sul campo.

Risultati

L'approccio psicosociale consente di migliorare la qualità degli interventi in quanto racchiude una proposta di intervento preventivo e riabilitativo tra i segmenti più vulnerabili della popolazione migrante. Il risultato atteso è quello di una collaborazione trasformativa e la costruzione di un orizzonte comune, nel senso che le priorità e le aree di intervento sono costantemente rinegoziate durante tutto il processo d'intervento. Questo porta all'integrazione del progetto nelle strutture nazionali che ne assicurano la sostenibilità nel tempo ma contemporaneamente resta finalizzato a favorire il potenziamento degli individui e delle comunità secondo una strategia di *empowerment*.

Conclusioni

La *mission* strategica è quella di elaborare un approccio psicosociale multidisciplinare di tipo etno-sistemico-narrativo (orientato agli individui, alla famiglia, alla comunità, es. scuola). Tale approccio – peraltro già ampiamente collaudato in sede OIM – impiega una metodologia attiva, adattata di volta in volta ai contesti culturali di vita e di appartenenza dei migranti. Il processo di autoconoscenza che ne deriva rimane "fissato" all'interno di una dimensione emotiva e psicoaffettiva ed è questo l'indicatore più significativo di un autentico passaggio dalla dimensione dell'*advocacy* a quella di un processo di *empowerment*.

Contatto: Antonio d'Angiò (antonio.dangio@libero.it; dangio@unipa.it)

Condividere e valutare il proprio agire; un'esperienza degli operatori dell'ambulatorio per stranieri (p)

BEVOLO P, HOLYK M, KAROUI R, NNAEMEKA N, WONG O, SHABANI S, SHUYAN S, SIMONCYUK L, GEMMI M C, SPARANO M, CROTTI C, SANFILIPPO D, MARKOVA D, SABATTINI M, MAZZIERI F, CREMONESE S.

Azienda USL di Reggio Emilia

Obiettivi

L'esperienza di Reggio Emilia nell'assistenza socio sanitaria agli stranieri non iscritti al SSN nasce nel 1998. Al progetto cooperano professionisti dei due enti promotori e gestori; Caritas ed Azienda sanitaria. Il gruppo di lavoro, fin dalle origini, si è costituito sulle motivazioni e sul confronto fra persone/operatori (con professionisti di diversa provenienza dai servizi, la mediazione culturale e collaborazione coi volontari) e, nel raggiungere gli obiettivi con efficacia.

Metodi

La necessità di confrontarsi sui percorsi clinici scaturisce dal fatto che le "storie" dei migranti portano una complessità ed una varietà di esperienze umane, di salute ed esistenziali che non sono mai riconducibili ad una patologia o ad un quadro clinico circoscritto, ma richiedono una duttilità di lettura ed una visione integrata di vari aspetti (il viaggio, l'arrivo e le modalità iniziali di insediamento nel paese, le prospettive e le attese della migrazione, il contesto sociale ed emotivo di partenza, le condizioni sanitarie e psicologiche del migrante). Agli operatori non è sufficiente una conoscenza tecnica specifica e/o una conoscenza generale delle componenti culturali. È necessario immergersi in ogni singola storia con sguardo critico e attento. Bisogna imparare a leggere le richieste delle persone in modo complesso, non letterale, comprendere a fondo le domande esplicite ed implicite. Abbiamo deciso di iniziare a parlare di "storie" tentando di far crescere uno sguardo collettivo, una modalità condivisa di comunicazione e di lettura nelle situazioni.

Risultati

Incontri mensili di due ore ciascuno:

- presentazione di una storia clinica (da parte di uno dei componenti del gruppo);
- discussione approfondita nel gruppo degli operatori (composto dalle varie professionalità, con la presenza delle mediatrici linguistico-culturali, con la psicologa che funge da facilitatore);
- stesura di un verbale;
- recupero ed aggiornamento delle "storie" negli incontri successivi.

Conclusioni

I singoli operatori sono stimolati a cercare e provare diversi approcci alle cure sulla singola persona. Il gruppo di lavoro, inteso come entità di promozione e formazione di una nuova e diversa cultura del fare attività socio sanitaria, è cresciuto e ha iniziato a riflettere, in modo più ampio e meno contingente, di fronte alle richieste di salute dei migranti in stato di fragilità per trovare strategie più efficaci. Ciò ha contribuito a migliorare anche la comunicazione con le persone, a dare maggior concretezza al significato del nostro agire ed ai suoi confini, ad arginare, in parte, la frustrazione di fronte alle situazioni più complesse, che inevitabilmente suscitano nell'operatore, a volte, un vissuto di impotenza e inefficacia. I materiali, prodotti negli incontri, rappresentano una tangibile traccia del percorso di lavoro, che può essere utilizzata anche per situazioni future e che ci orienta nell'evoluzione delle condotte cliniche.

Contatto: Gemmi Maria Cristina (gemmim@ausl.re.it)

Caratteristiche comportamentali di una popolazione di giovani immigrati, ospiti presso il Centro S.P.R.A.R. di Cagliari (p)

CAVALLINI R, DEIANA S, MAMELI I, ANTONACCI G, SERRA D.

Progetto territoriale di accoglienza e integrazione per richiedenti asilo e rifugiati (S.P.R.A.R.), Provincia di Cagliari

Obiettivi

La presente indagine si prefigge di analizzare le caratteristiche comportamentali di una popolazione di giovani, di entrambi i sessi, provenienti da esperienze di fuga dai loro paesi di origine, ospiti presso il Centro S.P.R.A.R. di Cagliari.

Metodi

L'osservazione retrospettiva va dal 2007 (anno di inaugurazione del Centro) a dicembre 2010. *Popolazione*: Uomini 79; Donne 17; Bambini 5; Totale 8. *Provenienza*: Somalia, Afganistan, Eritrea, Nigeria, Pakistan, Togo, Guinea, Iran, Iraq, Turchia, Costa d'Avorio, Bangladesh, Camerun, Liberia, Sierra Leone, Gana, Venezuela, Algeria. *Adulti*: Dai colloqui successivi all'inserimento nel Centro, spesso si evidenziava negli ospiti la scarsa capacità di analizzare, valutare ed elaborare correttamente le proprie condizioni di benessere o di malessere, di integrazione o di isolamento e di disagio all'interno di un contesto sociale totalmente nuovo e inizialmente vissuto come ostile. Le problematiche prevalentemente riscontrate nascevano dalla difficoltà di adattarsi alla nuova realtà di vita e nell'affrontare la quotidianità in solitudine, lontani dal nucleo familiare di origine, a cui rimanevano comunque ancorati per cultura e tradizione. Inoltre la mancanza di un lavoro, la mancanza di una sicurezza del domani, l'emarginazione sociale e culturale e a volte la consapevolezza del fallimento migratorio erano elementi che esaltavano il loro disagio psicofisico. *Sintomi*: I sintomi più frequentemente manifestati (isolati o associati) erano: cefalea, insonnia, ansia, sindromi depressive (spesso associate alla consapevolezza del non ritorno), disturbi borderline di personalità, disturbi da dipendenza (alcool e/o droghe), disturbi gastro-intestinali (frequentemente R.G.E.), insofferenza ed aggressività nei riguardi degli altri ospiti e, anche se più raramente, manifestazioni di autolesionismo. *Interventi*: Gli interventi di sostegno offerti, a seconda dei bisogni individuati o delle richieste di aiuto, erano così distribuiti: - accoglienza ed ascolto - supporto psicoterapeutico intervento psichiatrico presso il Centro di Salute Mentale dell'ASL, per un supporto più specialistico.

Risultati

Minori: Nel 2007/2008 erano giunti nel nostro Centro insieme alle loro madri, dopo un lungo e drammatico percorso di fuga, 5 bambini provenienti 1 dalla Somalia, 3 dall'Eritrea, 1 dalla Guinea Cronaci. Il loro soggiorno protrattosi per quasi 2 anni ha permesso un'osservazione attenta e prolungata. Per alcuni mesi è stato difficile agganciare questi bambini, entrare nello stretto rapporto madre/bambino ed interagire con loro. *Sintomi*: 4 bambini presentavano atteggiamenti inquadribili in un disturbo post-traumatico da stress, caratterizzato da paure e crisi di pianto improvvise, insonnia notturna, momenti di aggressività e irritabilità. 1 bambino presentava un quadro tipo mutismo selettivo, caratterizzato da un lungo periodo di silenzio e apatia. *Interventi*: - supporto psicopedagogico - inserimento in un asilo multietnico - socializzazione con gli altri coetanei presenti nell'asilo.

Conclusioni

Una volta instaurato un rapporto di fiducia tra questi bambini, i loro compagni e gli educatori, fu facile la loro presa in carico, analizzare i loro comportamenti, dare voce alle loro emozioni e aiutarli, attraverso il confronto e il gioco con i coetanei, ad accettare determinate piccole regole comportamentali e tentare di risolvere gli iniziali segni del loro disagio.

Contatto: Roberto Cavallini (cavallini_roberto@virgilio.it)

Difficoltà di vita in Italia e Psicopatologia (p)

ARAGONA M, PUCCI D, COLOSIMO F, MAZZETTI M, MAISANO B, GERACI S.

Area Sanitaria Caritas di Roma

Obiettivi

Valutare l'influenza delle difficoltà di vita nel paese ospite e di altre variabili sociodemografiche sul profilo di salute mentale di un gruppo di circa 400 pazienti afferenti ad un servizio di medicina di base dedicato ai migranti.

Metodi

Rilevazione della presenza di un disturbo post-traumatico da stress (PTSD), ansia, depressione, somatizzazioni, eventi traumatici pre-migratori e difficoltà di vita post-migratorie (PMLD) attraverso questionari validati per la ricerca transculturale. Tramite le appropriate analisi statistiche viene valutato l'effetto delle PMLD e delle altre variabili sociodemografiche sui quadri psicopatologici considerati, eliminando l'effetto di possibile "confondimento" di altre variabili.

Risultati

Il campione è costituito da migranti provenienti da varie aree geografiche, con uno status "amministrativo" misto: neocomunitari, persone senza alcun permesso di soggiorno, persone con regolare permesso per vari motivi (per lavoro, per studio, ricongiungimento, rifugiati, etc.). Viene presentata una misurazione della prevalenza di PTSD, ansia, depressione e somatizzazioni nel campione ed emerge l'alto livello di correlazione tra questi quadri psicopatologici. Si mostra come all'aumentare del numero di PMLD aumenti anche il rischio di avere un disturbo psicopatologico.

Conclusioni

Lo studio viene discusso sullo sfondo della più recente Letteratura internazionale, di cui amplia i dati esplorando nuovi aspetti sinora poco studiati in *primary care*. Considerando che la presenza di sofferenza psicopatologica è un predittore primario di prevedibili difficoltà nel processo di inclusione sociale dei migranti, i nostri dati suggeriscono che un abbassamento della qualità dell'accoglienza dei migranti, inducendo un aumento delle PMLD, è tramite queste responsabile di un aumento dei livelli di sofferenza psicopatologica e quindi di un peggioramento delle dinamiche di integrazione sociale. Un miglioramento delle politiche di accoglienza dei migranti appare allora sia come una valida prevenzione primaria di sofferenza psicopatologica, sia come un investimento per aumentare le possibilità di integrazione sociale dei migranti.

Contatto: *Massimiliano Aragona (massimiliano.aragona@uniroma1.it)*

Dono del sangue e immigrazione tra pratiche di riconoscimento e cittadinanza (simbolica?) (p)

FANTAUZZI A.

Università di Torino – CERMES – CNRS PARIGI

Obiettivi

Il dono del sangue è una pratica tanto medico-sanitaria quanto culturale. Lo dimostra il fatto che, da qualche anno, alcune comunità di immigrati presenti sul territorio italiano hanno organizzato con l'AVIS delle raccolte di sangue, svolte tuttavia con delle connotazioni e caratteristiche "tipicamente emiche" (rituali festivi, buffet etnico, musica, divisione degli spazi in base al genere...). Obiettivo di questo contributo è voler dimostrare, a partire da ricerche etnografiche svolte sul terreno, come la pratica della donazione del sangue abbia guidato gli immigrati al concetto di prevenzione ed educazione alla salute, a forme di partecipazione attiva anche in ambito di tutela alla salute e di volontariato e abbia permesso al migrante stesso di attuare forme di cittadinanza attiva. A tutti gli effetti il donatore di sangue, di qualunque nazionalità sia, è in regola con il permesso di soggiorno, conosce (dovrebbe) la lingua italiana e ha una residenza in Italia da almeno due anni. Questo permette di vedere e percepire il migrante, sempre connotato negativamente, come una risorsa in termini sia quantitativi (di risorse ematiche e gruppi sanguigni rari) sia qualitativi (decostruzione delle barriere razziali, partecipazione e cittadinanza attiva). Interessante è vedere in che cosa, pur nella stessa pratica di donazione, la comunità migrante differisca da quella autoctona e quanto la cultura influenzi questa pratica non solo tecnico-sanitaria.

Metodi

Ricerca etnografica, interviste e focus group, i cui risultati vengono qui rielaborati e interpretati attraverso un approccio socio-antropologico.

Risultati

Le comunità di migranti che hanno donato sangue in Italia, organizzando tramite associazioni delle raccolte di sangue, dicono di sentirsi "più cittadini" degli altri connazionali non donatori, di pagare, in tal modo, "con la vita", il debito di ospitalità ricevuto dall'Italia e di tentare, con il dono, di decostruire barriere xenofobe e islamofobe.

Conclusioni

La donazione del sangue rappresenterebbe una pratica civile di "inclusione in o esclusione da", in quanto si dà la possibilità ai donatori di pensarsi come cittadini, e ai cittadini di manifestare i propri valori con atti concreti di solidarietà, di tradurre il proprio status astratto attraverso il coinvolgimento del corpo e, anzi, della parte più intima ed essenziale di sé. L'adesione a questo tipo di cittadinanza porta con sé l'immagine dell'immigrato buono e sano, risorsa per la società civile e partecipe attivamente del gruppo del "noi", il quale viene così positivamente rappresentato di fronte all'alterità. Al contrario, l'aspirazione all'equivalenza donatore=cittadino può essere ridimensionata o persino negata con la non ammissione alla pratica della donazione: ciò comporta la creazione di un'idea dell'immigrato come del non-cittadino o del cattivo-cittadino che, foriero di malattia, può nuocere alla società civile e che, nel contempo, è ritenuto escluso dal gruppo del "noi", perché non più rispondente alle sue caratteristiche (un clandestino colui che non possiede un documento italiano- viene rifiutato a priori dalla donazione del sangue).

Contatto: Annamaria Fantauzzi (annfantauzzi@tiscali.it)

A piccoli passi dentro la metodologia etnopsichiatrica: un'esperienza di presa in carico di pazienti stranieri in un ambulatorio di medicina delle migrazioni (p)

MONTI M C, FERRARO A M.

Policlinico universitario di Palermo

Obiettivi

L'obiettivo è quello di creare uno spazio clinico (spazio fisico e disposizione mentale) per accogliere il disagio psichico del paziente straniero tenendo conto che il suo dramma esistenziale assume uno statuto specifico nel proprio mondo culturale, mondo che bisogna evocare nell'ambito della seduta etnopsichiatrica. Far questo vuol dire accogliere entità sovranaturali, invisibili, antenati, jinn, spiriti woodoo e, insieme ad essi, evocare sacerdoti, guaritori, sciamani, voyant...

Metodi

La metodologia di lavoro trae spunto dall'etnopsichiatria di stampo francese (con riferimento a Devereux e Nathan) e dalle sue più recenti declinazioni proposte dal panorama italiano, a partire da De Martino, fino al pensiero più recente di Salvatore Inglese, Giuseppe Cardamone, Piero Coppo. Nel campo della salute mentale o, forse, della salute *tout court*, siamo abituati a vedere fenomeni inusuali e modalità dell'ammalarsi che non trovano dirette sovrapposizioni con le modalità conosciute e nominate dal pensiero scientifico occidentale, ma che hanno una coerenza con il mondo culturale di provenienza del paziente. La metodologia etnopsichiatrica, così, poggia il suo saper fare clinico sul presupposto che il terapeuta è un attore che evoca altri mondi, mobilita, all'interno del dispositivo di presa in carico, i codici culturali che hanno plasmato e fabbricato la forma del dramma esistenziale; egli utilizza questi codici quali leve terapeutiche per la risoluzioni delle questioni poste dal paziente straniero.

Risultati

Nel corso di due anni di lavoro clinico con pazienti stranieri presso l'ambulatorio di medicina delle migrazioni del Policlinico universitario di Palermo, l'utilizzo del dispositivo etnopsichiatrico ha permesso di ricollocare il malessere del paziente all'interno di una logica di senso più congrua al mondo di provenienza. Ciò che era diagnosticato come una depressione o un delirio ora poteva rinominato come un attacco woodoo o un influenzamento ju-ju o ancora come l'azione di jinn. Far ciò è stata una vera operazione terapeutica perché ha permesso di recuperare la logica e la temporalità tra l'esordio del malessere, la sua forma, l'esito e la terapia.

Conclusioni

La tesi che muove questo lavoro poggia sull'idea che occuparsi del male di esistere del paziente straniero vuol dire muovere azioni del fare clinico che interrogano altri mondi, altri attori terapeutici, altri contesti di cura. Le teorie nosologiche tradizionali, le categorie diagnostiche che si rifanno a sistemi epistemologici diversi a quelli occidentali sono veri approcci etnoscientifici elaborati da altre civiltà umane. Ogni cultura attiva un sistema patoplastico, cioè di messa in forma di un disagio, e contemporaneamente incarna strumenti e attori per la risoluzioni dello stesso.

Contatto: Maria Chiara Monti (mkmonti@hotmail.com)

Gravidanze in migrazione: nuovi approcci di cura nell'area materno infantile (p)

VIZILIO S, CORBO I, CAROPPO E.

Universita Cattolica Del Sacro Cuore – Policlinico Universitario Agostino Gemelli – Roma

Obiettivi

Gravidanza e parto sono fisiologicamente uguali in tutti i luoghi del mondo, ciò che li differenzia e caratterizza sono le logiche culturali, sociali e simboliche implicite correlate alla società di riferimento. Con l'emigrazione la gravidanza perde la caratteristica di sacralità e la donna si trova, spesso da sola a fare i conti con due culture: quella di origine e quella di accoglienza. Questo può generare in loro insicurezza: che cosa mantenere vivo del proprio mondo e che cosa far proprio del mondo in cui vivono? Quanto spazio trovano i saperi relativi alla gravidanza che la donna straniera ha acquisito all'interno della sua famiglia nei nostri servizi? Quale rapporto si crea tra il medico e la donna straniera? Dall'altra parte anche il medico può vivere un'esperienza di incomunicabilità e di incomprensione reciproca. Che tipo di relazione si instaura con il paziente?

Metodi

Sono stati intervistati i ginecologi della struttura di volontariato Caritas che operano anche in strutture private e/o pubbliche. Lo strumento di indagine è stata l'intervista semi-strutturata. Per quanto riguarda le testimonianze delle donne, oltre alla bibliografia, abbiamo raccolto le storie delle pazienti della Caritas.

Risultati

Nonostante in Italia siano soprattutto le donne straniere a contribuire maggiormente all'indice di fecondità nazionale (nel 2009 il 16.5% dei parti è relativo a madre con cittadinanza straniera) e a usufruire del SSN più delle autoctone, le aree di ostetricia e ginecologia sembrano essere le più resistenti ai cambiamenti. Particolarmente significative permangono le disuguaglianze di salute tra donne autoctone e donne straniere soprattutto in due aree: decessi entro un anno di vita del neonato e i tassi di parti pre-termine. Ancora forti sono le barriere di tipo linguistico, culturale, economico, un difficile accesso ai servizi di cura e prevenzione, una disinformazione sui propri diritti, una carenza di supporti affettivi. L'incontro con il servizio materno-infantile può costituire un vero dramma per le madri straniere abituate a una diversa tutela e cura della gravidanza e del nascituro, talvolta in contrasto con l'iter medico del SSN, pensato per una società altamente industrializzata e monoculturale. Molte volte l'operatore svaluta le esperienze vissute e i saperi della donna straniera, provocandole un senso di disorientamento e insicurezza nei confronti del nascituro.

Conclusioni

È ormai evidente che le disuguaglianze di salute tra popolazione autoctona e popolazione migrante sono per lo più riconducibili alla situazione di disagio psichico e socio-economico e alla relazione positivo o meno che si instaura tra la paziente e il servizio/operatore sanitario. L'insicurezza che può vivere la donna che diventa madre in un Paese diverso dal suo può riflettersi sul bambino esponendolo a un rischio maggiore di vulnerabilità psichica. Alcune proposte per una ridefinizione dei servizi riguardano: 1- ricerche aggiornate di tipo qualitativo con i disagiati per nazionalità; 2 - competenza culturale negli operatori con corsi di formazione pratici; 3 - atteggiamento di decentramento dei saperi negli operatori; 4 - spazi e tempi della consultazione (ripartire dalla storia del paziente); 5 - interprete linguistico vs mediatore culturale; 6- equipe di lavoro multidisciplinare; 7- corsi di accompagnamento alla nascita multiculturali; 8 - *empowerment* delle donne straniere.

Contatto: Silvia Vizilio (silviviz@yahoo.it)

Gruppi di incontro di donne del mondo (p)

UGOLINI E, FRANZON G.

Regione Veneto – Azienda ULSS 22 – Bussolengo

Obiettivi

Implementazione e sviluppo di gruppi di donne (italiane e straniere) che hanno deciso di incontrarsi e condividere le loro esperienze proprio in quanto donne e, molto spesso, madri con culture diverse e una esigenza di dialogo profondo, al fine di migliorare sia il proprio benessere che quello della propria famiglia, oltre che di sviluppare il proprio “potere personale” rispetto alla comunità nella quale si trovano inserite.

Metodi

All’inizio della nostra esperienza (2006) il metodo utilizzato era quello del auto-mutuo-aiuto. Un gruppo di auto-mutuo-aiuto può essere così definito: “I gruppi di self-help sono reti sociali artificiali, reti cioè che si creano deliberatamente per produrre aiuto/sostegno sociale. I punti di maglia di queste reti sono costituiti da soggetti portatori di un identico problema o condizione” (Silverman P., I gruppi di mutuo aiuto, Erickson Trento, 1989, p.11). Dall’inizio dell’anno 2009-2010, però, i problemi che abbiamo incontrato e l’esigenza continua di confronto con il territorio ci hanno costrette a riflettere su quanto fosse utile continuare ad utilizzare una denominazione così legata ad una problematicità comune. Ciò che accomuna queste donne, più che i problemi, è la voglia di stare bene, di far star bene la propria famiglia, di sentirsi più coinvolte sul territorio (sia con la comunità che con le Istituzioni), di sentirsi in una rete che le aiuti, di dare un senso a ciò che sentono rispetto a qualunque cosa di cui parlino. Pur non volendo scostarci dal gruppo A.M.A., come metodo e filosofia, abbiamo deciso di modificare il nome dei gruppi in *gruppi di incontro*, proprio per la necessità di sottolineare la *centratura sul benessere e sullo sviluppo del potere personale*.

Risultati

1) Rispetto al primo gruppo, nato nel 2006, ad oggi sono presenti sul territorio quattro gruppi che coinvolgono complessivamente circa 50 donne; 2) In numerose situazioni il gruppo è stato determinante nell’aiuto alla gestione di conflittualità soprattutto con la scuola; 3) Nei gruppi si è lavorato, in collaborazione con gli insegnanti, per la creazione di momenti culturali nei quali coinvolgere le famiglie della comunità; 4) All’interno dei gruppi si sono sviluppate reti di solidarietà fra le donne coinvolte; 5) La partecipazione attiva ad ogni gruppo dell’educatore del territorio evidenzia sia l’interesse del gruppo nei confronti della comunità sia l’interesse delle Istituzioni a questa esperienza; 6) Si è costituito un piccolo nucleo di mamme (a rotazione) che hanno avviato un dialogo con la scuola su temi specifici (per esempio il sostegno scolastico) e che riferisce all’interno del gruppo.

Conclusioni

Da una approfondita lettura dei risultati si evince che lo strumento presentato può costituire veicolo per lo sviluppo della salute psico-relazionale della donna e, di conseguenza, potente motore di prevenzione per il benessere delle donne stesse e delle famiglie. Inoltre appare evidente che lo strumento è in grado di incrementare il potere personale delle partecipanti verso una cittadinanza più attiva e partecipata

Contatto: *Elisabetta Ugolini (ugolini_eli@libero.it)*

Quando le ferite sono invisibili (p)

CAZZI C, CIAMBELLINI S, GIACOMETTO R, MAISANO B, CAMILLO DA SILVA E, GERACI S. E EQUIPE "FERITE INVISIBILI".

Area Sanitaria Caritas di Roma

Obiettivi

Il Progetto Ferite Invisibili nasce con l'obiettivo di curare migranti vittime di violenza intenzionale fra cui rifugiati e richiedenti asilo politico in Italia, e fornire loro un percorso psicoterapeutico e psichiatrico per aiutarli a ritrovare il loro benessere psicologico. Il lavoro psicologico si orienta a riconoscere le loro sofferenze interne "invisibili", ad accoglierli e a creare con loro un'alleanza di lavoro, a curarli in particolare riattivando le loro risorse bloccate, aiutandoli a riprendere un percorso di vita dignitoso.

Metodi

La prima fase metodologica consiste nel creare un'alleanza terapeutica ed una fiducia di base per cui il paziente inizia ad aprirsi, a raccontare la sua storia e quindi a mostrare i suoi disagi. Il nostro ruolo è aiutarli a riprendere un senso di dignità e rispetto personale per sentirsi nuovamente in diritto alla vita. L'aspetto della cura è basato su un lavoro prevalentemente cognitivo volto a riattivare le strutture sane esistenti, aiutarli a recuperare una immagine di sé positiva e non più vedersi con gli occhi del torturatore, promuovere l'*empowerment*, stimolare interventi volti all'esame di realtà, accogliere empaticamente e confermare le emozioni depresse. A questo punto il paziente è pronto per costruire un nuovo progetto migratorio ed integrarsi attivamente in Italia. In questa fase lo aiutiamo a costruirsi una rete di sostegno e lo seguiamo nell'iter burocratico della Commissione per il riconoscimento dello status di rifugiato (perizie).

Risultati

I pazienti finora seguiti nel nostro progetto, hanno recuperato il loro benessere psicologico. I sintomi del Disturbo da Stress Post Traumatico regrediscono insieme anche alla sintomatologia depressivo-ansiosa che spesso lo accompagna. Le persone ricreano una loro dimensione sociale, riscoprono il valore della loro appartenenza culturale riuscendo comunque ad integrarsi in un contesto diverso e nuovo. La maggior parte di loro ottiene un documento di protezione e inizia un percorso di inserimento formativo e lavorativo.

Conclusioni

Il numero di pazienti accolti finora nel progetto dalla fine del 2005 a dicembre 2010 è di 120. Con un costante incremento annuo. Questo è segno che il progetto risponde ad una domanda sociale sempre più vasta. Il nostro ambulatorio Ferite Invisibili è diventato negli anni punto di riferimento ed invio per molte strutture di accoglienza di migranti in queste condizioni e la crescita esponenziale dei pazienti mostra l'importanza di un lavoro di cura in questo settore.

Contatto: Estela Camillo da Silva (feriteinvisibili@caritasroma.it)

Relazione tra il livello di depressione e il sistema cognitivo delle donne latinoamericane immigrate in Italia (p)

MARIN L.

Caritas Diocesana di Roma e Ass. S.A.L. (Soliedarità con l'America Latina)

Obiettivi

La presenza di sintomi clinici rilevanti, relazionati al fenomeno migratorio, ha indotto l'autrice a mettere in pratica una ricerca per provare la relazione che c'è tra il livello di depressione e il sistema cognitivo delle donne latinoamericane immigrate in Italia, dal punto di vista del modello cognitivo della REBT di Ellis come modello teorico. Esistono poche ricerche riguardo al sistema cognitivo degli immigrati durante il processo migratorio.

Metodi

Nella presente ricerca si è usata una metodologia di tipo quantitativo, somministrando ad un campione di 150 donne immigrate latinoamericane il "Test di convinzioni disfunzionali per gli immigrati di Marin" (versione modificata dal IBT di Jones) e "L'inventario di depressione di Beck".

Risultati

Le principali convinzioni disfunzionali osservate in questo studio sono le seguenti: "di fronte ai problemi dell'umanità esiste una soluzione giusta, precisa e perfetta, ed è orribile e catastrofico se questa soluzione perfetta non la si trova"; "una donna immigrata deve essere assolutamente capace ed avere successo in tutto ciò che fa, in tutte le aree importanti della sua vita, altrimenti è una donna non all'altezza e senza valore"; "come donna immigrata si deve essere completamente dipendente dagli altri e sempre avere bisogno di qualcuno su cui contare"; "l'infelicità dipende da cause esterne e come donna immigrata si può fare poco o niente davanti alle difficoltà della vita". Questo sistema cognitivo genera un livello basso di depressione.

Conclusioni

Il livello basso di depressione col tempo, se non trattato appropriatamente con psicoterapia od orientamento psicologico, potrebbe peggiorare ed impedire il processo dell'integrazione socio-affettiva verso la società di accoglienza. Per questo motivo facciamo orientamento psicologico e abbiamo formato gruppi di auto/mutuo aiuto (AMA) per le famiglie migranti nei quali prendono parte maggiormente le donne latinoamericane appartenenti a una coppia mista. In questo modo stiamo sperimentando una forma nuova di gruppo di auto/mutuo aiuto con un orientamento razionale-emotivo, che rappresenta una via di mezzo tra il gruppo AMA classico e il gruppo terapeutico.

Contatto: Leticia Marin (letyangeit@gmail.com)

L' Etnopsichiatria: una scienza in progress (p)

MONTI M C, MANGIACAVALLO G.

UO di Medicina delle Migrazioni dell'AO Universitaria – Policlinico "P. Giaccone", Palermo

Obiettivi

L'obiettivo consiste nel fare chiarezza sulle questioni teoriche e metodologiche dell'Etnopsichiatria, a partire dall'epistemologia di questa disciplina e dall'analisi attenta dei campi che la compongono e la costituiscono: *ethnos*, *psiche*, *iatreia*. – *Ethnos*: popolo, si riferisce al contesto culturale collettivo di un gruppo – *psiche*: si riferisce alla storia psicologica del singolo – *iatreia*: cura intesa come competenza di qualsiasi professione di aiuto. La nascita e lo sviluppo dell'Etnopsichiatria hanno visto e continuano a vedere partecipi professionisti, teorie, approcci e metodologie differenti tanto da renderla un vero e proprio "cantiere in costruzione". Le diverse esperienze etnopsichiatriche (da Devereux, Nathan, Inglese, ecc.) ci insegnano che non possiamo aspettarci di trovare ricette preconfezionate da applicare nei nostri ambiti di intervento, si è compreso piuttosto che bisogna provare nuove strade e inventare nuove modalità di cura e di prevenzione.

Metodi

I metodi utilizzati saranno l'esplicitazione e il confronto. Il lavoro intende infatti affrontare le questioni cruciali della clinica etnopsichiatrica, attraversandone i suoi principi di base: l'universalismo psichico, le differenze culturali, il trauma migratorio, la posizione dei curanti, il metodo complementarista, il dispositivo terapeutico del gruppo multiculturale. Tali temi al contempo possono essere trattati utilizzando un autentico confronto tra i differenti vertici di pensiero, di pratica e di interesse costituenti le diverse esperienze cliniche etnopsichiatriche, coincidenti a loro volta con specifici approcci teorici e tecnici. Si intende dunque enucleare il pensiero teorico e metodologico dei principali studiosi del campo, prendendo in considerazione l'esperienza italiana di De Martino, quella francese di Devereux e Nathan fino ad arrivare a Salvatore Inglese, mettendoli a confronto e tentando di individuare il percorso possibile che si intravede oggi per l'Etnopsichiatria.

Risultati

Il lavoro di analisi e riflessione sulla Etnopsichiatria vuole riuscire ad affrontare le tematiche fondamentali della disciplina, discernendone i vari punti di vista, i diversi livelli di pensiero e di tecnica che la rendono sempre più una "scienza in progress", bisognosa di un'attenta analisi di contesti e risorse prima ancora di realizzare dispositivi specie-specifici efficaci per determinati servizi e particolari utenti.

Conclusioni

Il lavoro intende far luce e chiarezza sui punti nodali della Etnopsichiatria, rintracciando all'interno di quest'ultima i principali vertici di pensiero, di pratica e d'interesse che ne hanno determinato la nascita e che influiscono ancora sul suo sviluppo. *Ethnos*, *psyche* e *iatreia* rappresentano tre vertici differentemente interpretabili e utilizzabili nel pensiero e nella metodologia di diverse letture etnopsichiatriche, ciò a sua volta fa riflettere sulla necessità di pensare e costruire setting e dispositivi adeguati in servizi diversi con utenze specifiche. Si prospetta dunque una nuova sfida per l'etnopsichiatria: uscire dallo schema etnocentrico occidentale per proporre differenti letture della realtà, affrontando altre interpretazioni di cause, segni, sintomi e metodi terapeutici in funzione del contesto di riferimento per la persona, che magari necessita di risposte adeguate ad altri riferimenti culturali ed ad altri termini terapeutici e necessità da soddisfare.

Contatto: Maria Chiara Monti (mkmonti@hotmail.it)

La sindrome di Koro: una diagnosi culturalmente orientata (p)

MONTI M C, VALLESI CARDILLO B.

UO di Medicina delle Migrazioni dell'AO Universitaria – Policlinico "P. Giaccone", Palermo

Obiettivi

L'obiettivo del lavoro è quello di incrementare le capacità diagnostiche per la sindrome di Koro a partire da alcuni segni sintomatologici e psicopatologici, che potrebbero sovrapporsi ad altri quadri sindromici, come la Dhat Syndrome, disturbi dell'umore come la depressione, psicosi incorporate... Un'adeguata diagnosi guida il clinico, nella relazione di cura, in un percorso terapeutico efficace, attraverso l'utilizzo del dispositivo etnopsichiatrico.

Metodi

La metodologia che guida la presa in carico e la cura di pazienti con diagnosi di Koro si rifà all'approccio etnopsichiatrico, per il quale un disagio psichico può essere ricondotto a quelli che Georges Devereux aveva identificato come disturbi etnici: cioè quelle patologie che poggiano sull'inconscio etnico e la cui concettualizzazione nasce dall'idea che la cultura fornisce, attraverso un effetto patoplastico, una forma, un esito e un sistema di cura (tradizionale) al dramma esistenziale. La diagnosi di Koro è ufficialmente riportata all'interno delle CBS (Culture-bound Syndromes) del DSM IV TR, il sistema diagnostico per i disagi mentali, oltreché nel CCMD-2 (Classificazione Cinese dei Disturbi Mentali, seconda edizione).

Risultati

La possibilità di fare diagnosi di Koro dinanzi a pazienti che portano un complesso quadro di sintomi, ha permesso, in più di due anni di pratica clinica con pazienti stranieri presso il Policlinico universitario di Palermo, di utilizzare strade e percorsi terapeutici adeguati. Il lavoro di cura ha condotto il paziente verso la risoluzione del suo disagio e la ripresa dell'attività socio-psichica.

Conclusioni

La sindrome di Koro è un complesso quadro psicopatologico, la cui caratteristica centrale è costituita da un'angoscia terrificante che il pene si ritiri progressivamente nell'addome. Il paziente comincia così ad essere ossessionato dall'idea che questo processo porterà a morte certa. La sindrome di Koro può complicarsi con un grave episodio di depressione maggiore, portando con sé rischi suicidari o condotte autolesive. La sindrome determina una compromissione della vita nel suo insieme, sul versante psichico e sociale.

Contatto: *Maria Chiara Monti (mkmonti@hotmail.it)*

La morte per combustione: suicidio o gesto dimostrativo? (p)

GIOÈ S, SAVI T, MAZZOLA C, GRILLO M, CASCINO F M, MILONE L.

Dipartimento di Biopatologia e Biotecnologie Mediche e Forensi dell'Università di Palermo, Sezione di Medicina Legale – Policlinico "P. Giaccone", Palermo

Obiettivi

Il suicidio per combustione (abbruciamento) è un evento piuttosto raro, stimato all'incirca nell'ordine dell'1-1,5 % delle statistiche suicide nazionali, che consiste nell'atto di darsi fuoco da soli con azione urente intensa ma breve nel tempo; come ad esempio avviene nel corso di combustioni molto veloci con forti temperature sostenute, almeno inizialmente, da combustibile liquido cosparsa sul corpo (benzina, petrolio, gasolio, etc.) e mantenute poi dalla combustione degli indumenti indossati dalla vittima. In letteratura eventi del genere vengono descritti nel caso di personalità affette da disturbi psichici (per le modalità alquanto cruento ed in grado di dare intense sofferenze) oppure attuati a scopo dimostrativo ("suicidio-etico" o "suicidio-immolamento") ad esempio per scopi politici o religiosi (vedi, c.d. "bonzi").

Metodi

In questa sede vogliamo descrivere due eventi suicidari per abbruciamento, che abbiamo avuto modo di osservare di recente nel nostro Settore medico-legale, aventi quali vittime soggetti extracomunitari di fede islamica.

Risultati

L'11 febbraio del 2011, in seguito all'ennesimo sequestro della merce della sua bancarella, da parte dei vigili urbani, l'ambulante N. A., marocchino 28enne, alla presenza delle forze dell'ordine si è cosparsa di benzina e si è dato fuoco. Soccorso dagli agenti di polizia, veniva immediatamente ricoverato presso il centro grandi ustionati dell'ospedale "Civico" di Palermo, con ustioni di III° diffuse a più dell'80% della superficie corporea; il giovane marocchino, moriva dopo poco più di una settimana di agonia. Il 16 marzo del 2011, nella piazza principale di Vittoria, un bracciante albanese, G. S. di 30 anni, si cospargeva di liquido infiammabile e si dava fuoco, alla presenza di numerosi testimoni. Immediatamente soccorso, veniva trasportato all'ospedale di Vittoria e quindi trasferito, per la gravità delle condizioni cliniche, al centro grandi ustionati dell'ospedale "Civico" di Palermo, ove il giovane decedeva dopo circa 10 giorni. Le indagini avviate dalla P.G. facevano emergere come alla base del gesto dell'uomo vi fossero difficoltà economiche per la precarietà lavorativa.

Conclusioni

In entrambi questi casi, appare ravvisabile la volontà di compiere un gesto eclatante di protesta pubblica per le proprie condizioni di precarietà economica, professionale e sociale, per la condizione di immigrato e la lontananza dal paese d'origine e dalla propria famiglia.

Contatto: S. Gioè (liviomilone@virgilio.it)

La cura del corpo ferito incontro con persone in cerca di dimora a Roma (p)

SALVI S, SILVESTRINI G, PONTECORVO S, COLAVITA F, DE PADUA C, SARTORI V, CIVITELLI G, MAISANO B.
Area Sanitaria Caritas Roma

Obiettivi

Contribuire a ristabilire e sostenere rapporti di prossimità e reciprocità tra la società civile e le persone senza dimora (PSD) nella città di Roma, dove è stimata una presenza che varia tra le 8.000 e le 24.000 persone, spesso portatrici di un bisogno sanitario non espresso. Attivare percorsi di sostegno socio-sanitario per le persone che vivono in strada, favorendo la presa in carico da parte delle istituzioni al fine di garantire un pieno diritto alla cittadinanza. Organizzare cicli di seminari in ambito universitario per sensibilizzare gli studenti al tema dell'emarginazione sociale.

Metodi

La promozione del diritto alla salute costituisce un'importante occasione per favorire percorsi di cittadinanza. Le PSD, italiane o straniere, rappresentano una sfida fondamentale in questo senso: partire dai diritti più che dai bisogni evidenti e dalla dimensione del *care* (del "prendersi cura") piuttosto che da quella del *cure* (del "curare") i presupposti per poterla raccogliere. Le PSD restano spesso utenti solamente potenziali dei servizi socio-sanitari territoriali. Attraverso la prossimità, l'ascolto e la relazione si vogliono creare i presupposti per riattivare quelle reti sociali la cui avvenuta rottura rappresenta il primo elemento che porta all'emarginazione e alla sua cronicizzazione. Educare alla gestione della propria salute e alla cura della persona diventa realizzabile ripensando le modalità di servizio classiche. Il progetto promuove l'incontro attivo da parte di giovani volontari con le persone nei luoghi stessi in cui esse dimorano, favorendo uno spazio relazionale de-strutturato, ma al tempo stesso attento alla complessità del fenomeno, lavorando in rete con diversi referenti del privato sociale e del servizio pubblico, imprescindibili per attivare delle reali dinamiche inclusive.

Risultati

Il progetto è in corso. Al momento si sta procedendo alla formazione dei volontari impegnati attraverso uscite e monitoraggi in aree sensibili della città, come accampamenti spontanei e case occupate. Parallelamente alcuni volontari sono impegnati a vagliare la letteratura scientifica su barbonismo e fenomeno dell'emarginazione sociale, con particolare attenzione alla dimensione del diritto alla salute e all'accesso alle strutture sanitarie anche in vista delle presentazioni previste nelle diverse Facoltà Universitarie.

Conclusioni

La salute come occasione di incontro con una popolazione sistematicamente esclusa dal Sistema Sanitario e dall'agenda delle politiche sociali. L'approccio diretto sulla strada come luogo di prossimità e di ispirazione per l'innovazione. Queste le sfide di un progetto che vive e rilegge la salute come bene irrinunciabile della comunità oltre che della persona. Senza esclusioni.

Contatto: Stefano Salvi (stefanosalvi@hotmail.com)

Laboratorio dei Diritti Fondamentali: il diritto alla salute e il rispetto della dignità della persona. Analisi delle criticità esistenti nelle realtà territoriali italiane alla luce della normativa e dell'elaborazione culturale europea (p)

BIGLINO I, FORNI F, Odone A, ZAGREBELSKY V.

Laboratorio dei Diritti Fondamentali, Torino

Obiettivi

Il Laboratorio dei Diritti Fondamentali (LDF), istituito a Torino alla fine del 2010 con il contributo della Compagnia di San Paolo e diretto da Vladimiro Zagrebelsky, giudice della Corte Europea dei Diritti dell'uomo dal 2001 al 2010, è un organismo di ricerca nel campo dei diritti fondamentali. La missione di LDF consiste nello svolgere ricerche sul problema della concreta assicurazione dei diritti fondamentali. Un primo campo di attività riguarda il diritto alla salute e il rispetto della dignità della persona (sanciti dagli articoli 1, 3, 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea). A questo proposito è stato messo a punto un progetto di ricerca finalizzato allo studio dei fattori di carattere normativo, organizzativo e culturale che ostacolano l'accesso ai servizi sanitari da parte di categorie di soggetti considerate "fragili" (i.e. immigrati di ogni status giuridico, anziani e soggetti senza fissa dimora) in diverse realtà territoriali Italiane.

Metodi

Il disegno dello studio è stato approntato con la collaborazione di tre ricercatori di cui due con background giuridico ed esperienza nel campo del diritto dei diritti umani fondamentali in campo europeo e internazionale ed uno con background medico ed esperienza nel campo dell'igiene e della Medicina Preventiva che ne seguiranno lo svolgimento e ne sintetizzeranno i risultati. Le realtà territoriali che saranno analizzate sono inizialmente le regioni Piemonte, Emilia Romagna e Valle d'Aosta con particolare attenzione alla distinzione tra aree urbane, dei piccoli centri e rurali.

Risultati

Il progetto si articola in quattro fasi: 1) definizione accurata dei termini e degli standards di protezione del diritto fondamentale alla salute indicati dalla normativa ONU, dell'UE, italiana, ed elaborati dalla giurisprudenza e dalla dottrina. 2) Definizione dello stato dell'arte dell'assetto normativo, organizzativo/amministrativo e culturale a tutela dell'accesso alla salute nei territori in esame. Analisi delle misure adottate a livello nazionale, regionale, provinciale e comunale per garantire l'accesso ai servizi sanitari degli appartenenti a fasce sociali deboli. 3) Caratterizzazione socio-demografica e sanitaria degli appartenenti a fasce sociali deboli nelle realtà territoriali in studio. Verifica qualitativa e quantitativa dell'applicazione e dell'adeguatezza dell'impianto normativo, organizzativo/amministrativo e culturale. 4) Ricerca di soluzioni o iniziative utili e sostenibili anche attraverso l'analisi di modelli proposti ed attuati in altre realtà europee (confronto con le strategie avviate a livello dell'Unione e con l'esperienza sviluppata da singoli stati membri). Studio dell'adattabilità ed applicabilità dei modelli individuati in ambito italiano.

Conclusioni

Il Laboratorio non svolge direttamente studi teorici sul contenuto dei diritti fondamentali, ma è volto all'analisi dei profili pratici della tutela di questi diritti, alla ricerca sul terreno dei problemi concreti e all'identificazione di soluzioni pratiche utili e sostenibili. La natura del problema e gli obiettivi prefissati implicano l'adozione di metodi di indagine diversi da quelli accademici classici quali la raccolta, l'elaborazione e l'analisi di dati territoriali, la ricognizione degli organismi tecnici, politici ed amministrativi che operano in materia di sanità (nonché di associazioni di volontariato e di pazienti) con cui rapportarsi e collaborare al fine di raccogliere elementi utili all'identificazione delle problematiche, l'interdisciplinarietà nel lavoro di ricerca e la più ampia collaborazione tra gli esperti dei diversi settori.

Contatto: Anna Odone (anna.odone@yahoo.it)

L'accesso ai servizi sanitari per gli immigrati irregolari nell'UE 27: solidarietà o fallimento delle politiche di integrazione? (p)

REBESSI E, PASINI N.

Fondazione Ismu

Obiettivi

In una materia in cui direttrici comuni europee sono deboli, se non del tutto assenti e in cui la sovranità sembra essere essenzialmente statale, l'obiettivo è realizzare una mappatura delle diverse realtà dei paesi UE 27 circa l'accesso ai servizi sanitari per la popolazione immigrata irregolare, andando a verificare se siano identificabili dei "modelli" o degli orientamenti comuni ai diversi paesi.

Metodi

Analisi della letteratura scientifica e della letteratura grigia; ricerche su database OECD, Eurostat e Nowhereland

Risultati

Paesi con politiche molto restrittive (es. paesi Nord UE, come la Svezia, che nega l'accesso a tutte le determinanti sociali della salute agli irregolari e la Danimarca, che pure ha una legislazione molto severa) hanno una presenza stimata di irregolari decisamente bassa, pari a circa il 2% (massimo) della popolazione totale straniera. In paesi con politiche maggiormente solidaristiche, come Italia, Olanda e Portogallo, la presenza di irregolari è stimata al 16%, 19% e 23%.

Conclusioni

Si ipotizza che il maggiore o minore successo delle politiche di regolarizzazione sia una variabile importante, che incide sull'approccio adottato nei diversi paesi circa l'accesso ai servizi sanitari per gli immigrati irregolari

Contatto: *Elisa Rebessi (elisa.rebessi@gmail.com)*

Il suicidio in ambiente carcerario.

Diffusione del fenomeno nella popolazione carceraria extracomunitaria (p)

GRILLO M, CASCINO F M, MURGO V, GIOÈ S, SAVI T, MILONE L.

Dipartimento di Biopatologia e Biotecnologie Mediche e Forensi dell'Università di Palermo – Sezione di Medicina Legale – Policlinico "P. Giaccone", Palermo

Obiettivi

Il problema dei suicidi in regime carcerario risulta oggi particolarmente rilevante. Il sovraffollamento delle carceri, la sproporzione tra il numero delle guardie carcerarie e il numero dei detenuti, lo scarso supporto psicologico e religioso garantito ai detenuti hanno portato nel corso degli anni a un progressivo incremento degli eventi nella popolazione carceraria. L'aumento della popolazione carceraria ha riguardato anche la quota extracomunitaria, che secondo le più recenti statistiche rese dal Ministero della Giustizia costituisce il 30% circa dei detenuti, di cui gran parte di religione musulmana.

Metodi

Negli ultimi dieci anni, abbiamo avuto modo di osservare un fenomeno in precedenza sporadico costituito dal suicidio di soggetti di fede islamica nell'ambito della popolazione carceraria. Il suicidio nella religione islamica è causa di "permanenza nel fuoco eterno dell'Inferno" e di "punizione nel Giorno della Resurrezione", precludendo quindi la strada verso il Paradiso.

Risultati

Queste basilari considerazioni in merito al significato del suicidio nella popolazione islamica sono una implicita spia delle difficoltà insite nell'attuale regime carcerario e della scarsa considerazione della diversità culturale e religiosa all'interno delle Case Circondariali.

Conclusioni

Da queste considerazioni scaturisce la proposta di un supporto multiculturale intramurario che preveda, oltre ai Ministri della Fede cristiano-cattolici, anche Confessori di religione musulmana, nonché presenza di mediatori culturali al fine di rispettare le esigenze materiali e spirituali dei detenuti, venire incontro alle loro necessità (anche sotto il profilo psicologico) onde, in qualche misura, poter alleviare le sofferenze derivanti dal regime carcerario e quindi prevenire eventuali atti di autolesionismo.

Contatto: M. Grillo (liviomilone@virgilio.it)

Progetto di ricerca sanitaria finalizzata “il trapianto in ambito interculturale” (c)

SHEHAJ B, KHAIRALLAH K^a, FOSSARELLO L, GROSSO M, CASERTA M, CERRI R.^b

^aAssociazione mediatori multiculturali; ^bUfficio Qualità Percepita e Partecipata ASOU San Giovanni Battista Molinette, Torino

Obiettivi

Da una ricerca epidemiologica del 2009, è emerso che, in Piemonte, tra il 2005 e il 2008, il 5% dei donatori di organi e tessuti era di origine straniera. Nel corso di queste donazioni, la qualità della comunicazione è stata equiparabile a quella che normalmente avviene nel caso di un paziente italiano, oppure si sono verificate incomprensioni linguistiche e culturali, generando disparità di trattamento? Gli eventi riguardanti nascita, malattia, morte sono comuni all'esperienza umana, ma assumono significati diversi a seconda della cultura di riferimento. Si pensi poi alla questione della donazione di organi e tessuti, e a quanti e quali implicazioni possano assumere secondo un'ottica transculturale. La tematica della qualità della comunicazione in ambito di trapianto e donazione, e della relativa libertà di scelta, è importante quanto delicata. A questo proposito, L'Ufficio Qualità Partecipata, il Cordinamento Regionale Trapianti e l'AMMI, hanno progettato un corso di approfondimento, per mediatori culturali, finalizzato a diminuire le incomprensioni tra le parti e a migliorare la qualità della comunicazione professionale. Gli obiettivi del corso sono: 1) fornire ai mediatori un set di strumenti comunicativi teorici e pratici, per poter comunicare efficacemente con pazienti, operatori sanitari e famiglie dei pazienti nel corso dei trapianti e delle donazioni; 2) valorizzare la figura professionale del mediatore transculturale, accreditandola di fronte ai diversi professionisti della salute.

Metodi

Gli allievi selezionati sono stati 25 da tutto il Piemonte: i criteri di inclusione sono stati diversi, dal possesso di diploma di mediazione culturale, all'impiego in ambito medico sanitario. Il programma ha previsto 10 lezioni di 3 ore ciascuna, sulle seguenti tematiche: il momento del decesso, la questione del dono e della donazione in ambito interculturale, il ruolo e la comunicazione professionale, nel rapporto con i pazienti e gli operatori; gli aspetti della patologia di tessuto e di organo. L'ultima parte del corso sarà riservato al *roleplaying*, e alla valutazione degli allievi. Chi supererà la prova, sarà inserito in un Albo Regionale a cura del CRT. Tre lezioni sono state organizzate e fornite dagli anestesisti del CRT, che hanno anche frequentato parte del corso, sia per conoscere meglio il ruolo del mediatore, che per motivi di formazione personale. La metodologia di formazione è stata mista: lezioni d'aula interattive tra docenti e discenti, analisi dei casi già affrontati e *roleplaying*.

Risultati

A breve e medio termine sarà molto complesso valutare le ricadute del corso, però è verosimile ipotizzare che i mediatori formati avranno strumenti migliori per affrontare questi eventi; di converso, gli anestesisti comprenderanno meglio il ruolo del mediatore.

Conclusioni

Con l'aumentare della popolazione migrante in Italia, il ruolo del mediatore diventa sempre più centrale; è però necessario un miglioramento della qualità della formazione, a fronte di un maggior riconoscimento della professione.

Contatto: Blenti Shehaj (luca.fossarello@unito.it)

Intervento di Sanità Pubblica in un Centro di Prima Accoglienza a Roma (p)

COMETTO M, CAPOCCIA M, PELO S, SACCOCCIO O, DONNO L, SPADEA A.

Equipe Aziendale Interdistrettuale per Interventi nei Campi Rom ASL RM/A

Obiettivi

Contenimento di un focolaio epidemico di morbillo a seguito della notifica di un caso in una bambina di sette mesi, ospite del CPA di Roma. Tale centro è stato attivato nel 2010 per accogliere le famiglie Rom presenti negli insediamenti spontanei ed attualmente ospita 322 Rom romeni, di cui 80 minori. La struttura, una ex-cattiera ristrutturata, è costituita da un unico grande ambiente, attrezzato con bagni chimici e divisori improvvisati tra un nucleo familiare e l'altro (lenzuoli e coperte).

Metodi

Dal monitoraggio delle vaccinazioni dei minori ospiti del CPA, effettuato il giorno della prima notifica di morbillo, è emerso che solo 16 bambini erano protetti da una dose di MPR, con una efficacia del 95%. 48 ore dopo la notifica del caso zero, sono stati vaccinati 87 ospiti del CPA, di cui 54 minori. Dopo un mese è stata organizzata un'altra seduta vaccinale per offrire la prima dose di vaccinazione MPR ai bambini non vaccinati e la seconda dose ai restanti, per raggiungere un'efficacia del 99,7%.

Risultati

Al tempo zero la percentuale di vaccinazione MPR tra i minori era del 20%. Dopo il primo intervento di vaccinazione è stato raggiunto il 67,5% dei minori. Dopo il secondo intervento è stato vaccinato l'82,5% dei minori. Sono stati vaccinati anche 33 giovani adulti. Da un controllo effettuato a fine Dicembre la situazione epidemiologica per i casi di morbillo era la seguente: 6 casi di morbillo in bambini mai vaccinati tra i sei mesi e i dieci anni, di cui uno in un bambino di undici mesi, notificato sei ore dopo il caso zero e 1 caso in un adulto, la giovane pediatra che segue il CPA e che pensava di aver già contratto il morbillo.

Conclusioni

Il morbillo è una malattia infettiva molto diffusiva e contagiosa. La vaccinazione è protettiva se somministrata entro 72 ore dal contatto. L'intervento di Sanità Pubblica effettuato tempestivamente, entro 48 ore dalla diagnosi e 72 dall'inizio sintomi, ha permesso di proteggere contro questa malattia i minori presenti nel CPA. I 5 casi di morbillo, che sono stati diagnosticati dopo il nostro intervento, corrispondevano a bambini non vaccinati precedentemente e che non si sono sottoposti alla vaccinazione perché non autorizzati dai genitori.

Contatto: Antonietta Spadea (antonietta.spadea@aslromaa.it)

Promozione della salute in condizioni di emergenza: percorsi sanitari per i rom degli insediamenti spontanei a Roma (p)

MOTTA F, RICORDY A, TREVISANI C.

Area Sanitaria Caritas di Roma

Obiettivi

Realizzare un servizio di tutela della salute, segno di una differente gestione dell'emergenza, che privilegi l'accoglienza, l'inserimento e l'*empowerment* delle popolazioni rom, come alternativa alle politiche di esclusione e allontanamento.

Metodi

Per affrontare l'emergenza dovuta all'afflusso di migliaia di rumeni, Rom e non, che negli ultimi anni si sono polverizzati nel territorio urbano, trovando rifugio in insediamenti abusivi in condizioni di estrema precarietà e fragilità sociale, che li rende di fatto esclusi da ogni servizio, anche di tipo sanitario, l'Area sanitaria di Caritas Roma ha avviato, a gennaio 2010, il progetto "Costruire nell'emergenza: percorsi di orientamento sanitario 'con' e 'per' i Rom". Dopo una prima fase di ricognizione e monitoraggio del territorio e di costruzione di un'equipe mista di volontari e donne rom, opportunamente formati, si è selezionata una zona del Comune di Roma, quella sud, dove visitare regolarmente gli insediamenti abusivi, realizzandovi un intervento di tutela della salute ed orientamento sanitario. Centrale il lavoro di rete con le strutture sanitarie, con le quali sono state concordate le modalità di accesso sia per coloro che, non comunitari senza titolo di soggiorno, potrebbero essere esclusi a causa di una cattiva interpretazione delle norme del "Pacchetto Sicurezza", sia per i cittadini comunitari che, a causa di una spiccata fragilità sociale, non sempre riescono ad accedere ai servizi per mancanza di conoscenza (spesso condivisa con gli operatori) delle opportunità specifiche previste per la tutela sanitaria.

Risultati

Si è dimostrato che è possibile lavorare nella promozione della salute anche in situazioni estreme. Nello specifico: - si è riuscito a stabilire un rapporto di fiducia con i rom incontrati, pur nell'estrema precarietà spazio-temporale dell'intervento; - si è ottenuta una buona compliance anche per casi clinici complessi; - è aumentato l'accesso dei rom al SSN nel territorio selezionato; - grazie al consolidamento del lavoro di rete con le strutture sanitarie, sono state inserite due dottoresse della ASL nell'equipe di progetto; - il lavoro con le mediatrici rom ha arricchito e completato l'intervento sul campo. Il contributo offerto dalle donne non si è limitato, infatti, ad una semplice mediazione linguistica ma ha permesso un maggiore discernimento delle realtà incontrate, indirizzando la selezione delle zone in cui intervenire e le modalità con cui stabilire le relazioni con la popolazione target.

Conclusioni

In un anno di lavoro di campo siamo venuti in contatto con un'umanità molto sofferente, che vive in uno stato di estrema precarietà e che mette in atto mutevoli strategie di sopravvivenza, lasciando poco spazio per una progettualità di vita. Una delle conseguenze di queste condizioni è l'estrema mobilità sul territorio che rende difficile e lento un reale processo di *empowerment*. Nonostante ciò, l'utilizzo di una metodologia di intervento che privilegi l'incontro, l'ascolto e il dialogo, ha dimostrato la possibilità, anche in situazioni di emergenza, di ottenere una buona recettività all'orientamento sanitario. Il popolo rom, anche nei casi di estrema fragilità, mostra infatti di saper prendersi cura della propria salute se vengono garantiti accesso ed accoglienza adeguati presso i servizi.

Contatto: *Travisani Claudia* (claudiatravisani@yahoo.it)

Il carcere nella rete dei servizi sanitari (p)

MONICI L, BONVICINI F, SEVERI C, ZAYNALABEDIN K, GRECI M.

AUSL Reggio Emilia Dipartimento di Sanità Pubblica

Obiettivi

Dal 2004, con il progetto "Tutela delle fasce deboli", il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) dell'Azienda AUSL di RE collabora con altre Istituzioni, per dare risposta sistematica alle fasce di popolazione che si trovano ai margini della società e sono più esposte ad importanti fattori di rischio per la salute: soprattutto gli immigrati, ma anche carcerati, tossicodipendenti, alcolisti, lavoratrici madri, lavoratori minorenni e disabili. Con il DPCM 1.4.2008 sono state trasferite al SSN le funzioni di sanità penitenziaria, con l'assegnazione di specifiche competenze al DSP. La realtà carceraria è ad elevato rischio di diffusione di patologie trasmissibili, a causa delle condizioni di sovraffollamento e della tipologia di utenza (alta percentuale di stranieri e di soggetti con dipendenze patologiche). Rilevanti sono anche le problematiche igienico sanitarie generali, legate agli all'utilizzo degli ambienti e delle cucine.

Metodi

Sono stati organizzati periodicamente interventi formativi/informativi rivolti alla popolazione carceraria, al fine di migliorare la conoscenza degli agenti di polizia penitenziaria e dei detenuti relativamente alla prevenzione delle malattie infettive e all'attuazione delle norme igieniche all'interno della collettività. Sono state organizzate sedute vaccinali nella struttura al fine di mantenere un'adeguata copertura vaccinale e contenere le patologie diffuse all'interno della collettività. Sono stati inoltre predisposti protocolli condivisi per la sorveglianza della tubercolosi e per la gestione dei casi di malattia infettiva. È iniziato lo screening colon-retto.

Risultati

Sia la partecipazione agli eventi che l'adesione alle offerte vaccinali sono state elevate. Dal 2006 ad oggi si sono svolti 22 incontri formativi su igiene degli alimenti e degli ambienti e prevenzione delle malattie infettive. In media sono state organizzate 5 sedute vaccinali/anno, con la somministrazione in totale di circa 970 dosi di vaccino anti epatite B ed antidiftotetica e 80 dosi di antipneumococcica. Sono stati inoltre eseguiti, negli ultimi tre anni, 900 test cutanei per la diagnosi di infezione/malattia tubercolare. È stato recentemente prodotto un depliant in diverse lingue sui "Fattori di rischio per la salute in carcere e loro prevenzione".

Conclusioni

Il progetto "Tutela delle fasce deboli" del DSP ha permesso di creare e consolidare una rete di collaborazione e sorveglianza all'interno delle strutture carcerarie, anticipando quanto previsto dal DPCM 1.4.2008. Nonostante negli anni siano aumentate le criticità legate alle condizioni di vita nelle carceri, non abbiamo rilevato aumento dell'incidenza di malattie infettive o casi secondari dovuti alla possibile trasmissione in collettività. I risultati raggiunti dimostrano che interventi di prevenzione mirati sono possibili ed efficaci anche all'interno di una comunità ad elevato rischio sanitario.

Contatto: Lucia Monici (monicil@ausl.re.it)

La Mediazione Interculturale Interaziendale: i risultati di oggi per progettare il domani (p)

BOMBARDI S, CASTAGNOTTO P, GALLERANI C, M'ZAH D, CRIVCEAC R.

Funzione Interaziendale Azienda Ospedaliero Universitaria e Azienda USL di Ferrara

Obiettivi

Fornire un bilancio dell'attività di Mediazione Interculturale Interaziendale svolta in questi anni di sperimentazione; condividere i risultati e le buone pratiche di mediazione avvenute nei nodi della rete interaziendale; programmare il futuro della Mediazione Interculturale Interaziendale per garantire equità nel rispetto delle differenze geo-culturali.

Metodi

La complessità relazionale delle attuali organizzazioni, risultante anche, e non solo, dalle provenienze da altri paesi degli utenti, necessita di metodologie sistemiche, qualitative, relazionali. Le metodologie adottate nel progetto presentano l'approccio di tipo *Bottom Up* – per garantire la produzione di un sapere che nasce da chi vive i problemi. La principale metodologia è di "Rete" – la cui efficacia si misura nella quantità di relazione/di sapere che viene prodotta. Le ulteriori metodologie sono: transculturale – come modalità di attraversare le storie/le culture, ascolto attivo e il lavoro per progetti. Gli strumenti sono patrimonio comune, al servizio di una comunità di pratiche. Permettono a tutti gli operatori di raggiungere la persona e garantire continuità di presa incarico, di dialogare nello stesso modo e di documentare/monitorare l'attività con rigore metodologico. Le risorse disponibili sono: n. 7 Nodi di Rete e relativi Referenti, Rete di operatori Facilitatori dell'Accoglienza e Mediazione, Mediatori Interculturali. I mediatori interculturali consentono un doppio riconoscimento: dell'utente straniero - dell'operatore. La mediazione interculturale consente la ricerca di continuità nelle situazioni dissimili, senza cancellarne le reciproche specificità e pluralità di prospettive; produce cambiamento organizzativo, educa alla comunità, facilitando la gestione della complessità interna. Il monitoraggio del progetto, dell'attività del servizio e della mediazione avviene attraverso la misurazione di indicatori, sia qualitativi che quantitativi.

Risultati

Modello organizzativo omogeneo; rilevazione continua dei bisogni; offerta di mediazione diversificata; utilizzo delle risorse nel rispetto delle differenze; formazione del personale in tema di equità nel rispetto delle differenze; valutazione continua dei mediatori e Piano di inserimento al lavoro; utilizzo proprio degli strumenti di monitoraggio.

Conclusioni

Il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei migranti presenti nella Provincia è tra le priorità per lo strumento di programmazione territoriale "Atto Triennale di Indirizzo e Coordinamento 2009-2011" approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria. L'idea di gestire e leggere la domanda di salute degli utenti stranieri in maniera integrata pone le basi per un progetto interaziendale tra Azienda Ospedaliera Universitaria e Azienda USL di Ferrara, il cui inizio risale a Novembre 2007 (Delibera n. 174, Agosto 2007). Il progetto utilizza un metodo di lavoro che favorisce l'integrazione di professionisti e Servizi. Questo ha facilitato l'accesso, in maniera equa, degli utenti stranieri presso i Servizi socio-sanitari della Provincia di Ferrara. Nell'anno 2008 la funzionalità di mediazione interculturale interaziendale è stata certificata, secondo il sistema qualità ISO 9001:2000 dal CERMET, producendo 2 procedure: Coordinamento e Funzionalità di Mediazione Interculturale Interaziendale. La Funzionalità di Mediazione è espressione di una forte valenza culturale finalizzata all'"ospitalità", ad un orientamento delle professionalità e dell'organizzazione dei servizi verso una visione più consapevole e competente della pluralità degli utenti attuali e futuri del sistema socio sanitario provinciale.

Contatto: Sandra Bombardi (s.bombardi@ospfe.it)

La cura insicura: l'ambulatorio Sokos e l'assistenza alle persone in precarie condizioni di soggiorno (p)

CACCIATORE F^b, SAGRIPANTI R^a, CICCARELLO N^a, ZENDRON R^a, CHATTAT R.^b

^aAssociazione SOKOS; ^bCEDRIS

Obiettivi

In Italia l'assistenza sanitaria ai migranti irregolari è caratterizzata da pratiche ed organizzazioni territoriali molto diversificate e fortemente localizzate. La stessa popolazione straniera che vi afferisce è un'utenza spesso celata, non rilevabile statisticamente e in continuo mutamento, a seconda dei cambiamenti geopolitici e normativi nazionali. Ciò determina la presenza di richieste e bisogni specifici, anch'essi connotati da continue mutazioni e temporalità limitate, che influenzano le strutture e le realtà dedicate all'assistenza. Inoltre non sono disponibili studi specifici che mettano a fuoco la popolazione migrante non regolare in quanto tale. Essa viene così spesso inclusa e assimilata all'interno della grande categoria dei "migranti", vedendo annullate le proprie specificità. Sono allora fondamentali consapevolezza e conoscenza rispetto al tipo di utenza con cui ci si interfaccia, all'impatto che una certa condizione non solo sociale, ma anche di "permanenza sul territorio" ha sulla salute, alle ricadute politiche e sociali delle modalità di organizzare l'assistenza sanitaria. A tal fine lo studio e l'analisi dei dati dell'ambulatorio SOKOS si sono incentrati sulle persone assistite nel corso degli anni e sulla tipologia dell'assistenza offerta. Gli obiettivi principali sono stati: conoscere in modo accurato le caratteristiche socio-demografiche e socio-economiche di questa tipologia di utenza; analizzare le dinamiche dei flussi d'accesso all'ambulatorio; valutare i limiti e i punti di forza della propria organizzazione nella comprensione e soddisfazione dei bisogni.

Metodi

L'associazione Sokos per attuare questo studio si è avvalsa della collaborazione del Centro di Documentazione Ricerca Immigrazione e Salute (CEDRIS) (nato da una convenzione tra USL di Bologna e Sokos con il supporto finanziario della Fondazione del Monte). La ricerca ha esplorato i dati dell'archivio dell'ambulatorio SOKOS, riguardanti i pazienti e le attività mediche dell'ambulatorio. L'interpretazione dei dati si è avvalsa della letteratura disponibile in materia e delle ricerche di tipo qualitativo condotte precedentemente in Sokos.

Risultati

Lo studio ha permesso di mettere in luce e sistematizzare aspetti importanti quali: 1) Le caratteristiche socio-demografiche dell'utenza; 2) Ambiti di comparazione con la popolazione regolare (dai dati nazionali e provinciali); 3) Le connessioni tra condizione irregolare, insorgenza patologica e accesso ai servizi; 4) La relazione tra accesso ai servizi e attuali disposizioni legislative. Sono emerse inoltre, proprio per la difficoltà di analisi dei dati (a volte omessi, mancanti o erronei), gli ostacoli e i limiti del volontariato nell'affrontare attività complesse per una popolazione così specifica e variegata allo stesso tempo.

Conclusioni

Dinnanzi alla complessità dei risultati ottenuti, che evidenziano traiettorie e identità migratorie diversificate, culturalmente e storicamente peculiari, è evidente come un servizio di assistenza sanitaria per stranieri irregolari sia chiamato a dotarsi di strumenti analitici più raffinati, ma anche di una certa flessibilità rispetto ad una popolazione in continuo mutamento. Da queste evidenze e dai risultati raccolti emerge l'importanza di sviluppare forme di integrazione per le realtà territoriali di tipo volontaristico, al fine di promuovere una maggiore elaborazione ed integrazione dell'esperienza. Ed inoltre, la rilevanza della costruzione di contesti che favoriscano l'elaborazione dell'esperienza al fine di ottenere una maggiore qualità del servizio.

Contatto: Francesca Cacciatore (francesca.cacciatore@libero.it)

Il lavoro del Centro Devereux di Bologna con i rifugiati e i richiedenti asilo: per una memoria utile (p)

TARRICONE I, MENCACCI E, BRACA M, NOLET M, BERARDI D.

Istituto di Psichiatria "P. Ottonello" – Bologna

Obiettivi

L'aumento degli invii di rifugiati da parte dei centri di accoglienza in cui questi soggiornano hanno portato il Centro di studio e ricerche G. Devereux di Bologna a sviluppare una riflessione e un piano operativo finalizzato a migliorare la presa in carico di queste persone.

Metodi

Si è scelto di lavorare con gli operatori sociali che si occupano dei progetti d'integrazione, potenziando attraverso una formazione mirata le loro capacità di ascolto e di riconoscimento dei bisogni espressi dagli ospiti, portandoli a confrontare le loro esperienze lavorative in un gruppo di auto-mutuo aiuto adeguatamente guidato da un professionista della salute mentale. È inoltre stato costituito un setting in grado di comprendere le richieste di aiuto di questi pazienti, ponendo l'attenzione non solo ai vissuti traumatici, ma anche al disagio legato all'incertezza esistenziale che questi vivono nei contesti di accoglienza.

Risultati

Abbiamo evidenziato un miglioramento delle capacità degli operatori nel contenere la sofferenza derivante dalla relazione con i rifugiati e nel rispondere ai bisogni di questi utenti. Il nostro lavoro ci ha condotto inoltre a formulare una riflessione critica riguardo alla categoria di PTSD, spesso inadeguata a descrivere la complessità dei vissuti di questi nuovi pazienti.

Conclusioni

A seguito del lavoro svolto vengono individuate future direzioni per il potenziamento di attività di collaborazione tra Comune, quale istituzione referente dell'accoglienza di rifugiati e richiedenti asilo, e Centro di Salute Mentale.

Contatto: Elisa Mencacci (eli.mengri@katamail.com)

Servizio sociale e migranti: la sfida della relazione di aiuto transculturale (p)

DI ROSA R.T.

Università di Palermo

Obiettivi

Gli attuali assetti operativi, nell'ascolto della domanda dei migranti in particolare, costituiscono una nuova sfida per il servizio sociale come professione, richiedendo un ripensamento globale e permanente delle tre dimensioni classiche del sapere, saper fare e saper essere. Ciò determina la complessità dell'aiuto nel rispetto delle differenze, che non può prescindere da un lavoro individuale di decostruzione del razzismo e dalla maturazione di una consapevolezza antirazzista.

Metodi

Nella formazione delle assistenti sociali e nell'analisi dei loro interventi diventa un compito centrale un'attenzione a questa tematica perché si sappia riconoscere e confrontare la discriminazione e/o il razzismo nelle sue varie forme. Non effettuare questo ripensamento espone l'assistente sociale al fallimento dello stesso processo di aiuto; infatti, è molto elevato il rischio inconsapevole di assumere atteggiamenti inadeguati, dal punto di vista etico e professionale, come xenofobia, accoglienza acritica o paternalismo assistenziale. Una valida alternativa è il "dialogo transculturale", una metodologia di lavoro capace di fornire risposte adeguate alle esigenze poste dalla società odierna e quindi dell'incontro tra culture. È urgente quindi un adeguamento della formazione alle nuove sfide che mettono alla prova l'adesione a questi principi, in quanto professionisti, oltre che come persone.

Risultati

Si rende necessario, dunque, un ampliamento del tradizionale rapporto operatore/utente (articolato solitamente nella diade operatore-soggetto/utente-oggetto) fino ad approdare al riconoscimento ad entrambe le parti di un duplice ruolo, sia di soggetto che di oggetto all'interno del processo di aiuto. Un'efficace relazione di aiuto, costituita dall'intersezione di questi due percorsi, saprà tenere in considerazione tanto il retroterra culturale delle parti in essa coinvolte quanto la loro specifica individualità.

Conclusioni

Un intervento sociale di integrazione, secondo questi principi, si dà come obiettivo quello di accompagnare i migranti nel trovare, in un percorso a misura delle loro forze e scelte, il modo di ricreare una nuova identità attraverso una nuova composizione degli elementi che costituiscono l'esperienza, di saperla accettare e di trovare il modo di comunicarne la positività. Operatore e utente sono, contemporaneamente e con competenze diverse, artefici del processo di aiuto, entrambi contemporaneamente imparano e vengono modificati dall'altro.

Contatto: Roberta T. Di Rosa (robertadirosa@unipa.it)

Salute per tutti. Programmare i servizi per una sanità pubblica e multiculturale (p)

GNOLFO F, DE LUCA S, ERCOLE A, FRANCESCHINI A, IANNACE A, IERARDI T, LOMBRICI M, ORAZI L, PLASTINO A, RINALDI I, SANTONE G, SPADEA A, TARANTINO P, TONETTI S.

ASL Roma A

Obiettivi

La ASL Roma A intende realizzare un Programma di tutela e promozione della salute dei migranti secondo le linee d'indirizzo del Piano Sanitario Regionale: 1) Monitorare i bisogni di salute e il ricorso ai servizi sanitari; 2) Garantire l'accesso ai servizi sociosanitari - Informare gli immigrati sul diritto alla salute, sull'offerta dei servizi e sui percorsi assistenziali - Formare gli operatori dei servizi sui temi dell'intercultura in sanità - Promuovere la mediazione culturale in sanità - Riorientare i servizi in funzione di un'utenza multi-etnica; 3) Implementare strategie di sanità pubblica per la promozione della salute - Adottare modelli di sanità pubblica incentrati sulla sinergia pubblico-privato sociale e sulle esperienze di rete - Adottare strategie di offerta attiva, per specifiche aree di criticità sanitaria - Promuovere campagne di orientamento ai servizi, educazione alla salute e accessibilità all'assistenza sanitaria in favore dei rom e sinti.

Metodi

Needs/Impact-based planning model. Il Programma aziendale "Salute Migranti" è il complesso di attività che assicurano unitarietà di programmazione dei percorsi assistenziali e dei processi, attraverso soluzioni organizzative innovative. Il nuovo Atto aziendale ha istituito l'Unità Operativa "Assistenza Immigrati", a valenza interdistrettuale, con il compito di coordinare, promuovere modelli assistenziali innovativi e percorsi formativi specifici di medicina transculturale, elaborare procedure che garantiscano l'esercizio effettivo del diritto alla salute. Operatori con competenze specifiche garantiscono lo sviluppo di reti di collaborazione e integrazione a livello aziendale (Coordinamento "Salute Migranti" e Rete dei referenti) e a livello territoriale (Consulta per una salute interculturale).

Risultati

La ASL RM/A ha promosso una mediazione di sistema dove l'organizzazione sanitaria risponde ai bisogni dei migranti, garantendo universalità, equità ed efficacia dei percorsi assistenziali senza distinzione di status degli stranieri. Il programma "Salute Migranti", attraverso una rete di servizi culturalmente competenti, ha pianificato le seguenti attività: - Sportello interculturale InformaSalute (Caritas Roma) - Percorso formativo "Salute Migranti" - Progetti di mediazione culturale (CIES e INMP) - Linee guida comuni di accesso all'assistenza sanitaria - Rete degli ambulatori STP di medicina generale - Programmi di screening oncologico offerti alle donne migranti (ASP) - Equipe interdistrettuale "Salute rom/sinti" - Campagne di orientamento ai servizi nei campi, offerta attiva di vaccinazioni per i bambini rom - Centro Salute Migranti Forzati. Servizio integrato (ASL RM/A - Centro Astalli) di accoglienza, orientamento e offerta di percorsi interdisciplinari di cura per richiedenti asilo e vittime di tortura.

Conclusioni

Il programma "Salute Migranti" è un laboratorio multidisciplinare e multiculturale, aperto a realtà diverse del territorio. Per governare l'intero processo, dall'accoglienza e presa in carico alla verifica dei risultati, la ASL RM/A promuove un modello, incentrato sulle esperienze di rete (Gris Lazio), sulle intese con associazioni (Caritas, Centro Astalli, Casa Diritti Sociali, CIES, AIT), istituzioni sanitarie (INMP), sull'integrazione sociosanitaria con Comune e Municipi. In termini di efficienza, lavoro di rete e *empowerment* sociale valorizzano risorse esistenti attraverso condivisione di obiettivi, strategie e metodologie di lavoro. In termini di equità, orientamento, offerta attiva e *empowerment* di comunità favoriscono reale fruibilità dei servizi, appropriatezza delle prestazioni da parte di comunità e gruppi sociali ad elevata vulnerabilità sanitaria.

Contatto: Gnoflo Filippo (salute.migranti@aslromaa.it)

La Consultazione Socio-Culturale in ambito psichiatrico: valutazioni preliminari dell'esperienza nel distretto di Pianura Est (Bologna) (p)

MARTINO A, SPIGONARDO V.

Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna; Centro di Consultazione Socio-Culturale Distretto di Pianura Est (Bologna)

Obiettivi

Sperimentare un approccio multi-disciplinare e multi-metodologico alla salute mentale ed ai suoi determinanti nella popolazione migrante attraverso la costituzione di un team multi-professionale che analizzi l'impatto dei fattori culturali, sociali, giuridici ed economici sullo stato complessivo di salute dei migranti e sulla loro domanda di cura in ambito interculturale, con l'obiettivo di fornire supporto ai servizi socio-sanitari nel definire i percorsi terapeutici e di assistenza più appropriati nei casi di alta complessità, coordinare gli interventi e mettere in rete l'area dei servizi sanitari e l'area dei servizi alla persona.

Metodi

Il Progetto del Centro di Consultazione è nato dalla collaborazione tra il Dipartimento di Salute Mentale dell'Ausl di Bologna, il Centro di Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, la cattedra di Antropologia Sociale dei Saperi Medici dell'Università di Bologna e alcuni professionisti esperti in servizi socio sanitari ed etno-psichiatria. Il quadro teorico di riferimento segue due modelli principali: la "Cultural Consultation" proposta della McGill University di Montreal, che si caratterizza come servizio di consultazione (operando quindi senza una presa in carico del paziente) a supporto dei clinici e degli operatori che lavorano nell'ambito della salute mentale in un contesto multiculturale; i determinanti sociali come cornice per l'analisi delle relazioni tra organizzazione sociale, cultura e fattori biologici quali agenti che possono influenzare direttamente la salute o l'offerta dei servizi. Le metodologie di lavoro del Centro di Consultazione combinano ricerca, azione e formazione: attraverso una specifica attività di ricerca a partire dall'esperienza di consultazione vengono condensate ed organizzare le conoscenze potenzialmente rilevanti nel migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi; le conoscenze acquisite vengono attivamente trasferite ai servizi attraverso una relazione finale e momenti specifici di confronto con gli operatori, ai professionisti in formazione invece il Centro offre uno spazio per tesi, tirocini o stage.

Risultati

Il Centro di Consultazione Culturale è stato attivato in via sperimentale nello scorso autunno dopo l'approvazione nei Piani di Zona. Nel periodo precedente il team ha effettuato la mappatura dei principali determinanti di salute che agiscono sul territorio a partire dalle informazioni quantitative già presenti nelle banche dati socio-sanitarie istituzionali e qualitativi attraverso un lavoro etnografico svolto autonomamente. Sono stati inoltre effettuati una serie di incontri con gli operatori per informarli delle attività del Centro. Con la disponibilità di due spazi dedicati l'attività di consultazione si svolge attualmente quattro mattine al mese.

Conclusioni

Anche se non sono ancora disponibili esperienze sufficienti per la valutazione dell'intero processo alcune considerazioni preliminari possono essere avanzate: l'approccio multi disciplinare presenta iniziali difficoltà per via dei differenti linguaggi e approcci. Il lavoro in team (e non la semplice sovrapposizioni delle professionalità) consente la costruzione di un linguaggio e di conoscenze comuni; le prime attività di consultazione sembrano avvalorare l'idea che l'approccio multi-disciplinare alla complessità consenta di comprendere in maniera efficace quali sono i fattori principali che agiscono sulla salute dei pazienti visitati e ed indicare possibili strategie per la risoluzione

Contatto: Vincenzo Spigonardo (vincenzo.spigonardo@gmail.com)

10 anni di attività (p)

GUIDI S, MAIOLO S.

Azienda Policlinico Umberto I - Roma

Obiettivi

L'Azienda Policlinico Umberto I di Roma, essendo collocata centralmente sul territorio romano e nei pressi della Stazione Termini e dell'Università "La Sapienza", ha un numero di accessi di cittadini stranieri molto elevato (circa 5.500 ricoveri nel 2010 e un totale di oltre 57.000 ricoveri dal 2000 ad oggi). L'Ufficio Stranieri, presente da trent'anni all'interno dell'Azienda, rappresenta un punto straordinario di osservazione dei mutamenti migratori. L'attività si è trasformata nel tempo, passando da un lavoro di mera contabilità, relativa al recupero del credito nei confronti di assicurazioni e istituzioni, a uno di intermediazione tra i nuovi bisogni e normative vigenti. Il Policlinico è uno degli ospedali di riferimento della Regione Lazio per i Programmi Umanitari Regionali. È partner in campo internazionale con alcune ONG per progetti di cooperazione nel trasferimento di *know-how*. Provvede al rilascio delle tessere S.T.P ed E.N.I. e agevola, ove necessario il rapporto tra medico e paziente sia a livello legislativo (assicurazione, TEAM etc.) che linguistico. L'Ufficio si avvale di un mediatore linguistico culturale, italiano per scelta, (31.01.2011), e del servizio degli assistenti sociali aziendali, ai quali vengono presentati i casi più sensibili. L'Ufficio è presente all'interno del GRIS e collabora con una rete di varie associazioni di volontariato e del terzo settore. L'obiettivo è quello di riassumere gli ultimi 10 anni di attività, come occasione per valutare i fenomeni migratori dal punto di vista sanitario attraverso la lente di ingrandimento di una struttura che si è attivata e rinnovata per poter meglio rispondere alle nuove richieste di salute.

Metodi

Per poter avere un'immagine il più completa possibile, sono state utilizzate diverse fonti. L'analisi non è stata semplice in quanto nel tempo si sono succeduti più sistemi di archiviazione dei dati. Sono stati utilizzati i dati dell'Ambulatorio per i Migranti, i dati del programma RAD per la gestione dei ricoveri e quelli dell'Ufficio relativi agli STP ed ENI, divisi per anno, nazionalità, sesso, età.

Risultati

Lo studio ci ha permesso di evidenziare come le politiche migratorie e sociali cambiano i numeri e la modalità degli accessi. I determinanti della salute si rivelano fondamentali e fanno la differenza tra regolare e irregolare. Casa, lavoro, istruzione, famiglia permettono senza alcun dubbio una salute identica a quella degli italiani. Il migrante irregolare accede più spesso al pronto soccorso, presentando patologie complicatesi per il tempo trascorso dall'insorgere della malattia, il migrante regolarmente iscritto al S.S.N e con medico di famiglia arriva alla struttura già trattato e accede maggiormente attraverso ambulatorio.

Conclusioni

Le scelte politiche, quindi, sono un fattore determinante per una vera inclusione e mutano l'accesso e le modalità alle cure, determinando livelli diversi di bisogno di salute. La realizzazione di percorsi che facilitano l'accesso aumenta la richiesta di servizi di minor costo, facendo diminuire quelli di P.S. migliorando le condizioni di salute di genere.

Contatto: Stefano Guidi (s.guidi@policlinicoumberto1.it)

L'ospedale culturalmente competente (OCC) come risposta alla diversità culturale e alla centralità della persona (p)

COSSUTTA M, DONETTI D, CONFALONI E.

Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma

Obiettivi

Obiettivo generale: promuovere un processo di sviluppo complessivo dei servizi, per realizzare un modello organizzativo e gestionale che, finalizzato alla presa in carico globale dei pazienti stranieri, migliori l'equità e l'appropriatezza delle risposte assistenziali per tutte le persone. Obiettivi specifici: - Inserire l'attenzione alla diversità culturale nei documenti strategici aziendali - Promuovere l'attenzione dei sistemi informativi e di valutazione alla dimensione dell'equità e delle disuguaglianze in salute, connesse alle differenze sociali ed etno-culturali - Superare le barriere linguistiche e culturali - Integrare le competenze inter-culturali con quelle professionali ed organizzative.

Metodi

• Creazione di una responsabilità aziendale specifica per il coordinamento delle scelte (Delegato per l'OCC) • Inserimento degli obiettivi dell'OCC in quelli di budget aziendale • Declinazione di un servizio integrato di mediazione culturale con modulazione di offerta • Piano di formazione aziendale all'interculturalità • Produzione di cartellonistica e di materiale informativo multilingue • Incontri con i responsabili dei servizi • Elaborazione di protocolli e procedure • Progettazione di azioni di *health literacy* • Realizzazione di indagini qualitative • Monitoraggio delle azioni.

Risultati

- Integrazione degli obiettivi dell'OCC negli obiettivi di budget annuale di tutte le unità operative - Modificazione degli standard della Carta dei servizi - Attivazione del servizio di mediazione a chiamata Face to Face, con postazione fissa presso il servizio IVG/materno infantile - Sviluppo di protocolli d'intesa per l'assistenza religiosa ai pazienti di diverse religioni - Sviluppo di procedure per la fornitura di pasti rispondenti alle scelte alimentari del paziente, in relazione a valenze culturali o religiose. - Azioni di *health literacy* presso le comunità, in collaborazione con il "Forum salute donne italiane e migranti" aziendale - Attivazione della collaborazione tra Forum e mediatrici - Svolgimento di Focus group con operatori sulla presa in carico della popolazione migrante - Attivazione del sistema informativo aziendale per il monitoraggio dei dati relativi agli accessi e alle prestazioni dei pazienti stranieri, suddivisi per genere, provenienza, lingua, condizione di regolarità - Partnership con altre esperienze e progetti che promuovono la salute nella comunità.

Conclusioni

Il Progetto OCC ha promosso un processo di cambiamento delle culture organizzative aziendali. La strategia aziendale di "umanizzazione della cura" assume infatti la diversità culturale come oggetto di attenzione privilegiata per rispondere alla centralità della persona, di ogni persona, nella complessità delle sue molteplici dimensioni, sollecitando la realizzazione di servizi orientati alla persona per tutti i pazienti. L'umanizzazione della cura è considerata obiettivo della qualità assistenziale, intendendo la qualità come appropriatezza, efficacia, efficienza ed equità ed è considerata un indicatore della performance aziendale. Le azioni indicate dagli obiettivi di budget 2010 per l'OCC sono delineate come azioni integrate con le altre U.O. dell'azienda, sottolineando così che il processo di cambiamento previsto attraverso l'intero assetto organizzativo e gestionale aziendale.

Contatto: Maura Cossutta (mcossutta@scamilloforlanini.rm.it)

Board Equità: gestione delle diversità per la riduzione delle disuguaglianze (p)

COCCHI M C, COSTANTINO R, ACCORSI A, CIONI L, TADDIA P, FABBRI P, MATARAZZO T, DE TOGNI A, SIGNANI F, CAVINA R, PADOVANI A, GIROTTU U, NEGRI D.

Azienda USL di Bologna per le Aziende sanitarie dell'Area Vasta Emilia Centro

Obiettivi

Considerati l'art. 13 del Trattato di Amsterdam e la direttiva (2000/78/CE) per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro, la Regione Emilia Romagna ha promosso un progetto avente lo scopo di implementare e sperimentare modelli organizzativi al fine di gestire le diversità, maggiormente oggetto di discriminazione secondo l'art. 13 del Trattato di Amsterdam, nel rispetto dell'equità. In tale contesto, nasce il progetto dell'Area Vasta Emilia Centro finalizzato ad esplorare e verificare lo stato dell'arte sulla gestione della diversità all'interno della nostra organizzazione. L'obiettivo specifico è quello di costruire la demografia del personale dipendente articolata per genere, cittadinanza, età, disabilità e verificare la fattibilità presso due aziende sanitarie della stessa Area Vasta. Un'ulteriore obiettivo è quello di fare una ricognizione della legislazione vigente in materia di *diversity management* e delle ricadute operative all'interno delle aziende sanitarie fornendo al contempo una prima ricognizione degli organismi previsti ed attivati, funzioni e ruoli (es. comitati pari opportunità, ecc.).

Metodi

Il progetto ha compreso un percorso formativo composto da laboratori tematici, con l'obiettivo di fornire elementi teorici e strumenti concreti di lavoro in tema di equità nei servizi sanitari (*equality impact assessment*), partecipazione dei professionisti per la definizione e condivisioni delle strategie di equità. È stata messa a punto ed adottata scheda di autovalutazione utilizzata per la mappatura sulle diverse attività che l'Azienda promuove nell'ambito di eguaglianza di accesso e *diversity management*. Per mappare il personale interno alle nostre organizzazioni sono state considerate le diversità citate dal art. 13 del Trattato di Amsterdam con l'aggiunta delle seguenti dimensioni: titolo di studio, ruolo organizzativo, tipologia contrattuale.

Risultati

- È stato formalizzato un board Aziendale sull'Equità - È stato redatto uno specifico progetto aziendale sull'equità - È stata analizzata la situazione aziendale e fatta una mappatura delle azioni contro le diversità, esperienze e competenze attualmente in essere in azienda - È stata fatta una ricognizione legislativa nazionale e locale delle buone pratiche adottate in Italia da enti pubblici e privati nei diversi ambiti del DM - È in corso uno studio di fattibilità sulla mappatura del personale interno alla nostra organizzazione.

Conclusioni

L'analisi della demografia del personale permetterà di identificare le particolarità organizzative che rendono necessarie una politica di *diversity management*. Le Aziende sanitarie sono ambiti che da tempo sono a contatto con le diversità, sia per quanto riguarda l'utenza straniera, sia per la presenza di lavoratori e lavoratrici straniere al loro interno; inoltre la professionalità all'interno di tali organizzazioni si è estremamente femminilizzata. Affrontare i cambiamenti e valorizzare le proprie risorse umane è oggi una priorità per ogni Pubblica Amministrazione: gestire le diversità significa gestire il cambiamento e rendere quindi un'istituzione pubblica più efficace nel perseguimento dei propri obiettivi, contribuendo al benessere del proprio personale.

Contatto: Rosa Costantino (rosa.costantino@ausl.bologna.it)

Il percorso dell'AUSL di Bologna sulla sensibilizzazione della popolazione straniera nella prevenzione del carcinoma mammario (p)

COSTANTINO R^a, MATO J^b, SAGUATTI G^a, SALIMBENI S^a, ACCORSI A.^a

^aAzienda USL di Bologna; ^bAMISS

Obiettivi

L'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna nel 2003 invitava a porre, rispetto al Programma di screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, una particolare attenzione per migliorare l'adesione delle donne, promuovendo specifici interventi in gruppi ad alto rischio e "bassa partecipazione", indicando la necessità di un ulteriore sforzo per migliorare l'adesione delle donne al Programma di screening mammografico. Questi concetti sono stati ribaditi dal Piano regionale della prevenzione del 2006, rafforzati dall'indicazione di estendere l'invito agli screening a tutte le persone domiciliate nel territorio, compresi i cittadini stranieri. Una vasta letteratura ha evidenziato che la scarsa adesione alle campagne di screening da parte delle donne immigrate è causata da barriere sia linguistico-culturali che logistico/geografiche e dall'inefficacia degli strumenti di comunicazione tradizionali su queste fasce popolazione. L'obiettivo dell'AUSL di Bologna è stato quello di sensibilizzare la popolazione al tema della diagnosi precoce oncologica sui tre screening attivi attraverso una serie di metodi e strumenti innovativi, con particolare attenzione alle donne e alle discriminanti linguistiche culturali.

Metodi

La strategia è costituita in un percorso strategico per tappe iniziato nel 2004 che ha previsto: - l'istituzione di un gruppo tecnico scientifico, interdisciplinare, per la pianificazione delle azioni e valutazione dell'impatto sui singoli screening; - l'istituzione di due gruppi tecnici per il monitoraggio e la programmazione delle azioni relative a mammella e cervice; - la progettazione e acquisizione di una Unità Mobile Mammografica per le aree orograficamente svantaggiate; - il coinvolgimento di mediatrici culturali in tutte le attività sono state pianificate e coordinate; - incontri di sensibilizzazione sulle tematiche sanitarie-screening con meeting differenziati per le diverse etnie coinvolte.

Risultati

Realizzazione di una campagna informativa presso luoghi di aggregazione strategici • Realizzazione di brochures per i tre gli screening attivi • Realizzazione di materiale informativo, lettere di invito multilingue per lo screening mammografico • Guida fotografica bilingue (italiano e lingua straniera) ad utilizzo degli operatori • Realizzazione Master Class rivolta agli operatori che lavorano nei programmi di screening in ambito nazionale riguardante modelli di intervento, strategie e strumenti per incrementare la partecipazione agli screening nella popolazione in generale e in sottogruppi specifici della popolazione.

Conclusioni

Punti di forza della strategia: • Coinvolgimento delle mediatrici culturali in tutte le fasi del progetto • Partecipazione attiva di *stakeholders* significativi • *Empowerment* delle donne, con particolare attenzione alle donne straniere • Implementazione dell'integrazione ospedale/territorio • Creazione di una stabile relazione tra mediatrici culturali e operatori AUSL a beneficio delle donne straniere • Accesso ai test diagnostici subito dopo gli incontri di sensibilizzazione • Utilizzo di Unità Mobile Mammografica per raggiungere località sprovviste di diagnostica • Azioni mirate ad indirizzare le donne straniere verso i servizi già esistenti e non crearne ad hoc. Criticità riscontrate: 1) Risorse limitate; 2) Poca attenzione a modelli di informazione/comunicazione innovativi volti alla prevenzione e non all'assistenza; 3) Cultura sanitaria ancora focalizzata sulla malattia e non ancora completamente orientata al concetto di benessere; 4) Una buona *governance* prevedrebbe il coinvolgimento degli attori significativi in tutte le fasi del processo, invece ora tutti vengono coinvolti all'inizio e molti si perdono per strada.

Contatto: Rosa Costantino (rosa.costantino@ausl.bologna.it)

Medicina delle migrazioni: la transdisciplinarietà come elemento chiave di integrazione (p)

PREVITERA B, BRUNO L.
ASUR Ancona

Obiettivi

La complessità realizzativa di un progetto per l'evoluzione del sistema sanitario richiede la definizione di una visione strategica comune, attraverso un modello di riferimento, condiviso tra tutti gli attori coinvolti ai vari livelli socio-istituzionali, a supporto della strategia delle Regioni, orientata a realizzare un sistema che garantisca la più ampia disponibilità di servizi e di conoscenza a tutti gli utenti in condizioni di efficacia ed efficienza.

Metodi

La disponibilità di sistemi integrati e cooperativi consente lo sviluppo di forme di aggregazione di utenti coinvolti in specifiche aree tematiche, le "e-community".

Risultati

La volontà di creare una Cabina di regia regionale dedicata all'Integrazione Ospedale-Territorio conferma la visione strategica di un'ottica di rete globale, in linea con il concetto di "valori estesi".

Conclusioni

La "società estesa" potrà costituire il reale passaggio dalla società industriale alla società digitale solo se sarà in grado di determinare un'organizzazione sociale centrata sulla valorizzazione delle scelte e sulla diffusione della conoscenza (*knowledge society*). L'estrema complessità creata dall'evoluzione tecnologica, economica e sociale in corso indica una "terza" e nuova dimensione della catena del valore aziendale: quella del "valore" o meglio dei "valori estesi", la cui condivisione e riconfigurazione in una logica di matrice istituzionale diviene fondamentale per la creazione del valore aggiunto sociale all'interno di una nuova "catena del valore estesa", che supera i "confini" tradizionali esistenti tra mondo aziendale, mondo individuale, mondo sociale e mondo istituzionale. A tal fine è necessario giungere alla "transdisciplinarietà", caratterizzata dall'alzarsi dal tavolo di confronto più ricchi, grazie al metodo della condivisione, all'uso di un linguaggio comune, all'apertura mentale, all'ottica di rete.

Contatto: Bice Previtera (biceprevitera@gmail.com)

Le migliori pratiche e politiche di formazione del personale sulle competenze interculturali (p)

PIZZINI E, RINALDI A, PIZZUTI S, CIVITELLI G, PITINI E, MARCECA M.

Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie

Obiettivi

La varietà di culture comporta un approccio nuovo e variegato, dove l'attenzione a elementi essenziali quali l'*health literacy* e la *cultural competency* (C-C) dovrebbe necessariamente interessare il personale sociosanitario. L'argomento è stato "rivitalizzato" da due rapporti dell'Institute of Medicine statunitense che hanno evidenziato l'importanza delle cure centrate sul paziente e della formazione sugli elementi costitutivi della C-C per migliorare la comunicazione e quindi la qualità delle cure, eliminando le potenziali disparità. Tuttavia, manca ancora una riflessione consapevole sugli effetti di questi elementi sul sistema di valori della cultura medica, e sulla conoscenza e consapevolezza del fenomeno della comunicazione interculturale in ambito sanitario trasmesse attraverso processi formativo-educativi. Abbiamo inteso avviare un lavoro di ridefinizione dei processi di insegnamento/apprendimento affinché possano produrre lo sviluppo di competenze. All'interno di questa cornice il focus della ricerca è stato duplice: selezionare gli studi aventi come oggetto la formazione degli operatori sociosanitari sulle tematiche afferenti alla C-C e alla comunicazione interculturale sull'assistenza sanitaria alla popolazione straniera; selezionare gli studi aventi come oggetto una valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione sull'acquisizione della C-C.

Metodi

È stata effettuata una ricerca bibliografica con i seguenti termini: *sociocultural barriers, cultural competence, cross-cultural care, health disparities, racial/ethnic disparities, e multicultural health*; sono state consultate, adottando strategie di ricerca specifiche, le seguenti banche dati: Medline, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Embase, EPOC, RDRB/CME e CINAHL. Sono state identificate le riviste scientifiche più significative e visionate le voci bibliografiche presenti negli articoli selezionati per la ricerca.

Risultati

La ricerca è ancora in corso. Al momento sono stati selezionati, riguardo il primo focus, circa 60 studi; sono stati inclusi circa 40 studi inerenti la valutazione dell'efficacia dei C-C curricula. Dall'analisi preliminare emergono principalmente due aspetti: l'insegnamento nel campo della C-C è concentrato in parte sui metodi per migliorare la comprensione da parte del paziente delle proprie malattie e condizioni (e cioè il modello di comprensione del paziente); il lavoro sulla definizione delle competenze non può essere raggiunto senza un lavoro sulle discipline attorno ai "vincoli conoscitivi" che le caratterizzano.

Conclusioni

Le "competenze culturali" vanno assunte come motore d'innovazione dei processi di insegnamento/apprendimento prima che come criteri di misurazione e certificazione dei risultati. L'approccio per competenze può cambiare il modo di descrivere, verificare e certificare gli apprendimenti dei professionisti, solo se prima modifica il modo di progettare i percorsi formativi. Criteri e strumenti di certificazione delle competenze, che non siano stati preceduti dall'assunzione di metodologie didattiche coerenti, risultano inopportuni e controproducenti. Un approccio per competenze, per essere coerentemente praticabile, dovrebbe coinvolgere tutti i livelli dell'iter progettuale della formazione: dal piano formativo all'attività del singolo docente, alla pratica didattica, alla valutazione e certificazione finali. In tal senso non può evitare di confrontarsi con l'intero progetto culturale e didattico dell'ECM. Le competenze culturali non sono raggiungibili con procedure "automatiche"; sono il frutto di un lavoro di insegnamento/apprendimento lungo e complesso che spesso coinvolge più ambiti disciplinari; sono parte perciò del tempo della formazione che è riflessione, approfondimento, esercizio, ritorno.

Contatto: Emma Pizzini (emmpiz@gmail.com)

Orientamenti metodologici per la formazione e l'aggiornamento degli operatori sociosanitari nel campo della salute e dell'assistenza alle persone immigrate: quali strategie di implementazione? (p)

PIZZUTI S^{a,c}, PIZZINI E^{a,c}, CIVITELLI G^{a,c}, GERACI S^{b,c}, LENGUINI L^s, PIZZALIS G^{c,f}, BAGLIO G^{c,d}, CURCETTI C^e, RIGHI M^e, LORENZINI L^g, ANTONINI M S^g, L'ABBATE M T^h, MARCECA M.^{a,c}

^aSapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive; ^bArea Sanitaria Caritas di Roma; ^cSocietà Italiana di Medicina delle Migrazioni; ^dLazioSanità – Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio; ^eRegione Emilia-Romagna; ^fRegione Friuli Venezia Giulia; ^gRegione Lazio; ^hRegione Puglia

Obiettivi

L'accordo Stato-Regioni del 5/11/2009 su "Il Nuovo Sistema di Formazione Continua in Medicina", con riferimento a "Gli obiettivi formativi nazionali e regionali", riconosce la "Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria" tra "le aree di riferimento che, in coerenza con i Piani sanitari nazionali e regionali vigenti e quindi periodicamente rinnovabili, dovranno essere utilizzate per l'individuazione degli 'obiettivi formativi' che devono essere evidenziati nei Piani di Formazione dei singoli Provider, pubblici e privati". Ciò comporta che tale tema sia stato incluso tra le "aree di riferimento per l'accreditamento dell'offerta formativa ECM". Tra i risultati del Progetto "Migrazione: sistema di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitari e verifica dell'osservanza del diritto alla salute di queste popolazioni" (finanziato e promosso dal Ministero della Salute e con responsabilità scientifica e di coordinamento dell'ISS), conclusosi nel Luglio 2010, è stato prodotto un documento finale di raccomandazioni, dal titolo "Indicazioni metodologiche relative alla formazione degli operatori sociosanitari nel campo della salute e dell'assistenza alle persone immigrate". Lo stile fortemente partecipativo che ha caratterizzato la stesura del documento rappresenta la migliore premessa per la sua successiva applicazione. Sembra però necessario identificare precise strategie di implementazione locale di tali orientamenti, che vedano, tra gli altri, un fattivo coinvolgimento della SIMM (che, con diversi suoi soci, ha partecipato all'intero percorso), e in particolare dei GrIS. Il Consiglio di Presidenza della SIMM ha fatto proprio il documento, che di fatto rappresenta una revisione/adattamento delle Raccomandazioni per la Formazione adottate dalla SIMM nel maggio 2004 (vedi box).

Metodi

L'applicazione degli orientamenti metodologici presenti nel documento potrebbe essere favorita, a livello locale, da: l'emanazione di specifiche delibere/direttive/note/circolari... da parte della Giunta o di Assessorati/Servizi regionali; l'inclusione o il riferimento al documento nei Piani sanitari regionali; la diffusione del Documento presso gli Uffici/Servizi di formazione delle Aziende Sanitarie; l'adozione del documento da parte della Commissione Nazionale ECM dell'Agenas e delle Commissioni regionali per l'Educazione Continua in Medicina (ECM); il rispetto del vincolo alla concessione del patrocinio della SIMM alle iniziative formative che seguano, complessivamente, le indicazioni metodologiche. Un ruolo attivo dei GrIS nella loro capacità propositiva rispetto alle Istituzioni regionali di riferimento potrebbe favorire questi processi.

Risultati

Delle 13 regioni che, ad oggi, hanno ufficialmente sottoscritto il documento (Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Val d'Aosta, Veneto), la regione Lazio ha recentemente prodotto una Determinazione (la n. B5336 del 29 ottobre 2010), che, nell'approvare un Programma Regionale di Formazione degli operatori sociosanitari sull'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri finanziato con 30.000 euro per ciascuna delle 12 ASL regionali, allega il documento di "Indicazioni metodologiche...". Questo rappresenta un primo esempio di implementazione e valorizzazione delle raccomandazioni.

Conclusioni

Un adeguato aggiornamento dei professionisti, secondo le caratteristiche della moderna ECM, può supportare la qualità dell'assistenza e la qualificazione dei servizi utilizzati dalle persone immigrate. In tal senso, si auspica che possano essere adottate idonee strategie di implementazione delle indicazioni metodologiche recentemente approvate e che le diverse istituzioni e agenzie formative coinvolte vi facciano riferimento concreto.

Contatto: Silvia Pizzuti (silvia.pizzuti0@alice.it)

Tratto da *Raccomandazioni sulla formazione della SIMM (Lampedusa 2004)*

Nella fase di elaborazione del progetto formativo si raccomanda di:

- identificare il livello formativo più congruo alle esigenze locali, prevedendo eventuali aggregazioni in moduli successivi;
- curare la completezza e l'equilibrio interno delle tematiche trattate.

Con riferimento alla proposta di *Corsi di Base*, vengono individuate come indispensabili le seguenti tematiche: a) Aspetti socio-demografici; b) Aspetti clinico-epidemiologici; c) Aspetti normativi; d) Aspetti relazionali; e) Aspetti relativi all'organizzazione e integrazione dei servizi in un'ottica di "percorsi assistenziali".

Tutte le tematiche dovrebbero essere affrontate affiancando al contesto generale (nazionale e regionale) quello specifico locale.

- Tentare di coinvolgere, nella promozione dei Corsi, i diversi attori istituzionali e non istituzionali (Università, Asl, Enti Locali, Comunità straniere, Terzo Settore, altre realtà locali significative);
- promuovere il più possibile la realizzazione di proposte formative che si rivolgano, in qualità di destinatari, a tutti i possibili attori coinvolti nel percorso di vita e di assistenza del paziente straniero (figure amministrative, con particolare riferimento agli operatori addetti all'orientamento ai servizi; personale di assistenza socio-sanitaria: infermieri, medici, psicologi, assistenti sociali, mediatori linguistico-culturali, volontari...);
- privilegiare le soluzioni residenziali per facilitare la conoscenza tra i partecipanti e la condivisione delle esperienze, anche allo scopo di favorirne la messa in rete;
- contenere il numero dei partecipanti in modo da renderne effettivamente possibile il coinvolgimento diretto attraverso interventi, testimonianze, etc. e in modo da agevolare la conduzione di lavori di gruppo/esercitazioni;
- prevedere spazi effettivi per gli interventi e le interazioni tra e con i partecipanti;
- prevedere momenti di valutazione iniziale e finale attraverso strumenti semplici e affidabili (pre- e post-test);
- nel caso che le proposte formative già accreditate vengano reiterate, sottoporle a rivalutazione critica, nell'ottica di un adattamento e aggiornamento.

Nella fase di realizzazione dell'evento formativo si raccomanda di:

- supportare sempre, laddove possibile, il messaggio formativo con solide basi scientifiche, rigore metodologico e informazioni aggiornate;
- agganciare i contenuti formativi alle proprie esperienze dirette (anche attraverso il ricorso a storie esemplari e casi specifici);
- stimolare e valorizzare le esperienze e le testimonianze dei partecipanti;
- saper lavorare sui pregiudizi ed evitare la "trappola" della contrapposizione ideologica;
- utilizzare approcci e modelli pedagogici "centrati sul discente" e che valorizzino l'apprendimento attivo basato sull'esperienza;
- promuovere e supportare iniziative ulteriori di cui si rendano protagonisti gli stessi partecipanti (ad es. progetti di ricerca e formazione, gruppi di studio, circoli di qualità, etc.).

Il ruolo del mediatore interculturale nel favorire percorsi di inclusione e cittadinanza a partire dall'accesso ai servizi socio sanitari (p)

FRANZON G.

Regione Veneto – Azienda ULSS 22 – Bussolengo

Obiettivi

Finalità generale dell'impiego dei mediatori interculturali nel contesto dei servizi sociosanitari e nella scuola è la promozione delle pari opportunità di accesso nei confronti dei cittadini migranti. Favorendo l'interazione tra gli utenti e i servizi socio sanitari, a partire dall'abbattimento delle barriere linguistiche e culturali, il mediatore da un lato permette all'utente di accedere ai servizi in condizioni di pari opportunità, dall'altro facilita gli operatori nel lavoro quotidiano con gli utenti migranti. Ulteriori obiettivi dell'azione sono promuovere competenze interculturali all'interno del contesto dei servizi e diffondere buone prassi di inserimento scolastico e sociale dei minori stranieri e delle loro famiglie.

Metodi

I mediatori interculturali, che devono conoscere ottimamente la lingua italiana e la lingua dell'utente, sostengono l'interazione tra le parti intervenendo nelle dinamiche relazionali e comunicative. In particolare:

- Affiancano gli alunni di recente immigrazione nella fase dell'inserimento in classe, facilitando l'avvio di un positivo percorso scolastico e di relazioni significative con gli insegnanti e il gruppo dei pari
- Accompagnano le famiglie nella interazione con la scuola, facilitando la relazione e il dialogo
- Affiancano gli utenti nell'accesso ai servizi sociosanitari del territorio
- Supportano gli operatori dei servizi e della scuola nella predisposizione dei percorsi di presa in carico, a partire dalla corretta lettura della situazione. Viene posta particolare attenzione nel sostenere l'attivazione della rete dei servizi e nel promuovere acquisizione e utilizzo di competenze interculturali da parte degli operatori.

Risultati

- Corretto accesso e utilizzo dei servizi da parte degli utenti migranti
- Miglioramento della relazione tra utenti e operatori
- Positivo inserimento scolastico e sociale per i minori e le loro famiglie
- Aumento della partecipazione attiva delle famiglie alla vita della comunità locale
- Incremento delle competenze interculturali degli operatori

Conclusioni

Troppo spesso l'inserimento scolastico di un alunno di recente immigrazione o l'interazione tra cittadini migranti e servizi sono caratterizzati da significative criticità e disorientamento. Gli operatori lamentano la difficoltà di prese in carico efficaci, gli utenti sono in balia di contesti che non riescono a decifrare. L'interazione tra operatore e utente può essere difficile e faticosa, con vissuti di frustrazione e disorientamento da parte di entrambi. L'azione del mediatore interculturale va nella direzione di facilitare la comunicazione e di semplificare l'interazione tra le parti contribuendo in modo significativo a creare condizioni migliori al dialogo e all'avvio di relazioni positive. Il corretto accesso ai servizi e una buona interazione tra operatore e utente sono alla base di percorsi di presa in carico efficaci, basati su relazioni di alleanza tra le parti. Il mediatore facilita la reciproca comprensione, la possibilità di dialogare, negoziare e condividere lettura dei bisogni, obiettivi, percorsi e strategie di soluzione. In questa prospettiva l'azione del mediatore promuove acquisizione di consapevolezza da parte dei soggetti in causa con conseguente assunzione di responsabilità e aumento dell'autonomia. Ancora il mediatore, rappresentando un nodo della rete dei servizi, contribuisce alla sua attivazione, specie quando sia necessaria una presa in carico condivisa di situazione di elevata complessità, rappresentando un elemento indispensabile per favorire processi inclusivi nella scuola e sul territorio.

Contatto: *Gabriella Franzon (serviziostranieri@ulss22.ven.it)*

Diritti umani negati e strategie organizzative di sanità pubblica per richiedenti/titolari di protezione internazionale (p)

SANTONE G, GNOLFO F, BACIGALUPI M, BENEDETTI P, BRACCI C, CASAGRANDE S, GADDINI A, GERACI S, GUARINO B, JEGER K, MARCECA M.

Comitato scientifico Centro Salute Migranti Forzati

Obiettivi

Nel luglio 2010 l'Azienda Sanitaria Locale Roma A rinnova il protocollo d'intesa con l'Associazione Centro Astalli, con l'ambizione di rendere concreto il diritto alla salute dei richiedenti/titolari di protezione internazionale. Il Centro SAMIFO è un servizio dedicato che ha come obiettivo la presa in carico e la cura temporanea dei migranti forzati, per favorire sia l'accoglienza che l'integrazione.

Metodi

Servizio integrato in cui sono previste sei linee di attività, un Coordinamento e un Comitato Scientifico, composto da professionisti di istituzioni pubbliche, scientifiche, universitarie e dell'associazionismo. Il 2010 ha confermato l'alto flusso di migranti forzati che accedono al SAMIFO per motivi amministrativi (iscrizione al SSN, scelta/revoca del medico, prenotazione di visite e indagini diagnostiche, richiesta di informazioni generali riguardanti il diritto alla salute). Nel corso dell'anno sono state circa 10.000 le richieste evase dallo sportello di front-office. La medicina di base, con accesso diretto, ha effettuato nel 2010 oltre 5.250 visite (82 % uomini – 18 % donne). L'accesso a visita specialistica psichiatrica/psicologica può avvenire con appuntamento o accesso diretto. Nel corso del 2010 si sono svolti oltre 1.200 interventi tra prime visite e visite successive, soprattutto per vittime di tortura. Nella cultura del SAMIFO la certificazione medico-legale degli esiti di tortura non è un atto burocratico, ma si situa al termine di un percorso. Sono state rilasciate 146 certificazioni. Il servizio di tutela della salute della donna ha assistito 148 utenti per un totale di 298 visite ginecologiche e 126 esami ecografici per gravidanza o per le conseguenze di mutilazioni genitali femminili. L'attività di prevenzione delle malattie infettive è caratterizzata da accertamenti specifici per l'individuazione precoce di malattie trasmissibili e da azioni di *counseling*. Il Coordinamento di tutte le attività è affidato al dirigente medico psichiatra della ASL, in accordo col programma aziendale "Salute Migranti".

Risultati

Punti di forza: collaborazione tra servizio pubblico, privato sociale e medicina convenzionata; collaborazione tra medici di medicina generale e medici specialisti; attenzione alla qualità degli interventi; attenzione alla condizione degli operatori; condivisione dell'esperienza; attività formativa. Criticità: carenza/sofferenza delle competenze psichiatriche, psicologiche e di medicina legale; organizzazione e regolamentazione instabile della Medicina Generale; assenza di un'assistente sociale a tempo pieno; necessità di studiare e attivare strategie nel lavoro verso l'esterno; rischio di essere l'unico centro territoriale multidisciplinare nella Regione Lazio; inadeguata accoglienza nelle strutture pubbliche dei richiedenti asilo in situazioni di vulnerabilità.

Conclusioni

L'approccio multidimensionale, multidisciplinare, multiculturale, il lavoro di rete, l'integrazione pubblico/privato sociale, l'attenzione alla tutela della salute delle vittime e degli operatori sono elementi cruciali dell'approccio integrato alla complessità dei bisogni dei rifugiati. Sembrano avviate le condizioni perché un'esperienza ormai consolidata, sostenuta anche da un serio apparato scientifico culturale, possa ambire a obiettivi più avanzati. Esistono già i presupposti perché il Centro possa documentare tutte le credenziali per proporsi nel contesto regionale come centro di riferimento. Sarebbe il giusto riconoscimento per un'Azienda Sanitaria che, in un processo di qualità, continua a mirare all'eccellenza.

Contatto: Giancarlo Santone (samifo@aslromaa.it)

Progetto Pass-Gruppo educazione alla salute (p)

FOSSARELLO L, PADOVAN D, CAMBIANO L^a, SALVANO P^b, IVANOV V, SHEHAJ B^c, GROSSO M, CASERTA M, CERRI R.^d

^aUniversità di Torino; ^bASL To03; ^cAssociazione Multi-etnica Meditori Culturali; ^dUfficio Qualità Percepita e Partecipata ASOU San Giovanni Battista Molinette Torino

Obiettivi

Il gruppo di lavoro si è prefissato due obiettivi: analizzare l'accesso ai Servizi Sanitari da parte dei cittadini migranti, e comprendere meglio i percorsi di cura "altri", ovvero al di fuori del SSN, messi in atto dai migranti già individuati tramite una ricerca precedente (Pepino, Fossarello et alii 2010).

Metodi

La ricerca è stata suddivisa in due fasi. In una prima fase, abbiamo organizzato un focus group con operatori appartenenti alle strutture ospedaliere di Torino con il maggior numero di migranti (ASOU San Giovanni Battista, OIRM Sant'Anna, presidio Maria Vittoria), e due altri con operatori del Volontariato e community leader migranti. Le domande si sono focalizzate sui seguenti temi: l'accessibilità al SSN e i percorsi di cura dei migranti. La seconda fase ha coinvolto mediatori culturali che hanno somministrato 40 questionari a pazienti migranti; le domande indagavano temi analoghi a quelli indagati dai focus. I dati emersi dai focus e dai questionari, sono stati successivamente confrontati, per capire come gli stessi fenomeni fossero percepiti in modo diverso dagli *stakeholder* del Pubblico, del volontariato e da chi viveva in prima persona questi eventi, ovvero i pazienti migranti stessi. Per raggiungere il secondo obiettivo si è effettuato un lavoro di co-progettazione della ricerca con i mediatori culturali inseriti alle Molinette tramite Pass Piemonte.

Risultati

Nel corso della ricerca si sono individuati alcuni nodi critici, in particolare riguardo la professione dei mediatori culturali, che spesso sono impiegati solo come traduttori, non potendo in questo modo facilitare i meccanismi di *empowerment* verso i pazienti; la formazione del personale del SSN non sembra approfondire i temi relativi alla migrazione come fenomeno complesso, generando così molte incomprensioni. Si sono inoltre evidenziate reti di cura alternative al SSN, in parte predisposte da operatori sanitari non riconosciuti dal SSN, che fanno riferimento al paradigma occidentale di salute e cura, e reti di "cura" che fanno riferimento a paradigmi di salute e cura diversi da quelli occidentali. Purtroppo da alcuni focus è emerso il ricorso a IVG effettuate al di fuori della legge 194/78. L'attività di co-progettazione ha permesso ai mediatori coinvolti di approfondire le informazioni in loro possesso, rafforzando il loro ruolo di promotore della salute nelle rispettive comunità.

Conclusioni

Il passo successivo sarà quello di trasformare i dati ottenuti in indicazioni organizzative, soprattutto per quanto riguarda la prevenzione delle IVG al di fuori della legge 194/78.

Contatto: Rosanna Cerri (luca.fossarello@gmail.com)

Migranti non in regola con il Permesso di Soggiorno e profilo sierologico per HBV, HCV, HIV e Lue (p)

CHOROMA F.

Spazio Salute Immigrati – AUSL Parma

Obiettivi

Nella provincia di Parma, secondo l'ultimo rapporto provinciale, la popolazione straniera rappresenta il 12.5% di tutta la popolazione residente. Questi dati però, non includono gli immigrati presenti irregolarmente sul territorio, quantificati attorno al 10-18% di tutta la popolazione immigrata, che sono da considerare a tutti gli effetti, utenti delle nostre strutture sanitarie. Per garantire adeguato accesso ai cittadini stranieri, non in regola con il permesso di soggiorno, l'AUSL di Parma istituì nel 2000 il programma salute immigrati che annovera tra i suoi compiti, anche quello di offrire assistenza diretta ai cittadini stranieri non in regola con il permesso di soggiorno.

Metodi

Dal 2000 al 2009, sono stati osservati circa 10.227 soggetti (6.072 di sesso femminile), di cui 1.457 bambini sotto i 10 anni, che per condizioni giuridiche non avevano l'iscrizione al SSN. Lo scopo di questa osservazione retrospettiva, è quella di valutare – sulla nostra casistica – la frequenza di persone esenti di patologie virali (HBV, HCV, HIV) e batteriche (infezione Luetica) a lunga latenza, nonostante la provenienza da zone endemiche e lo status giuridico.

Risultati

5.060 soggetti adulti (3.525 di sesso femminile), non in regola con il permesso di soggiorno e provenienti da zone endemiche hanno accettato (consenso informato) di sottoporsi a test sierologici per HBV (HbSAg, HbSAb, HbCAb), HCV (HCV-Ab), HIV (HIV-Ab) e Lue (VDRL, TPHA). Dei 3.711 soggetti che sono ritornati con l'esito degli esami, il 54.9% (2041 soggetti) aveva un test sierologico negativo per le patologie prese in considerazione e quindi suscettibile per infezione da HBV. Dai 1.670 soggetti (45.1%) che presentava un test compatibile con una delle infezioni considerate, il 62.3% (1.040 soggetti) presenta un quadro sierologico compatibile con pregressa/superata infezione da HBV ed il 37.3% (630 soggetti) con infezione in atto (positività HbSAg in 260 soggetti, HCV-Ab in 185 soggetti, HIV-Ab in 74 soggetti e infezione luetica in 111 soggetti).

Conclusioni

Questa osservazione, anche se retrospettiva e limitata dall'esiguità del campione ci permette di trarre le seguenti conclusioni: – Si conferma il buon profilo clinico, anche dal punto di vista sierologico di buona parte del paziente migrante nonostante la provenienza da zone endemiche – Visto la prevalenza di soggetti con sierologie negative per patologie, sarà necessario potenziare l'educazione sanitaria per migliorare l'accesso alle politiche sanitarie di promozione della salute con la prevenzione primaria (vaccinazione) e secondaria (screening).

Contatto: Faissal Choroma (fchoroma@ausl.pr.it)

La medicina del teatro: un palcoscenico per accoglienza e integrazione (c)

CORBO I, VIZILIO S, CAROPPO E.

Universita Cattolica del Sacro Cuore – Policlinico Universitario Agostino Gemelli – Roma

Obiettivi

Nella prospettiva di un'accoglienza intesa non come mera assistenza materiale, ma come processo partecipato capace di restituire un significato reale all'esperienza dell'asilo, la compagnia teatrale Parteciparte – alla quale partecipo attivamente, nella duplice veste di socia e attrice – si è fatta portavoce di una serie di attività di animazione socio-culturale mediante la partecipazione attiva dei rifugiati e richiedenti asilo, e di attività di sensibilizzazione e di informazione indirizzata a tutto il tessuto sociale locale. È nato così una scena di Teatro Forum, insieme ad alcuni Lavoratori Africani di Rosarno (ALAR), chiamata "La Spremutina Africana". La scena nasce con lo scopo di dare ai lavoratori africani di Rosarno l'opportunità di esporre la loro situazione e coinvolgere degli spettatori nella ricerca di strategie per affrontare lo sfruttamento, il razzismo, l'indifferenza la paura o l'altruismo titubante.

Metodi

Tramite l'uso delle tecniche del Teatro dell'Oppresso, metodologia teatrale nata in Brasile negli anni '60, si è cercato di problematizzare le informazioni sugli immigrati. Questa tipologia di linguaggio e attività riesce a stimolare con più facilità la riflessione critica sulla cittadinanza. Infatti una delle finalità del teatro dell'oppresso è l'attivazione di un pensiero "per immagini", attraverso l'esplicitazione di conflitti interpersonali e sociali. L'obiettivo è quello di cercare soluzioni al conflitto: è il pubblico stesso insieme agli attori che le ricerca e le mette in pratica, seppure in uno scenario teatrale. Dopo la presentazione della scena, il facilitatore coinvolge il pubblico attraverso giochi semplici e domande graduali e lo stimola a intervenire, sostituendo gli attori per provare strategie che possano contrastare sfruttamento, la paura, la finta solidarietà. Qui l'ipotesi è che la "recita" di una soluzione può stimolare ad agire anche nella vita quotidiana. Il conflitto viene così valorizzato perché permette all'oppresso di liberarsi dall'oppressione. La raccolta di dati è stata realizzata per mezzo di conversazioni informali, interviste aperte e narrative di vita.

Risultati

Fare teatro fare parte del gruppo per i rifugiati ha significato:

- uscita dall'isolamento;
- creazione di possibilità di condivisione della vita e delle storie del passato;
- creazione di un rapporto concreto con il pubblico che condivide le proprie storie;
- rapporti intensi con il gruppo in una convivenza lunga;
- crescita personale e individuale e dell'autostima;
- sviluppo delle competenze emotive e relazionali;
- una visibilità tramite gli spettacoli che dà la possibilità di trovare aiuto da persone conosciute durante il percorso per avere un sostegno per il riconoscimento della protezione, così come potenziali datori di lavoro, avvocati specializzati, amici e giornalisti, che si sono sentiti coinvolti.

Nel caso specifico tre degli attori hanno ottenuto un regolare contratto di lavoro in seguito alla concessione dello status di rifugiato.

Conclusioni

Il teatro, forse più di qualsiasi altra forma di laboratorio fin qui sperimentata, ha dimostrato di essere in grado di attivare positivi processi di riassetto identitario, reintegrativi e, più in generale, riabilitativi. Il laboratorio di teatro rappresenta un'utilissima opzione terapeutica non convenzionale, all'interno del più vasto e articolato trattamento dei sopravvissuti a tortura e violenza estrema.

Contatto: *Ilaria Corbo (ilaria2007@gmail.com)*

Il SSN incontra... (c)

FOSSARELLO L, GROSSO M, CASERTA M, CERRI R.

Ufficio Qualità Percepita e Partecipata ASOU San Giovanni Battista Molinette, Torino

Obiettivi

L'obiettivo principale è la promozione della salute all'interno delle diverse comunità di migranti a Torino, dove sono residenti circa 123.000 migranti. Come evidenzia la Letteratura, vi sono evidenti problemi di accesso ai Servizi sanitari da parte dei migranti verso il SSN. Il progetto intende diminuire queste barriere e avvicinare il SSN ai migranti.

Metodi

Per raggiungere l'obiettivo si sono progettati e organizzati una serie di dibattiti tra operatori del SSN e cittadini migranti di specifiche comunità, in modo da realizzare un percorso di salute e di accesso ai Servizi dal basso, in una logica di *empowerment*. Le comunità selezionate come target dell'intervento sono state 5, scelte in base alla numerosità sul territorio; successivamente si è studiata la Rete associativa delle rispettive comunità, e si è chiesta singolarmente l'adesione al progetto; si è organizzato per ogni comunità un Tavolo di coordinamento, dove, per mezzo di un focus di tipo Delphi, si sono chiesti quali fossero i maggiori problemi di salute percepiti e quali fossero le strategie di comunicazione più adeguate per una attività di promozione della salute. Gli aderenti ad ogni tavolo si sono impegnati a pubblicizzare l'iniziativa tra i loro connazionali, e a fornire una locazione per ospitare gli eventi, spesso posizionata nelle zone a più alta densità abitativa per la loro comunità. Si è avviato perciò un processo di promozione della salute dal basso, per aprire spazi e abbattere barriere. Dal punto di vista del SSN, attraverso la collaborazione tra San Giovanni Battista e OIRM Sant'Anna, abbiamo individuato i referenti sanitari. Incrociando dati epidemiologici sul profilo di salute dei migranti, e i bisogni di salute emersi dai focus, siamo giunti a stabilire i programmi degli incontri. Le strategie comunicative adottate per le singole comunità, nell'ottica della comunicazione efficace, sono state variabili: dalla medicina narrativa, agli incontri formali.

Risultati

Misurare l'efficacia dell'intervento è molto complesso, in quanto si dovrebbero analizzare gli andamenti degli accessi al SSN a distanza di tempo; per ogni dibattito erano presenti circa 30 persone, per un totale di 15 incontri; sicuramente si sono raggiunte e orientate alla Rete dei Servizi persone a rischio.

Conclusioni

Iniziative più strutturate e durature nel tempo possono produrre reali cambiamenti riguardanti il profilo di salute generale dei migranti; è però fondamentale che ascoltino le diverse comunità locali.

Contatto: Luca Fossarello (luca.fossarello@unito.it)

Uno spazio di salute dentro un percorso di cittadinanza attiva per le donne immigrate (p)

GERIN D, GANDOLFI C, IURMAN V.

Azienda Servizi Sanitari n. 1 Triestina

Obiettivi

L'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina partecipa al progetto "COMCITA" promosso dall'Associazione Donne Africa, rivolto a donne straniere che vivono nella Provincia di Trieste, con l'obiettivo generale di svilupparne le competenze di cittadinanza e di territorio. Sono le donne infatti che necessitano maggiormente di poter interloquire con le istituzioni (scuola, sanità, amministrazioni...) ed incontrano maggiori difficoltà di integrazione rispetto ai loro mariti. I principali ostacoli sono determinati dal non avere un lavoro fuori casa, dalla dipendenza dai mariti e dalle scarse opportunità di socializzare. La libertà della donna può essere limitata anche dalla scarsa alfabetizzazione o dalla conoscenza di alfabeti diversi, oltre che dal provenire da comunità dove la vita della stessa si svolge prevalentemente tra le mura domestiche. Obiettivi specifici del progetto sono: • incentivare l'utilizzo corretto dei servizi sanitari dedicati alle donne e ai bambini, facendone conoscere anche fisicamente i luoghi • promuovere la salute delle donne immigrate. I principali temi di salute affrontati sono: la salute delle donne e la gravidanza; la prevenzione oncologica; la contraccezione e la prevenzione dell'aborto; le mutilazioni genitali femminili e la comunicazione medico paziente.

Metodi

Per il raggiungimento degli obiettivi di carattere sanitario sono previste le seguenti attività:

- incontri di formazione per 40 donne per un totale di 20 ore, con la presenza di mediatrici culturali e babysitter;
- visite accompagnate ai principali servizi sanitari territoriali della città;
- discussione e commento del materiale informativo multilingue reperibile nei servizi.

Gli altri obiettivi prevedono per la loro realizzazione le seguenti attività:

- lezioni di lingua italiana ed elementi base di informatica;
- percorsi culturali nella città di Trieste (vie, monumenti, palazzi, musei);
- percorsi di conoscenza delle sedi amministrative utili (comune, scuole, lavoro).

Risultati

I risultati attesi:

- 40 donne straniere che riescono ad uscire dall'ombra e dall'isolamento e che vedono rafforzato il loro ruolo di persone, di cittadine e di madri;
- 40 donne straniere con accresciuta motivazione allo studio e all'apprendimento, più consapevoli e autonome.

È in questa visione più ampia, forte di una collaborazione tra molti partner, che trova collocazione il nostro messaggio di tutela della salute.

Conclusioni

È sperimentale per questa Azienda inserirsi in un progetto di competenze di cittadinanza attiva per le donne immigrate e aderire con un obiettivo sanitario ad un percorso che intende accrescere anche il livello culturale e di autonomia delle donne stesse. È un approccio di genere che parte dai bisogni e dalla realtà di vita delle donne (uscire di casa da sole, parlare con il medico e i professori, adempiere alle pratiche amministrative della vita quotidiana, ecc.) e si prefigge anche di rafforzarle sul versante della gestione della propria salute e della famiglia. Ci si prefigge inoltre di favorire la permeabilità delle comunità di immigrati, stimolando l'integrazione sociale delle donne con la cittadinanza e con le diverse comunità del territorio.

Contatto: Gerin Daniela (daniela.gerin@ass1.sanita.fvg.it)

Rifugi precari: migranti forzati, precarietà abitativa ed accesso alla salute (p)

BARBIERI A, BASSETTI A, BENEDETTI G, DIRINDELLI P, FRANCINI C, PETRI R, SCARSELLI F, ZANCHETTA M.

Medici per i diritti umani onlus

Obiettivi

Nelle città di Roma e Firenze l'unità di strada di Medici per i Diritti umani fornisce un servizio itinerante di assistenza psico-socio-sanitaria rivolto ai senza fissa dimora, per la maggior parte cittadini stranieri in condizioni di precarietà abitativa. Gli operatori di MEDU, raggiungendo gli utenti direttamente presso le loro abitazioni, offrono un servizio di assistenza medica e di informazione sul diritto alla salute e sulle modalità di accesso al Sistema Sanitario Regionale. Negli anni 2009 e 2010 nelle città di Roma e Firenze, MEDU ha portato assistenza ad oltre duemila richiedenti asilo e rifugiati umanitari (RARU) provenienti da Afghanistan, Somalia, Eritrea ed Etiopia costretti a vivere a cielo aperto o in stabili occupati in critiche condizioni abitative ed igienico sanitarie.

Metodi

Attraverso la compilazione di una scheda clinica e di un questionario socio-sanitario sono stati registrati dati relativi al profilo epidemiologico e all'accesso alla salute. Un approccio antropologico di ricerca qualitativa è stato utilizzato per indagare le principali problematiche di salute e le difficoltà di accesso alle strutture del Sistema Sanitario Regionale.

Risultati

Nonostante la normativa nazionale preveda un'effettiva parificazione di trattamento nell'accesso alla salute tra cittadini italiani e RARU, esistono sostanziali difficoltà di iscrizione al Sistema Sanitario Regionale per la maggioranza dei migranti forzati. Criticità amministrative e carenza di informazione spiegano i dati raccolti dagli operatori MEDU che registrano una percentuale intorno all'80% di migranti forzati senza iscrizione al SSN. Dall'analisi del profilo epidemiologico, secondo ICD9CM, le affezioni del tratto gastrointestinale e delle vie respiratorie costituiscono il 90% dei sospetti diagnostici. La maggioranza di tale affezioni risulta pertanto risolvibile a livello ambulatoriale. Si stima che il 20% degli utenti della clinica mobile abbia subito una tortura durante il viaggio migratorio o nel paese di origine. Il 10% degli utenti presenta un disturbo post traumatico da stress legato alla violenza subita.

Conclusioni

Se l'analisi del profilo epidemiologico dei migranti forzati registrato dalla clinica mobile MEDU dimostra il ruolo centrale del medico di medicina generale nella risoluzione dei principali problemi di salute, esistono tuttavia degli aspetti sanitari che per la loro specificità richiedono il coinvolgimento di strutture specialistiche di secondo livello. In primo luogo si sottolinea l'importanza di un'attenzione integrale alle vittime di tortura che preveda il diritto ad una certificazione medico legale e ad una adeguata assistenza psicologica. Lo stesso tipo di assistenza integrale sarebbe auspicabile nel processo di determinazione dell'età per i minori non accompagnati. Un ruolo importante assume infine il controllo delle malattie diffusibili, che pur non rappresentando in termini numerici un problema allarmante, necessita di protocolli di intervento che prendano in considerazione non solo il singolo individuo ma la specificità della collettività di appartenenza (sovraffollamento, condizioni igienico sanitarie etc.).

Contatto: Cecilia Francini (ceciliafrancini@yahoo.de)

Cultura della prevenzione: incontri con le comunità straniere (p)

MONICI L, FABBRI A, BONVICINI F, KAHFIAN Z, GUIDI L, MAGNANI I, MOZZANICA S, POETA A, SEVERI C, GRECI M.
AUSL Reggio Emilia Dipartimento Sanità Pubblica

Obiettivi

Promuovere:

- la cultura della prevenzione
- l'accesso ai servizi di prevenzione
- la fruibilità ai servizi della prevenzione da parte delle comunità straniere presenti sul territorio.

Metodi

Sono stati organizzati incontri in orari e giornate favorevoli alle popolazioni straniere (festività, serate e pomeriggi del sabato), presso i luoghi di lavoro, d'incontro e di culto (tempio Sikh, chiesa evangelica, moschee ecc.), le scuole ed il carcere; ad ogni incontro sono sempre stati presenti mediatori culturali. I temi maggiormente trattati sono stati: Servizi esistenti sul territorio e modalità di accesso; Prevenzione delle malattie infettive e vaccinazioni; Nutrizione (nel rispetto delle diverse culture); Tutela delle lavoratrici madri; Igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro; Macellazioni rituali: norme igieniche e prevenzione delle zoonosi; Prevenzione degli infortuni domestici.

Risultati

La partecipazione agli eventi è stata molto buona. Il coinvolgimento, nell'organizzazione dei leader di comunità e delle associazioni di stranieri ha avuto un ruolo importante nel conseguimento dei risultati, fondamentale si è dimostrata anche la disponibilità degli operatori sanitari a prestare la propria attività nelle ore serali e nei giorni festivi. Ad ogni incontro sono emerse criticità nell'accesso e nella fruibilità ai servizi, possibili strategie condivise da mettere in atto e richieste a continuare il percorso di confronto. Ogni incontro si è rivelato, quindi, l'occasione per effettuare una definizione dei bisogni ed identificare le priorità in tema di prevenzione di salute.

Conclusioni

Incontrare gli immigrati nei loro luoghi di aggregazione in orari e giornate compatibili con gli orari di lavoro (priorità assoluta per loro), il coinvolgimento del leader che "favorisce e dà autorevolezza all'evento", la presenza del mediatore culturale che riduce le barriere linguistico-culturali sono da considerarsi le strategie vincenti per favorire il coinvolgimento del soggetto nel suo percorso di promozione della salute.

Contatto: Lucia Monici (monici@ausl.re.it)

La formazione come determinante di salute: i nuovi obiettivi formativi in salute globale (p)

SILVESTRINI G, CAROVILLANO S, CAMPLONE I, BODINI B.

Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG)

Obiettivi

La formazione degli operatori sanitari gioca un ruolo cruciale nella promozione della salute della popolazione. Il curriculum formativo delle Facoltà di Medicina e Chirurgia italiane appare inadeguato nel preparare i futuri operatori a prendersi cura di una popolazione sempre più composta e con bisogni di salute complessi. Più in generale, il curriculum riflette un orientamento biomedico (bioreduzionista), in cui non trovano spazio approcci emergenti quali quello dei determinanti sociali della salute, imprescindibile per affrontare la crescente complessità delle problematiche sanitarie nel mondo globalizzato. Al fine di promuovere un rinnovamento culturale della formazione sanitaria, la RIISG ha elaborato i nuovi obiettivi formativi in salute globale (SG). Particolare attenzione è stata dedicata alla tematica migrazione e salute.

Metodi

La RIISG è composta da accademici e studenti di diverse Facoltà sanitarie e non, medici in formazione specialistica, ONG, associazioni e società scientifiche. L'elaborazione degli obiettivi formativi in SG è stata svolta attraverso un dibattito partecipativo e orizzontale. Sono preliminarmente state realizzate due mappature nazionali dell'offerta didattica in SG nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia; in seguito, è stata svolta un'analisi comparativa dei curricula in SG elaborati da istituzioni straniere. Gli obiettivi formativi sono stati infine discussi con ricercatori, docenti e professionisti impegnati nella didattica, durante un incontro di formazione dei formatori realizzato nel settembre 2010.

Risultati

Gli obiettivi formativi del modulo "Migrazione e Salute", alla cui stesura ha collaborato la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni che fa parte della RIISG, sono articolati in sapere, saper fare, saper essere, perché l'approccio educativo di tras/form-azione incida sulle pratiche e sul posizionamento etico degli studenti, oltre che sulle conoscenze. Al termine del modulo, gli studenti devono conoscere i principali processi e fattori della migrazione a livello globale e nazionale, la legislazione vigente in materia, i determinanti della salute dei migranti, il profilo di salute e le disuguaglianze esistenti rispetto alla popolazione autoctona, i servizi sanitari offerti e le relative problematiche di accesso e utilizzo. Nell'ambito del saper fare, gli studenti devono sviluppare la capacità di analizzare le problematiche di salute dei migranti alla luce dei loro determinanti di natura economica, politica, sociale, legislativa e culturale. Infine, sotto il profilo del saper essere, gli studenti devono sviluppare consapevolezza e autoriflessività rispetto al proprio ruolo nella relazione con l'altro.

Conclusioni

La stesura degli obiettivi formativi, in particolare del modulo dedicato a migrazione e salute, e la relativa formazione dei formatori svolta, rappresentano il primo passo di un percorso volto a stimolare una trasformazione dell'offerta formativa in ambito sanitario e del rapporto tra accademia e società nel senso di una maggiore equità e giustizia sociale, con il fine ultimo del miglioramento della salute della comunità. Nel prossimo anno, la RIISG continuerà a diffondere gli obiettivi formativi e a organizzare eventi di capacitazione dei formatori mediante l'utilizzo di metodologie didattiche innovative, promuovendo un ampio confronto che coinvolga anche Facoltà di area socio-umanistica e impegnandosi in azioni di *advocacy* verso le istituzioni nazionali competenti in materia di formazione sanitaria.

Contatto: Giulia Silvestrini (silvestrinigiulia@gmail.com)

Idee nuove, oltre il volontariato classico (p)

ROMITELLI V, MIELE S, ZANZANI I, CONGIA C, VETTARINO R.

Grep (Gruppo di Ricerca di Etnografi del Pensiero del dipartimento di Discipline Storiche, Antropologiche e Geografiche dell'Università di Bologna)

Obiettivi

Didattici, di conoscenza scientifico etnografica volti a fornire consigli per il miglioramento di politiche sociali e sanitarie. L'inchiesta è stata condotta dal Grep (Gruppo di Ricerca di Etnografia del Pensiero) con la collaborazione degli studenti del corso Metodologia delle Scienze Sociali tenuto nel 2010 da Valerio Romitelli presso la facoltà di Lettere e filosofia dell'Università di Bologna tra i volontari del Sokos, un'associazione che tramite un ambulatorio presso una sede Ausl di Bologna offre assistenza gratuita, sia agli immigrati senza permesso di soggiorno, sia alle persone senza dimora. Far compiere un'esercitazione di ricerca sul campo agli studenti e far loro apprendere in profondità la realtà sociale di un'associazione di volontariato con un'utenza fatta soprattutto di immigrati senza permesso di soggiorno: questi, due degli obiettivi così perseguiti cui si sono affiancati anche quelli di ottenere maggiori conoscenze scientifico etnografiche di tale realtà, nonché la possibilità di consigliare migliori prassi politiche in ambito sociale e sanitario tramite la diffusione e la discussione del report redatto su tale esperienza.

Metodi

Collaborazione tra Sokos e Grep per la definizione dei tempi dell'inchiesta e del campione dei volontari disposti a farsi intervistare. Redazione di un questionario di circa una ventina di domande rivolte dagli studenti ai volontari. Esecuzione di una ventina di interviste ciascuna di circa un'ora e mezza nello stesso ambulatorio Sokos. Raccolta dei verbali delle interviste immediatamente trascritte su supporto cartaceo. Analisi del contenuto delle interviste elaborato assieme agli studenti durante il corso. Riunione tra docenti, studenti e volontari Sokos per la restituzione dei primi risultati dell'inchiesta. Elaborazione a cura del Grep di un rapporto finale.

Risultati

Sono descritti nel rapporto d'inchiesta ultimato e di cui saranno disponibili anche slides illustrative. Ne esce comunque un quadro di grande vivacità di dibattito.

Conclusioni

Dar risalto alla novità e alla singolarità di una esperienza come quella del Sokos, ha molteplici conseguenze: etnografico scientifiche – in quanto mostra una frontiera sociale in via di sviluppo e ancora molto da perlustrare; nel campo del volontariato – poiché mostra quanto ci sia ancora da far conoscere e circolare del pensiero dei volontari, dei loro modi di affrontare i problemi e cercare soluzioni; in campo sociale e sanitario – in quanto pone la questione di come non disperdere tutte le preziose conoscenze che si maturano in questi rapporti così particolari tra medico e paziente; in campo più estesamente politico, in quanto una esperienza come quella del Sokos si dimostra capace di essere fonte di saperi e di soggettività inediti. Una conferma, questa, dell'importanza oggi rivestita, su scala locale ma anche globale, da tutti quei luoghi in cui si dà l'eccezione di un "noi" che supera la "normale" distinzione tra autoctoni e immigrati.

Contatto: Valerio Romitelli (valerio.romitelli@unibo.it)

Un approccio interdisciplinare alla complessità in salute: Mal de Chagas e migrazione (p)

CIANNAMEO A^a, MARTA B L^b, DI GIROLAMO C^b, CACCIATORE F^b, BODINI C^b, BAZZANINI N^b, PARISOTTO M^b, BISOFFI F^b

^aThe International Centre for the History of Universities and Science (CIS), Dipartimento di Filosofia, Università di Bologna; ^bCentro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università di Bologna

Obiettivi

All'interno di un mondo globalizzato, caratterizzato dal progressivo aumento dei flussi migratori e delle disuguaglianze socio-economiche, la salute si configura come uno spazio complesso che richiede strumenti di analisi, progettazione e intervento altrettanto complessi e innovativi. Il Mal de Chagas, malattia tropicale dimenticata che colpisce 10 milioni di persone in America Latina e che rappresenta attualmente un problema emergente anche in paesi non endemici come l'Italia, è un esempio paradigmatico della complessa interconnessione tra salute e processi migratori. A partire dall'analisi di questo fenomeno, il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI) dell'Università di Bologna sta realizzando il progetto "La malattia di Chagas in un paese non endemico: il contesto bolognese. Screening sierologico e analisi multidisciplinare della malattia e del fenomeno migratorio". Obiettivi del progetto sono quelli di analizzare, attraverso un approccio di epidemiologia sociale, la presenza, l'entità e le percezioni relative alla malattia di Chagas nonché di indagare le caratteristiche sociali, economiche e culturali del fenomeno migratorio latinoamericano nel territorio bolognese, favorendo la partecipazione comunitaria nell'elaborazione di strategie capaci di rispondere ai reali bisogni di salute della popolazione coinvolta.

Metodi

Coerentemente con gli obiettivi si è scelto di adottare un approccio di ricerca-azione interdisciplinare, multimetodologico e partecipativo, volto a considerare i determinanti sociopolitici che sottendono i processi di salute e malattia, analizzati nella loro complessa natura bio-psico-sociale. I metodi di ricerca quantitativa (studio di prevalenza, questionari strutturati) vengono coniugati con quelli qualitativi (osservazione partecipante, interviste narrative, focus group) all'interno di un team composto da medici di salute pubblica, medici clinici e da antropologi medici e culturali. La partecipazione attiva delle comunità beneficiarie informa ogni fase del lavoro.

Risultati

Durante la prima fase del progetto è stato organizzato e implementato un servizio di diagnosi e cura per la malattia di Chagas (all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S.Orsola-Malpighi), che prevede la collaborazione tra antropologi e medici nell'interazione con i pazienti. Il lavoro etnografico all'interno del servizio e la creazione di un'ampia rete di contatti con le comunità territoriali hanno permesso di approfondire la conoscenza del fenomeno migratorio latinoamericano nel nostro contesto, dei percorsi migratori e delle problematiche relative all'interazione con i servizi sanitari. Dal dialogo con gli interlocutori è emersa la necessità di promuovere attivamente il diritto alla salute, soprattutto tra le fasce di popolazione più vulnerabili, e di sostenere politiche sanitarie attente all'inclusione comunitaria e al ruolo dei determinanti sociali nei processi di salute e malattia.

Conclusioni

La proposta metodologica suggerita favorisce la comprensione di fattori storici, politici, economici che ricadono in forma diretta o indiretta su salute e benessere individuali; un approccio innovativo e integrato che ha reso possibile il superamento di alcuni noti limiti della biomedicina nel rispondere a problemi di salute complessi. In tal senso, grazie all'interesse suscitato nelle autorità regionali, si sta promuovendo un'estensione territoriale del progetto, come modello di analisi e intervento esportabile anche ad altre problematiche sociosanitarie.

Contatto: Ciannameo Anna (annaciannameo@gmail.com)

Un modello per mobilitare le comunità di migranti sulla prevenzione HIV: il progetto "PRISMA 2 - Progetto di Intervento per una Strategia Modulare AIDS: gli stranieri" (p)

CELMI R^a, SACCO V^a, D'AMATO S^b, POMPA M G.^c

^aO.I.M - Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, Area Migrazione e Salute, Roma, Italia; ^bCentro Nazionale AIDS, Istituto Superiore di Sanità; ^cMinistero della Salute, Direzione Generale Prevenzione Sanitaria

Obiettivi

La diagnosi tardiva dell'infezione da HIV è diventata negli ultimi tempi una problematica di rilievo, specialmente in relazione ai gruppi vulnerabili, come i migranti che hanno maggiori difficoltà ad accedere al test HIV e ad avere le informazioni corrette sul rischio di contagio. Il progetto "Prisma 2 – interventi per una strategia modulare AIDS: gli stranieri" promosso dall'OIM e finanziato dal Ministero della Salute ha come principale obiettivo contribuire alla riduzione della diagnosi HIV tardiva nella popolazione straniera in Italia attraverso la sperimentazione di interventi pilota di prevenzione, finalizzati a facilitare l'accesso al test HIV, volontario, gratuito e anonimo, tra le comunità di migranti.

Metodi

La strategia del progetto consiste nel sensibilizzare le comunità di migranti sulla prevenzione HIV e consolidare il modello di intervento basato sulla valorizzazione dell'associazionismo degli stranieri e sulla promozione del ruolo di leader di comunità in qualità di "Educatori di Salute delle Comunità", teorizzato e sperimentato per la prima volta nel Regno Unito da Lai Fong Chiu nel corso degli anni '90. Il progetto ha previsto la formazione di rappresentanti delle associazioni migranti e rappresentanti di associazioni italiane di lotta all'AIDS sui temi di Migrazione e HIV, cui sono seguite attività di progettazione e realizzazione di iniziative di prevenzione pensate e realizzate dalle associazioni di migranti in diverse città italiane.

Risultati

Il progetto è in fase conclusiva, tra i risultati intermedi possono essere evidenziati: - Mappatura partecipativa di 18 centri clinici AIDS in diversi territori; - Seminari ed eventi informativi sulla prevenzione HIV rivolti a famiglie miste promossi da un'associazione italo-ucraina di Cosenza; - Laboratori di peer-education sulla salute e la prevenzione di malattie infettive nel carcere di Modena, rivolti a detenuti sia stranieri che italiani; - Un ciclo di seminari informativi sulla salute e l'HIV per migranti e operatori sanitari promosso da due mediatrici trans-culturali in ambito sanitario, leader di associazioni migranti; - Nel Policlinico Umberto I a Roma alcuni facilitatori stranieri, forniranno informazioni sul test HIV all'utenza che si rivolge all'ambulatorio migrante.

Conclusioni

Prisma 2 è in fase conclusiva, tuttavia si possono evidenziare alcune conclusioni preliminari: gli eventi di sensibilizzazione organizzati dalle associazioni di migranti hanno creato reti locali con le AUSL e il personale medico locale, facilitando il dialogo tra esperti sanitari e stranieri sulle delicate questioni relative alla prevenzione di MST, in particolare l'infezione da HIV. L'importante ruolo di collegamento tra migranti ed esperti sanitari, anche in setting non medici, svolto dall'Educatore di Salute di Comunità presenta delle interessanti potenzialità nella promozione della prevenzione HIV in un'ottica inter-culturale. L'*empowerment* dell'associazionismo migrante sui temi di salute si conferma un approccio innovativo ed efficace in termini di coinvolgimento delle comunità di stranieri sui temi di prevenzione sanitaria. Le iniziative territoriali promosse dalle associazioni migranti hanno affrontato il tema della salute come diritto di ogni individuo e come bene comune, che come tale va tutelato e socializzato, affinché non sia relegato alla sola sfera individuale, ma rappresenti una tematica da affrontare collettivamente con una sensibilità interculturale.

Contatto: Viviana Sacco (vsacco@iom.int)

L'Europa invisibile: il lavoro di MEDU negli insediamenti spontanei dei rom rumeni a Firenze e Sesto Fiorentino (p)

BASSETTI A, BARBIERI A, BENEDETTI G, CAINI S, DIRINDELLI P, FRANCINI C, PELLECCIA U, PETRI R, SCARSELLI F, ZANCHETTA M.
Medici per i Diritti Umani Onlus

Obiettivi

Consentire alla comunità rom di usufruire di un servizio di prima assistenza sanitaria su strada; - avvicinare la comunità rom al servizio sanitario pubblico; - realizzare un monitoraggio sulle condizioni socio-sanitarie e una sorveglianza epidemiologica della comunità rom; - fornire alla comunità informazioni e orientamento sul diritto alla salute e sugli altri diritti fondamentali; - fornire alla comunità rom informazioni e orientamento sulle modalità di accesso al SSN; - sostenere gli utenti rom nel divenire soggetti di progettazione e di azione attraverso la valorizzazione della risorsa intrinseca e il rafforzamento delle occasioni di autonomia.

Metodi

A Firenze l'unità di strada di Medici per i Diritti umani (MEDU) offre un servizio itinerante di assistenza psico-socio-sanitaria ai senza fissa dimora. Gli operatori di MEDU, raggiungendo gli utenti direttamente presso le loro abitazioni, offrono un servizio di assistenza medica, di informazione sul diritto alla salute e sulle modalità di accesso alle cure. Attraverso la compilazione di una scheda clinica e di un questionario socio-sanitario sono stati registrati dati relativi al profilo epidemiologico e all'accesso ai servizi sanitari. Un lavoro antropologico di ricerca qualitativa è stato utilizzato per indagare le principali difficoltà di accesso alle strutture del SSR.

Risultati

Nel biennio 2008-2009 MEDU ha portato assistenza alla comunità rom di origine rumena costretta a vivere a cielo aperto, in baracche costruite con materiali di fortuna, sotto capannoni con coperture in eternit e in critiche condizioni igienicosanitarie, negli insediamenti spontanei nella zona di Osmannoro e Quaracchi alla periferia di Firenze. Sono state effettuate 581 visite mediche a 277 pazienti (M 131, F 145). Il 13,8% delle visite a minori. La maggioranza delle persone è analfabeta. Alla prima visita quasi tutte le persone erano in posizione di non regolarità dal punto di vista dell'autorizzazione al soggiorno e solo il 10,9% aveva una copertura sanitaria prevista dal SSN. Il 36% degli utenti è stato avvicinato al presidio sanitario ed ha acquisito la tessera STP grazie al rapporto di fiducia costruito con gli operatori Medu. I sospetti diagnostici più frequenti, classificati secondo ICD9CM, sono risultati le patologie gastrointestinali (15%) e le affezioni respiratorie (12,4%). Le malattie infettive rappresentano il 4,7% dei sospetti diagnostici. Il 14,4% sono sintomi, segni e stati morbosi mal definiti: cefalea (24,8%), dolore addominale (19,8%) e tosse (9,9%). Questi possono essere, in parte, interpretati come somatizzazioni: manifestazione di un disagio psico-fisico e di stress sottostante riconducibile alle critiche condizioni sociali, abitative e igienico-sanitarie.

Conclusioni

Le problematiche relative all'accesso alle cure (barriere linguistiche, burocratiche, normative, ecc) hanno influito negativamente sia sulla salute sia sul rapporto di fiducia nei confronti delle Istituzioni, soprattutto sulle fasce di popolazione più deboli come le donne, i minori e i pazienti con malattie croniche. Le patologie riscontrate sono causate in larghissima parte da condizioni di precarietà abitativa e da condizioni igienico-sanitarie intollerabili ed in parte anche dalla mancanza di un'assistenza domiciliare continuativa per la corretta gestione delle patologie croniche.

Contatto: Andrea Bassetti (andbassetti@gmail.com)

La pratica rituale della circoncisione maschile: valutazione di un bisogno possibile e del relativo impatto socio-sanitario in Regione Emilia Romagna (p)

MORANDI M^a, SCHILDKRAUT P^b, CALACOCI M^c, CHOROMA F^d, CASTELLANI F^e, IOTTI D^f, PIRAZZINI S^g, LESI G DEL GRUPPO DI STUDIO SULLE PRATICHE RITUALI DEL GRIS EMILIA-ROMAGNA

^aScuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva – Università di Modena e Reggio Emilia; ^bAmbulatorio Biavati; ^cScuola di specializzazione di Clinica Pediatrica dell'Università di Ferrara – Coop Camelot; ^dAUSL Parma; ^eCasa della Pace di Rimini – AUSL di Rimini; ^fAssociazione Diversa/mente; ^gCentro salute donne straniere e loro bambini - AUSL Bologna

Obiettivi

A inizio 2010 la proporzione di immigrati rispetto alla popolazione era il 7,0 % in Italia e il 10,5% in Emilia-Romagna (RER). Presso alcune Comunità è presente la pratica della circoncisione rituale maschile (CRM). In Italia è in vigore un'intesa fra la Comunità Israelitica e lo Stato che consente che la CRM venga effettuata dalla Comunità, in autonomia e seguendo le indicazioni sanitarie dettate dalle leggi vigenti; per le altre Comunità non sono presenti accordi. Ad oggi la CRM viene gestita in autonomia e in assenza di percorsi istituzionali. Anche recentemente, si sono verificate CRM di minori, eseguite in condizioni di clandestinità, che hanno provocato danni gravi e permanenti (fino in alcuni casi alla morte). In alcune Regioni sono stati avviati progetti specifici per prevenire tali complicanze. Obiettivo di questo studio è stimare il bisogno inespresso e pertanto disatteso e l'impatto socio-sanitario in Regione Emilia-Romagna a riguardo della CRM e valutare una possibile risposta dei servizi sanitari.

Metodi

La stima dell'eventuale bisogno di CRM nella popolazione migrante residente in Emilia-Romagna a dicembre 2009 è stata calcolata applicando i dati di prevalenza di circoncisione maschile (CM) per Paese di origine, proposte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. I dati sui nuovi nati sono stati ricavati dai Certificati di Assistenza al Parto (CedAP) del 2009. È stato infine calcolata una stima delle complicanze/anno, applicando il tasso di incidenza di complicanze in setting clinico o in condizioni di clandestinità.

Risultati

Nel dicembre 2009 in RER gli stranieri maschi residenti provenienti da Paesi in cui la prevalenza di CM è maggiore dell'80% erano più di 100 mila, e circa 70 mila le donne, in gran parte in età fertile. Considerando un bisogno di 1000-2000 CRM/anno, in caso di CRM clandestina potrebbero verificarsi circa 20-120 complicanze/anno, a fronte di 2-12 complicanze/anno in setting clinico standard.

Conclusioni

Nonostante il calcolo dei bisogni attesi di CRM in RER possa dimostrarsi una grossolana sovrastima, legata all'impossibilità di conoscere i determinanti individuali del processo migratorio e dell'intimo bisogno di sottoporre i figli ad una CRM, l'entità del fenomeno in RER non sembra trascurabile e l'impatto sugli equilibri interni delle comunità potrebbe essere significativo, senza escludere inoltre le potenziali complicanze cliniche legate alla clandestinità della pratica. Da tale valutazione è nata la necessità di costituire un gruppo multidisciplinare per analizzare il fenomeno in maniera interdisciplinare e valutare la fattibilità a riguardo dell'introduzione di percorsi specifici per la CRM, nel rispetto della normativa nazionale e regionale e valutando eventuali conseguenze giuridiche, sociali, psicologiche e antropologico-culturali sui singoli individui, in particolare sui minorenni, e sull'intera comunità. La CRM dei minori pone agli operatori socio sanitari un vasto ventaglio di problemi. Primo fra tutti il posizionamento dei singoli di fronte a tali riti che si esplicano su minori e pertanto su persone non capaci di consenso. La CRM è un rito generalmente identitario e pertanto non sempre è espresso ai Servizi. È prioritaria una presa di posizione del sistema sanitario nel suo complesso nei confronti di tali riti per aprire un dialogo che non esprima una condanna aprioristica.

Contatto: Morandi Matteo (mmorandi.med@gmail.com)

La Peer education come metodologia di prevenzione dell'infezione da HIV (p)

UCCELLA I, ROSSO A, DI PALMA R, FAZIOLI C, AGNOLETTO V, MORRONE A AND THE A&M GROUP^a

^aAIDS-Fondet (Denmark), AIDS-i Tugikeskus (Estonia), Ethno-Medical Zentrum-EMZ (Germany), European AIDS Treatment Group-EATG (Germany), International Organisation for Migration-IOM (Bruxelles), Naz Project London (UK), National Institute for Health Migration and Poverty-NIHMP (Italy), Yeniden (Turkey)

Obiettivi

In Europa, nuovi casi di infezione da HIV vengono segnalati in particolari gruppi di popolazione quali giovani, migranti e minoranze etniche. Per queste persone le principali barriere all'accesso ai servizi sanitari sono le difficoltà economiche e la barriera linguistica. Il progetto europeo "AIDS & Mobility 2008-2011" ha l'obiettivo di ridurre la vulnerabilità dei giovani migranti attraverso la peer education, formando mediatori transculturali che promuovono la conoscenza e la prevenzione della malattia da HIV nelle comunità di appartenenza.

Metodi

Partecipano al progetto cinque partner europei: Italia (Istituto Nazionale per la promozione della salute nelle popolazioni Migranti e il contrasto delle Povertà-INMP), Danimarca (AIDS-Fondet), Estonia (AIDS-i Tugikeskus), Germania (Ethno-Medical Zentrum-EMZ), Regno Unito (Naz Project London), Turchia (Yeniden) e due NGO (European AIDS Treatment Group-EATG e International Organisation for Migration-IOM). Le attività del progetto sono: costituzione di un sito Web con aggiornamenti nazionali ed internazionali sull'epidemia da HIV; costituzione di piattaforme nazionali per la prevenzione della malattia; revisione della letteratura su programmi di prevenzione per migranti; produzione e diffusione di una guida su malattie sessualmente trasmissibili e profilassi; svolgimento di un corso di formazione di mediatori transculturali su epidemiologia, clinica e riduzione del rischio dell'infezione nella popolazione migrante, le altre malattie sessualmente trasmissibili, sistemi di supporto e servizi per i sieropositivi, counselling, pianificazione familiare, diversità culturali e taboo sessuali. Ogni mediatore effettua un evento formativo presso la propria comunità. Le conoscenze apprese sia durante il corso che durante l'evento nelle comunità vengono valutate con questionari strutturati. A fine progetto l'INMP valuterà gli *outcomes* raggiunti.

Risultati

Il materiale didattico-formativo e la guida sono stati tradotti in 11 lingue: inglese, francese, tedesco, italiano, portoghese, arabo, rumeno, farsi, albanese, turco, russo. Ad oggi, sono stati formati 117 migranti. Si sono svolti 80 incontri con 1042 migranti (50.3% donne e 1.3% transessuali) provenienti da Est Europa, Nord Africa, Africa sub-sahariana, Asia e persone di etnia rom. L'INMP ha formato 20 mediatori, che, in luoghi pubblici, associazioni culturali, centri di residenza per richiedenti asilo, case private, hanno raggiunto 395 connazionali (range età: 19-59 aa) di cui 258 maschi, 123 donne e 14 transgenders: 165 afgani e iraniani, 58 rumeni, 56 africani, 39 brasiliani, 39 rom, 25 albanesi, 21 arabi.

Conclusioni

La *Peer education* può essere uno strumento utile di conoscenza e prevenzione dell'infezione da HIV per migranti e gruppi etnici che, per difficoltà linguistiche e stili di vita, sono difficilmente raggiungibili con metodi standard di comunicazione dell'informazione in ambito sanitario. Da una prima analisi delle attività svolte si può dedurre che sebbene sia importante un approccio condiviso europeo, bisogna adattare la metodologia alle specificità nazionali. I limiti sono la reale valutazione di incremento del numero di test e il cambiamento di comportamenti a rischio a lungo termine. Gli obiettivi futuri sono la sostenibilità e prosecuzione del progetto per poter adottare la peer education come approccio strutturato di prevenzione della trasmissione dell'infezione dell'HIV e la possibilità di diffondere la metodologia in altri Paesi europei.

Contatto: Annalisa Rosso (a.rosso@inmp.it)

Programma della Regione Lazio di formazione degli operatori socio-sanitari sull'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri (p)

GERACI S^{a,d}, LORENZINI L^b, MANTINI V^b, SESTIERI M.^{c,d}

^aArea Sanitaria Caritas di Roma; ^bRegione Lazio; ^cAzienda ASL Roma D; ^dGrIS Lazio

Obiettivi

Promuovere e potenziare a livello regionale una capillare formazione di base rivolta agli operatori amministrativi, al personale sanitario e sociale di tutte le aziende sanitarie locali del Lazio sulla salute e sull'assistenza alla popolazione immigrata al fine di migliorare l'accessibilità ai servizi ed ottimizzare l'offerta delle prestazioni.

Metodi

La Regione Lazio, recependo le sollecitazioni del GrIS Lazio sulla necessità di una formazione omogenea sul tema della tutela della salute degli stranieri, con il supporto tecnico del Gruppo di lavoro Regionale "Salute e Immigrazione" (GLR), attraverso l'approvazione della determinazione n. B5336 del 29 ottobre 2010, ha definito alcuni ambiti metodologici irrinunciabili (trasversalità di partecipazione tra varie figure professionali, verifica motivazioni e disponibilità ad implementare localmente le competenze acquisite, didattica diversificata e partecipata, durata minima corso di 24 ore...), e contenutistici (scenari socio demografici e sanitari, aspetti relazionali e comunicativi in ambito transculturale, aspetti normativi ed organizzativi, specifica attenzione alle MGF...), anche alla luce delle Raccomandazioni dal titolo "Indicazioni metodologiche relative alla formazione degli operatori sociosanitari nel campo della salute e dell'assistenza alle persone immigrate" (vedi specifica comunicazione). Nell'ambito del Programma regionale è stata prevista la partecipazione diretta di ciascuna delle 12 Asl laziali per la progettazione e la realizzazione dei singoli corsi aziendali. L'ufficio regionale preposto, congiuntamente con il GLR, ha verificato i progetti formativi aziendali, sollecitando in alcuni casi una piena adesione alle raccomandazioni prodotte e ha quindi approvato i corsi proposti avviando, contestualmente, una specifica formazione dei formatori in ambito normativo per uniformare contenuti e procedure su tutto il territorio regionale.

Risultati

Tutte le 12 Asl regionali hanno partecipato al programma presentando un piano formativo coerente alle raccomandazioni regionali e nazionali, programmando nel periodo maggio 2011 – marzo 2012, 27 eventi formativi con la previsione di oltre 1.100 operatori formati di diverse comparti e professionalità. Ogni Asl si è sentita direttamente protagonista di un processo di implementazione di competenze con auspicabile diretta ricaduta sul proprio territorio. Il GrIS Lazio ha ottenuto un apprezzabile e motivante riconoscimento del proprio ruolo di "policy network" locale.

Conclusioni

Sollecitato dalle Regioni, il Ministero della Salute ha dato autorizzazione affinché le risorse destinate alla prevenzione delle MGF potessero essere utilizzate anche in ambito formativo di base sulla salute degli immigrati; si è, pertanto, avviato un processo virtuoso di aumento delle competenze degli operatori non solo legato allo specifico tema delle mutilazioni ma inquadrato nel più vasto tema dell'accessibilità ai servizi, prerequisito indispensabile per ogni intervento di maggiore specificità. La formazione degli operatori governata a livello regionale rappresenta l'occasione per uniformare conoscenze e procedure ai fini dell'accesso ai servizi sanitari dei cittadini stranieri. Ancora una volta si è valorizzato l'impegno congiunto di attori diversi istituzionali e non, nell'ambito del modello di doppio livello partecipativo (GrIS e GLR) che ha prodotto in Regione buoni risultati per la tutela di particolari condizioni di fragilità (rom, richiedenti asilo, immigrati irregolari).

Contatto: Salvatore Geraci (s.geraci@simmweb.it)

Artemis: Associazione e reti territoriali per la mediazione interculturale nella salute. Formazione di una rete di educatori di salute di comunità tra Firenze - Prato e Roma (p)

CELMI R^a, CONFALONI E^b, D'AMATO S^c, VAKO A^b, BOMBARDIERI C^b, RUZZA A^b, SACCO V^a, SIPONE S.^c

^aOim – Unità Salute e Immigrazione; ^bAlbero della Salute – Struttura di Riferimento per la Promozione della Salute dei migranti Regione Toscana; ^cIstituto Superiore di Sanità – Centro HIV

Obiettivi

Obiettivo generale: migliorare il processo di inclusione dei cittadini migranti costruendo un modello di intervento che possa avvicinare singoli e comunità migranti ai servizi socio sanitari. Obiettivi specifici: rafforzare l'*empowerment* e la *health literacy* di membri delle associazioni straniere e italiane, integrando competenze specifiche in ambito sanitario. Attivare un percorso innovativo e sperimentale nell'ambito della mediazione interculturale e dell'accesso ai servizi sanitari, creando una rete territoriale di "Educatori di salute di comunità", capaci di favorire la comunicazione tra istituzioni pubbliche e cittadini migranti, favorendo l'informazione, l'orientamento, l'accesso ai servizi anche in termini di medicina preventiva.

Metodi

Corso di formazione a Roma e a Prato teso a fornire gli strumenti per decifrare il quadro delle dinamiche e delle specificità territoriali e per intervenire su di esse in un'ottica trasformativa. Lezioni, sperimentazioni pratiche e discussioni guidate, realizzate mediante approcci e modelli centrati sul discente. Tavole di concertazione territoriale: rivolte ai referenti degli enti territoriali coinvolti, per favorire l'incontro domanda/offerta con la rete delle associazioni degli Educatori. Visite guidate dei partecipanti in strutture territoriali ritenute strategiche ai fini del progetto. Laboratori di progettazione: intesi a trasferire gli strumenti acquisiti nei corsi di formazione e a rafforzare la rete. Interventi di partecipazione attiva sul territorio: sarà messo a disposizione un budget per la sperimentazione del modello territoriale, creato durante i laboratori di progettazione, atto a potenziare la domanda attiva dei cittadini stranieri per la tutela della propria salute

Risultati

Rafforzare l'*empowerment* e l'*health literacy* delle associazioni straniere. Attivare una rete di "Educatori di salute di comunità" tra il Lazio e la Toscana. Favorire la comunicazione tra istituzioni pubbliche e cittadini di paesi terzi. Realizzare un modello sperimentale di mediazione culturale integrato con il territorio.

Conclusioni

L'utilizzo della mediazione linguistico culturale nei servizi ha rappresentato, sia in Europa che in Italia, un rinforzo all'utilizzo dei servizi da parte dei migranti – considerato un indicatore primario di integrazione – ma tale dispositivo incontra alcuni ostacoli, come la difficoltà di un'attuazione conforme a un modello standard – come progetto Migrant Friendly Hospital (OMS). Da qui il bisogno di identificare un modello di intervento territoriale a supporto della mediazione culturale. Il progetto Artemis cerca di rispondere a queste esigenze tramite la promozione dell'*health literacy* attraverso gli educatori di salute di comunità, figure in grado di rilevare i bisogni di salute, trasmettere le conoscenze e indirizzare ai servizi. L'associazionismo straniero, forte riferimento sul territorio, viene qui inteso come efficace strumento di supporto alla mediazione culturale soprattutto nelle fasi, antecedenti al bisogno terapeutico, della rilevazione dei fabbisogni e della sensibilizzazione alla prevenzione sanitaria.

Contatto: Elisabetta Confaloni (e.confaloni@alberodellasalute.org)

La salute come occasione d'incontro con la comunità cinese. Parole ed esperienze per una relazione possibile (p)

MAISANO B, CASTRO CEDENO G, LISTUZZI A, GERACI S.

Area Sanitaria Caritas di Roma

Obiettivi

L'obiettivo di questo progetto, che racchiude la storia dell'esperienza dell'incontro con la comunità cinese da parte dell'Area Sanitaria della Caritas Roma negli ultimi dieci anni, ha come orizzonte dichiarato quello di fornire elementi e strumenti di riflessione per analizzare e contrastare diffusi pregiudizi su questa popolazione, spesso esclusa dall'accesso ai servizi sanitari e dal sistema di welfare in generale. In definitiva, l'obiettivo è la sensibilizzazione della società, con particolare riferimento all'ambito sanitario, attraverso la creazione di strumenti di riflessione e di concreta comunicazione.

Metodi

Realizzazione di alcuni strumenti divulgativi attraverso l'incontro e la collaborazione di diverse professionalità e con diversi stili di comunicazione nell'ambito di un unico progetto editoriale. Coinvolgimento trasversale della società civile e delle istituzioni con eventi che facciano conoscere reciprocamente i percorsi di salute (diritti, professionisti ed organizzazione) e la comunità cinese (tradizioni, cultura, risorse).

Risultati

Sono stati realizzati due testi legati all'esperienza dell'Area sanitaria Caritas con la comunità cinese della capitale, sia in ambito di approfondimento conoscitivo (volume: Una porta aperta. Pagine 228) sia in quello assistenziale (volume: Le parole della salute. Pagine 292). Il primo è un libro in cui si raccoglie l'apporto qualificato di esperti e docenti che mettono a fuoco il tema della salute in un più ampio quadro di conoscenza del sistema cinese economico e sanitario, della comunità cinese in Italia e ciò è confrontato con i diritti in ambito sanitario degli immigrati anche testimoniando una esperienza concreta di incontro possibile. Questo libro è arricchito con due storie di una quotidianità verosimile, che da una parte "diluiscano" l'approccio meramente tecnico e dall'altra coinvolgono emotivamente nella lettura, tratteggiando uno strumento che può essere usato per interventi di sensibilizzazione in ambiti anche molto diversi e con interlocutori di diversa estrazione (operatori sanitari, studenti anche delle medie superiori, forze dell'ordine, insegnanti...). Il secondo libro è un glossario medico con oltre 7.000 parole tradotte in cinese: sono i termini usati in ambito sanitario individuati dopo un attento lavoro di oltre 4 anni con l'attiva partecipazione di esponenti della comunità cinese. I due volumi rientrano in un progetto editoriale unico che ha ottenuto la sponsorizzazione di una istituzione pubblica non solo in termini economici (ha finanziato il primo testo e curato la presentazione) ma anche nella organizzazione e partecipazione diretta di uno specifico evento realizzato in sede istituzionale alla presenza di autorità italiane e cinesi e con una vasta partecipazione di operatori sociali e sanitari del settore pubblico e privato. L'ulteriore diffusione di questi testi potrà avere come risultato atteso lo stimolo per nuove proposte progettuali finalizzate a politiche sanitarie più attente alla eterogeneità culturale e sociale, con particolare attenzione alla partecipazione, oltre che all'inclusione, della popolazione cinese.

Conclusioni

Aprire spazi, costruire traiettorie. Anche per la popolazione cinese, caratterizzata da una presenza socialmente e culturalmente eterogenea, la prospettiva reale per il prossimo futuro in ambito sociale e sanitario non può essere che la partecipazione in vista di una piena cittadinanza.

Contatto: Bianca Maisano (b.maisano@areasanitaria.it)

ALLEGATI

ALLEGATO 1

Raccomandazioni finali della X Consensus Conference e Congresso della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) Trapani, febbraio 2009

Preambolo

Il giorno della inaugurazione del nostro VIII Congresso nazionale è drammaticamente coinciso con l'approvazione, in Senato, di un emendamento che, incidendo sulla normativa vigente con l'abolizione del comma 5 dell'art. 35 del D. Lgs. 286/98, comporterà pesanti ricadute sulla salute di tante persone fragili, giunte in Italia in modo precario con la speranza di una vita più dignitosa, quelle stesse persone che si rivolgono ai tanti servizi in cui operiamo.

Temiamo che, ancora una volta, le istituzioni e la società civile debbano attendere situazioni estreme, come decessi, aborti evitabili, rischio di salute per bambini e adulti che hanno, come unica colpa, quello di non avere "le carte in regola". Siamo fermamente contrari, come operatori che hanno come faro della loro azione la tutela incondizionata della salute di ogni individuo, a qualunque provvedimento la possa mettere a repentaglio. Sappiamo bene che indurre "clandestinità sanitaria" non giova né ai singoli individui, né alla collettività intera. Come medici, infermieri, ostetriche, psicologi, assistenti sociali e tutte le altre professioni rappresentate nella nostra Società scientifica, rivendichiamo con orgoglio i presupposti e i principi deontologici fondativi del nostro ruolo sociale contro chiunque lo voglia snaturare. Intendiamo proclamare che mai ci presteremo a denunciare un nostro assistito solo in quanto privo di un permesso di soggiorno in corso di regolarità sapendo bene che, se lo facessimo, metteremmo in serio pericolo la sua salute. "Non vogliamo, non possiamo, non dobbiamo".

Raccomandazioni finali

Misure a tutela della salute degli stranieri privi di regolarità di soggiorno

A livello nazionale, ci rivolgiamo innanzitutto alle Istituzioni (Regioni, Province Autonome, Aziende sanitarie, Province e Comuni), ciascuna secondo il proprio livello e ruolo, nonché a tutte le associazioni impegnate sul territorio nella promozione dei diritti degli stranieri e a tutte le comunità di immigrati, chiedendogli di attivarsi immediatamente per scongiurare, con ogni mezzo possibile, che "l'effetto annuncio" di questo provvedimento

(che non ha ancora completato il suo iter e non è quindi ancora legge dello stato) possa produrre un allontanamento degli stranieri privi di permesso di soggiorno dalle strutture e dai servizi sociosanitari che ne possono curare eventuali malattie in corso, a tutela loro e del resto della popolazione. Mai come in questo caso una corretta informazione è garanzia di salute.

In particolare, ci appelliamo:

- alle Regioni e Province autonome affinché adottino, nell'immediato, comunicazioni capillari per ribadire come il divieto di segnalazione all'autorità sia tuttora in vigore e si impegnino, sulla scorta di alcune che l'hanno già annunciato (Puglia, Marche, Lazio, Emilia Romagna, Umbria, Toscana ...) ad adottare provvedimenti amministrativi che reintroducano il divieto di segnalazione qualora, ad iter giuridico completato, fosse confermato l'attuale orientamento;
- alle Direzioni Generali delle Aziende sanitarie, sia territoriali che ospedaliere, compresi IRCCS e Policlinici universitari, affinché informino tempestivamente tutti i servizi – con priorità per i servizi di Pronto Soccorso e quelli materno-infantili – e tutti gli operatori, compreso il personale amministrativo, che il divieto di segnalazione è attualmente in vigore, annunciando sanzioni per chi lo violasse;
- agli Ordini, agli Albi e ai Collegi professionali, affinché raggiungano i loro iscritti per ribadire che, anche in caso di approvazione del disegno di legge, l'obbligo di riservatezza e il divieto di segnalazione vanno rispettati in applicazione delle norme e dei vincoli deontologici delle rispettive professioni, e che la mancanza di rispetto di tali vincoli li espone a sanzioni disciplinari.

A livello internazionale, ci rivolgiamo a tutti i parlamentari europei, di qualunque schieramento, affinché appoggino la Petizione N. 1886-08, recentemente presentata dalla SIMM insieme ad altre Associazioni nazionali, volta a garantire su tutto il territorio dell'Unione europea livelli minimi di assistenza anche a persone in condizione di irregolarità giuridica. L'approvazione di tale Petizione potrebbe infatti supportare ed accelerare l'iter della Risoluzione parlamentare sulla medesima tematica, già avviato con la Dichiarazione Scritta PE369.289v0100 .

Ribadiamo con forza, come già espresso in nostre precedenti Raccomandazioni, la necessità di adottare **misure a tutela della salute dei minori** di origine straniera.

In particolare, per la protezione della loro salute psicofisica, prerequisito per il loro benessere sociale nel nostro paese, è fondamentale promuovere politiche che prevengano la precarietà sociale e l'instabilità della regolarità di soggiorno, quali ostacoli a una sana crescita psicologica.

Per queste ragioni la Consensus Conference raccomanda di:

- garantire l'iscrizione obbligatoria al SSN di tutti i minori stranieri comunque presenti sul territorio nazionale;
- estendere il periodo di validità del permesso di soggiorno per gravidanza a 12 mesi con la possibilità di trasformazione dello stesso in permesso di soggiorno per lavoro al fine di proteggere la salute dei neonati.

Inoltre, in considerazione di quanto il riconoscimento della cittadinanza e la facilitazione e stabilizzazione del diritto al soggiorno rappresentino *determinanti di salute e di assistenza* in grado di condizionare in modo significativo la salute degli individui, dei gruppi e delle comunità, si raccomanda di:

- adottare nella legislazione italiana il principio dello *ius soli* nella concessione della cittadinanza, in modo che nascere in Italia comporti l'acquisizione dello status di cittadino;
- revisionare i criteri e le modalità di rilascio dei permessi di soggiorno in termini di requisiti per l'ottenimento e termini temporali di validità in modo da tutelare:
 - le famiglie con minori (almeno fino al compimento del 14° anno di età) con la concessione di permessi di durata pluriennali;
 - i minori cresciuti e scolarizzati in Italia al raggiungimento della maggiore età, o al termine degli studi, al fine di non farli incorrere nel rischio di espulsione;
 - la coesione familiare favorendo i ricongiungimenti familiari, sia identificando parametri abitativi meno restrittivi degli attuali, sia snellendo l'iter burocratico;
- garantire l'accesso alle scuole per i figli degli immigrati privi di permesso di soggiorno anche al di fuori della scuola dell'obbligo.

Misure a tutela della salute dei richiedenti asilo e rifugiati, con particolare riferimento alle vittime di violenza intenzionale

Si ritiene che, nonostante le recenti innovazioni normative derivanti dal recepimento delle direttive europee, sia necessario per l'Italia dotarsi di una legge organica in materia di asilo che dia effettiva attuazione all'art. 10 della Costituzione, oggi di fatto disatteso. Appare in particolare urgentissimo che l'Italia si doti di una norma finalizzata a garantire a tutti gli stranieri ai quali sia stato riconosciuto lo status di rifugiato o di protezione sussidiaria o umanitaria, dei percorsi adeguati di accoglienza ed inclusione sociale.

Sul piano della tutela sanitaria e dei diritti fondamentali della persona appare grave l'attuale assenza, nelle commissioni territoriali per il riconoscimento del diritto d'asilo, di personale con competenze mediche e psicologiche in grado di concorrere ad un esame approfondito ed equo delle domande. Si ritiene pertanto che sarebbe opportuna una modifica della normativa vigente in tal senso.

Ai richiedenti asilo deve essere fornita, fin dall'inizio della procedura, l'informazione riguardo alla possibilità di accedere ad una assistenza medica e psicologica adeguata che possa altresì rilasciare idonee certificazioni in sede di audizione presso le commissioni. Il regolamento di attuazione delle nuove procedure sull'asilo (d.lgs 25/08) deve prevedere disposizioni chiare che consentano al richiedente asilo in condizioni di vulnerabilità di usufruire, in sede di audizione, del supporto del personale di sostegno che pure la legge prevede.

I luoghi destinati all'accoglienza dei richiedenti asilo, con speciale attenzione ai grandi

centri collettivi, debbono essere in ogni caso aperti evitando l'utilizzo di strutture di tipo reclusivo o semi-reclusivo. Le strutture di accoglienza debbono possedere requisiti igienico-sanitari idonei, con possibilità di spazi riservati e di riposo. Nella gestione di dette strutture va evitata la presenza di forze militari e di polizia e tra il personale civile che li gestisce va prevista la presenza di personale in numero adeguato in grado di assistere i richiedenti per ciò che attiene l'orientamento legale e l'assistenza psico-sociale, con particolare attenzione alle situazioni più vulnerabili.

Le disposizioni amministrative vigenti e la strutturazione dei servizi non consentono una efficace e tempestiva individuazione e presa in carico delle vittime di tortura e di trattamenti disumani e degradanti, disattendendo di fatto gli obblighi derivanti dalle disposizioni comunitarie in materia. È allarmante in particolare che nessuna misura efficace (in termini di protocolli nazionali di intervento e di fondi) sia stata finora assunta al fine di permettere alle ASL nel cui territorio si trovino i centri di accoglienza a gestione governativa, che spesso accolgono diverse centinaia di richiedenti asilo, di potere monitorare e prendere in carico le vittime di tortura e di trattamenti disumani e degradanti, condizione purtroppo molto diffusa tra i rifugiati.

Una specifica attenzione va posta anche sulla salute dei "ricorrenti" e "diniegati" spesso in condizione di fragilità sociale ed incertezza giuridica e quindi più esposti a situazioni di rischio sanitario.

Misure a tutela della salute dei Rom e Sinti

La SIMM esprime grave preoccupazione per le condizioni di salute dei Rom e Sinti presenti sul nostro territorio, molti dei quali cittadini italiani, che versano in condizioni di estrema marginalità e degrado socio-ambientale indegne di una società civile e non a caso stigmatizzate in numerosi documenti internazionali.

Si ribadisce la necessità di supportare l'emersione del diritto alla salute di queste popolazioni, prevedendo programmi e interventi di tutela, volti a favorire l'integrazione sociale e sanitaria.

In particolare, sul versante dell'accessibilità dei servizi, appare urgente favorire percorsi di presa in carico da parte delle Aziende sanitarie territoriali, che prevedano anche interventi di offerta attiva di prestazioni sanitarie, attraverso un approccio integrato pubblico-privato sociale e valorizzando le competenze delle comunità rom e sinte.

È inoltre, in tutte le aree di criticità segnalate, appare strategico agire sul versante degli operatori, promuovendo la formazione all'approccio transculturale (a tutti i livelli, anche in fase di curricula formativi di base) e implementando interventi di mediazione culturale per rendere realmente fruibili i servizi.

*In dignità, in serietà, con competenza
I Partecipanti alla X Consensus Conference e VIII Congresso Nazionale SIMM*

ALLEGATO 2

Documento finale del Convegno Congiunto del Gruppo di Lavoro Nazionale Bambino Immigrato e della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni Chieti, novembre 2010

Una delle necessità psichiche fondamentali durante l'età evolutiva è quella della stabilità. I bambini hanno bisogno di sapere di avere un luogo e un tempo sicuri in cui crescere e progettare il proprio futuro. Politiche migratorie che tengano le famiglie in condizioni di precarietà, ad esempio con permessi di soggiorno a cadenza annuale o biennale, che comportano nei bambini un'incertezza anche riguardo alla possibilità di poter continuare il loro percorso scolastico nell'anno successivo, sono potenzialmente assai nocivi sia per la crescita psicologica che per il senso di appartenenza sociale di quelli che saranno gli italiani di domani. Così come lo sono scuole in cui l'inserimento e lo sviluppo di un senso di appartenenza siano ostacolate da norme o risorse (economiche e pedagogiche) non adeguate alle necessità.

*Per questa ragione proponiamo **tre punti** ormai ineludibili per prospettare le basi di un sereno convivere sociale perché riteniamo che la salute psichica e fisica dei bambini stranieri oggi (e cioè degli italiani di domani) sia preziosa, e vada tutelata prima di tutto sul piano sociale, creando le premesse perché possano crescere sereni e sviluppando un senso di appartenenza alla loro patria, che è anche la nostra.*

1. **Modificare urgentemente la legge sulla cittadinanza che oggi permette l'acquisizione della cittadinanza italiana ai minori stranieri al superamento del 18° anno solo se regolarmente soggiornanti fino alla maggiore età.**

Chiediamo con urgenza che venga riconosciuto il diritto di cittadinanza italiana (*ius soli*) insieme con il diritto al mantenimento della cittadinanza dei genitori (*ius sanguinis*) a tutti i bambini nati in Italia da genitori stranieri, in osservanza con la richiesta dei genitori e con il rispetto delle norme sulla cittadinanza dei paesi di provenienza. Premesso che l'obiettivo primario da conseguire è lo *ius soli* che riconosce come cittadini tutti i bambini nati da genitori stranieri regolarmente residenti, si evidenzia come in Europa la posizione Italiana sia attualmente la più restrittiva per la concessione della cittadinanza ai bambini nati da genitori stranieri. Appare inoltre necessario predisporre percorsi agevolati per l'acquisizione della cittadinanza per i minori stranieri che, pur non essendo nati nel nostro paese, vi abbiano trascorso un tempo significativo, in specie di scolarizzazione. Interventi di questo tipo non solo sono protettivi per la salute dei minori, ma si configurano an-

che come un investimento per la collettività: consentono infatti di non disperdere un capitale di competenze che è costato finanziariamente al nostro paese, che ha sostenuto le spese per la scolarizzazione di questi minori.

È necessario inoltre che le procedure per l'acquisizione della cittadinanza, oltre a essere semplici e garantite sul piano legislativo, incontrino anche un iter burocratico sufficientemente snello. A oggi l'esame delle pratiche arriva a richiedere un tempo di oltre tre anni.

2. **Iscrivere al SSN e quindi al Pediatra di libera scelta ed al Medico di medicina generale tutti i minori stranieri** presenti sul territorio nazionale secondo l'art. 24 della convenzione di New York (diritto del minore al miglior stato di salute possibile) e l'art. 2 della Costituzione (diritti fondamentali dell'individuo): attualmente i bambini figli di immigrati irregolari non godono di questo diritto, con un potenziale danno per la loro salute. Questa richiesta, già formulata nel Documento di Sabaudia della FIMP nel 2007, non ha ancora riscontro su tutto il territorio nazionale. Alcune Regioni, in modo autonomo, hanno cominciato a garantire questa assistenza, ma in molte altre manca.

3. **Estensione del Permesso di Soggiorno per gravidanza.** Attualmente viene rilasciato un permesso per tutta la durata della gravidanza e per i primi sei mesi dopo il parto, dopo di che scatta l'espulsione della donna e del bambino. Comprensibilmente molte mamme preferiscono non richiedere questo permesso, che in realtà diventa un'autodenuncia, e rimangono nell'irregolarità, non riuscendo così a godere appieno degli interventi a tutela della maternità. Gli indicatori di salute relativi agli esiti al parto ci dicono che i figli di mamme straniere sono ancora assai svantaggiati rispetto agli italiani proprio perché le gravidanze delle loro mamme sono meno protette. Prolungare il permesso di soggiorno per gravidanza a 12 mesi con la possibilità di trasformarlo successivamente in permesso per lavoro proteggerebbe la salute dei neonati e sarebbe un ulteriore intervento di tutela per il futuro.

Di fondo, ci sembra anche assolutamente necessario affrontare in modo definitivo la questione della **iscrizione anagrafica** dei figli degli immigrati irregolari oggi garantita grazie ad una circolare del Ministero dell'Interno del 7 agosto 2009 prot. 0008899: il "diritto umano" alla iscrizione anagrafica viene "prima" della questione della cittadinanza e attiene ai diritti civili fondamentali dei bambini (vedi le campagne per l'iscrizione anagrafica che molte ong conducono in vari paesi africani etc) e ci sembra fondamentale assumere iniziative che attribuiscono valore normativo al contenuto specifico di tale circolare fornendo così strumenti più sicuri e incontestabili per garantire tale diritto, sancito dall'art. 7 della Convenzione di New York, Legge 176/91 dello Stato Italiano.

Chiediamo ancora, in attesa che vengano accolti e resi esecutivi i tre punti fondamentali, di intraprendere azioni finalizzate per eliminare le seguenti criticità:

garantire **permessi di soggiorno a lungo termine** (almeno cinque anni) alle famiglie con bambini presenti, in specie se questi bambini sono in età scolare (almeno fino al

compimento del 14 anno di età), in modo da garantire la possibilità di una ragionevole programmazione degli studi e almeno del proprio futuro prossimo.

Le scuole devono predisporre appropriati **percorsi di inserimento didattico** dei bambini recentemente immigrati che non conoscano l'uso della lingua italiana. Questi percorsi devono venire integrati nella normale attività didattica delle classi (e non con "classi differenziate") avvalendosi di insegnanti di supporto e ore aggiuntive per l'apprendimento della lingua, e al tempo stesso favorendo l'integrazione del bambino nel normale gruppo classe. Tutti gli Istituti scolastici devono essere in grado di predisporre specifici programmi di inserimento per i nuovi arrivati, secondo linee guida psico-pedagogiche che vanno elaborate su scala nazionale ma che debbono essere sufficientemente flessibili da adattarsi alle realtà locali. Questi programmi devono essere opportunamente finanziati, ad esempio con quote capitarie (finanziamenti alle singole scuole in proporzione al numero di nuovi allievi stranieri inseriti).

Devono venire predisposti opportuni dispositivi legislativi in modo che al raggiungimento della maggiore età, o al termine degli studi, **i minori scolarizzati in Italia non rischiano l'espulsione** se non trovano immediatamente un contratto di lavoro che consenta il rilascio di un permesso di soggiorno. Appena diventano maggiorenni, infatti, i ragazzi rientrano nella normale normativa degli adulti, e possono rimanere nel paese solo a condizione che studino o abbiano un lavoro stabile (quanto questo sia facile da ottenere a 18 anni non vale la pena di discuterlo). Una tale normativa può anche significare, ad esempio, per un ragazzino di dieci anni l'espulsione di un fratello maggiore con separazione forzata da questi.

Con lo scopo di promuovere la salute psichica e prevenire il disagio mentale, si suggerisce di finanziare uno specifico **capitolo di spesa con la finalità di promuovere interventi per favorire l'integrazione** (scolastica e sociale) dei minori di origine straniera nel tessuto sociale italiano, e per accompagnare i piccoli immigrati nei ricongiungimenti familiari a volte difficili (in specie quando la separazione dai genitori sia stata particolarmente prolungata). Interventi di questo tipo, diffusi capillarmente sul territorio, possono aiutare a prevenire, o quanto meno a gestire, condizioni di malessere psichico.

Sempre per la promozione della salute psichica, appare necessario **agevolare i ricongiungimenti familiari**. Attualmente i parametri abitativi sono assai restrittivi e, se venissero applicati anche agli italiani, molti di noi sarebbero costretti a separarsi dai propri figli. Inoltre i requisiti dovrebbero venire modulati anche sulla base dei legami tra i conviventi, riducendoli ulteriormente se si tratti di nucleo familiare semplice (genitori e figli), rispetto alle situazioni in cui siano presenti altre persone. Appare inoltre necessario snellire l'iter burocratico: attualmente tra la domanda di ricongiungimento e la sua approvazione possono passare 10-12 mesi. L'introduzione del consenso-assenso potrebbe essere di aiuto in tal senso. Appaiono anche promettenti interventi sociali in grado di aiutarne la gestione dopo che sono avvenuti perché a volte le difficoltà che le famiglie incontrano sono notevoli. Si suggerisce, inoltre, di consentire il ricongiungimento con le stesse regole anche per i figli maggiorenni inferiori ai 21 anni di età, e in tutti i casi in cui questo serva a non separare i fratelli (ad esempio se le età fossero 22, 16 e 12 anni).

Garantire **l'accesso alle scuole** per i figli degli immigrati privi di permesso di soggiorno anche al di fuori della scuola dell'obbligo: attualmente questo diritto non è garantito a chi ha meno di 6 anni o più di 16. Per far questo è necessario anche annullare gli effetti

dell'art. 10bis della legge 94/09 (Il cosiddetto "pacchetto sicurezza" e il relativo "reato di clandestinità" istituito) nei confronti di questi bambini e dei loro genitori, o permettere l'iscrizione, come avviene per la scuola dell'obbligo, anche senza la presentazione del documento di soggiorno.

Offrire parità di trattamento nel ricevere **provvidenze economiche** a tutela della donna, della maternità e del bambino tra italiani e stranieri con permesso di soggiorno in regola; attualmente questa parità è riconosciuta solo ai titolari di carta di soggiorno (permesso di soggiorno a tempo indeterminato).

Sul piano strettamente sanitario la SIMM e il GLNBI, nell'incontro di Chieti del 19 e 20 novembre 2010, hanno ribadito la necessità di elaborare percorsi formativi, strategie di prevenzione e sorveglianza sanitaria, percorsi diagnostico-assistenziali, applicabili in ospedale e sul territorio, per migliorare le conoscenze e gli interventi per il controllo, in Italia, di patologie che, ancorché a bassa prevalenza, costituiscono nel contesto culturale italiano una sfida per il medico e il pediatra e per le istituzioni sanitarie e scientifiche in popolazioni a rischio, per precarie condizioni socioeconomiche o per la provenienza da paesi ad alta endemia.

Formulato il **20 novembre 2010**, 21° anniversario della Convenzione di New York sui Diritti dell'Infanzia
Sottoscritto il **10 dicembre 2010**, Giornata Mondiale sui Diritti Umani a 62 anni dalla proclamazione della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo. Il **25 marzo 2011**, il documento, leggermente modificato, viene firmato dalla Società Italiana di Pediatria.

ALLEGATO 3

Documento di sintesi per un sistema socio-sanitario culturalmente competente, equo e di qualità luglio 2010

Salvatore Geraci, Manila Bonciani, Barbara Martinelli

Area sanitaria Caritas Roma

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Nell'ambito del Progetto "Migrazione e salute" coordinato dall'ISS, l'Unità Operativa 3 ha analizzato le politiche sanitarie locali utilizzando un approccio concreto e moderno attraverso l'identificazione di alcune variabili: Linee guida (Variabile 1); Analisi del bisogno (Variabile 2); Prevenzione e promozione della salute (Variabile 3); Formazione (Variabile 4); Mediazione in sanità (Variabile 5); Assistenza agli irregolari (Variabile 6); Assistenza ai comunitari (Variabile 7). Queste possono essere considerate degli indicatori e, con una specifica metodologia, sono stati definiti due indici di sintesi che possano permettere confronti nel tempo, e quindi misurare gli effetti di specifiche scelte politiche nazionali e locali, e nello spazio, cioè in ambiti territoriali diversi.

SINTESI DELL'ANALISI EFFETTUATA

L'analisi delle variabili e la loro rappresentazione cartografica confermano l'eterogeneità delle situazioni locali in termini di politiche su immigrazione e salute. Colpisce innanzitutto osservare una relativamente bassa attenzione verso il tema della garanzia dell'applicazione in modo uniforme e diffuso delle norme nazionali e locali, che potrebbe essere garantita in particolare con l'emanazione di linee guida.

Si è consolidato, invece, negli anni l'attenzione delle politiche sanitarie verso l'analisi del bisogno di salute degli immigrati e metà delle regioni italiane ha sancito la costituzione di Osservatori dedicati al monitoraggio e valutazione del fenomeno migratorio nei suoi molteplici aspetti e delle sue ricadute in termini di impatto in ambito sanitario.

Anche l'analisi della variabile relativa alla prevenzione e promozione della salute mette in rilievo l'importanza di questo aspetto all'interno delle politiche sanitarie locali: si osserva, infatti, che dieci regioni e una provincia autonoma hanno prodotto delle indicazioni normative specifiche sul tema, superando una visione meramente di tipo preventivo e favorendo interventi di educazione sanitaria, ed anche di rafforzamento delle capacità degli immigrati di avere un controllo sui determinanti di salute.

La formazione degli operatori è generalmente indicata come asse di intervento delle politiche

sanitarie locali ed è anche alto il livello di attenzione che risulta essere rivolto alla mediazione di sistema.

Per quanto riguarda l'assistenza agli irregolari, si osserva che in tutto il territorio italiano viene mediamente assicurata in linea con le disposizioni normative nazionali.

Per quanto riguarda, infine, l'assistenza sanitaria ad un altro gruppo in condizioni di fragilità, quali i comunitari sprovvisti di copertura sanitaria, si osserva un discreto livello delle politiche locali nell'impegno a tutelarne il diritto alla salute.

Dall'analisi complessiva delle variabili oggetto di studio, sintetizzate nei due indici sulle politiche sanitarie locali, emerge pertanto che quasi la metà delle regioni italiane ha un livello alto di attenzione verso il tema della salute degli immigrati.

È importante ricordare che il risultato della ricerca deriva dalla lettura ed analisi degli atti formali e quindi fa riferimento soprattutto alla capacità di formalizzazione della politica locale in atti normativi e programmatici, mentre potrebbe non trovare diretto riscontro a livello applicativo, o al contrario potrebbe esserci una diffusa attenzione al tema sul territorio al di là dagli atti formali stessi. Ciò emerge attraverso l'esperienza dei Gruppi Immigrazione e salute - **GrIS locali** (unità territoriali della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - SIMM), che offrono uno sguardo dal basso sulle politiche sanitarie e hanno reali chiavi di lettura del fenomeno e spesso sono artefici di proposte tecnico-politiche efficaci.

I due indici sintetici, inoltre, riproducendo la situazione ad oggi delle politiche sanitarie locali, non permettono di esplicitare il processo di trasformazione avvenuta in questi ultimi anni e, quindi, alcune realtà, che hanno costituito in passato esperienze regionali di rilievo e fortemente innovative nell'ambito dell'assistenza sanitaria agli immigrati, si possono trovare attualmente ad avere valutazioni non completamente rappresentative della loro storia, tradizione ed esperienza.

Fonte: S. Geraci, M. Bonciani, B. Martinelli, Area sanitaria Caritas Roma, 2010

Sintesi in 8 punti delle indicazioni operative emerse:

- Condividere ulteriormente il metodo di analisi delle politiche sanitarie locali ed applicarlo a livello di Regioni e Province autonome per poter verificare la validità delle variabili e degli indici identificati anche con uno "sguardo dall'interno". Si auspica così di poter integrare ulteriormente la lista delle variabili identificate per l'analisi, specificando anche meglio la loro definizione operativa e le modalità da attribuire alle singole variabili, e poterle poi adottare, insieme agli indici di sintesi elaborati, sia per una valutazione periodica comparativa delle politiche, sia come strumento di *Health Impact Assessment* in sede di elaborazione delle politiche stesse.
- Elaborare delle linee guida a livello locale per uniformare l'offerta sanitaria in base alla normativa nazionale e locale ed eventualmente adottare quelle che sono in corso di elaborazione da parte del Tavolo tecnico Interregionale "Immigrati e Servizi sanitari in Italia" della Commissione salute (Coordinamento interregionale in sanità), integrandole con proprie specificità normative a livello locale, che siano inclusive delle specifiche relative all'accesso ed alle modalità di fruizione almeno dei seguenti gruppi target: immigrati non UE regolari, immigrati non UE non regolari, comunitari,

- rifugiati. Si auspica che queste linee guida raccolgano periodicamente gli aggiornamenti normativi prodotti, integrando in maniera organica le indicazioni fornite attraverso delibere, note e altre circolari.
- Potenziare il monitoraggio e l'analisi del bisogno di salute degli immigrati attraverso l'istituzione o la valorizzazione del ruolo dell'Osservatorio, in modo che vengano realizzati periodicamente almeno le seguenti attività di ricerca:
 - studi sul fenomeno immigrazione e le sue forme di insediamento socio-economico e culturale sul territorio locale,
 - elaborazione di rapporti basati sulla raccolta di dati epidemiologici (seguendo le indicazioni emerse dai seguenti documenti: rapporto 2009 "La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi", lavoro coordinato dalla Regione Marche; periodiche analisi di Osservasalute; risultati dell'Unità Operativa 2; ed implementando il nuovo flusso OSI, secondo quanto sviluppato dall'Unità Operativa 4) e sociali, che supportino il processo di pianificazione delle politiche e dei sistemi socio-sanitari a livello locale,
 - analisi per la valutazione dell'implementazione delle stesse politiche.
 - Rafforzare l'attenzione rivolta alla prevenzione e promozione della salute degli immigrati, soprattutto riconoscendo l'importanza dei determinanti sociali di salute e la necessità di potenziare le capacità di controllo su di essi da parte degli stessi immigrati. Si auspica che vengano promossi specialmente degli interventi per la salvaguardia e la promozione della salute delle donne e dei lavoratori stranieri, nonché che si rivolga una specifica attenzione anche ai minori ed alle seconde generazioni, ambiti dove l'integrazione delle politiche sociali, educative e sanitarie è strategica.
 - Inserire indicazioni sulla formazione del personale sanitario sui temi della salute ed immigrazione almeno nei piani sanitari regionali o provinciali e/o nei piani sull'immigrazione, indicazioni che non si esauriscano nella sola esplicitazione generica della necessità di aggiornamento degli operatori, ma specifichino anche le modalità di realizzazione degli eventi formativi stessi. Si auspica la realizzazione di piani formativi a livello delle singole Regioni e Province autonome relativi alle questioni in oggetto e si rimanda alle raccomandazioni dell'Unità Operativa 6 per i dettagli contenutistici e metodologici che dovrebbero essere inseriti in questi piani formativi.
 - Fornire indicazioni, almeno nei piani sanitari regionali o provinciali e/o nei piani sull'immigrazione, per inserire strumenti di mediazione di sistema che favoriscano l'accesso ai servizi e la fruizione dell'assistenza sanitaria per gli immigrati, specificando le azioni necessarie a tale scopo. Si auspica che l'attenzione non si focalizzi solo sull'utilizzo dei mediatori nei servizi, ma si considerino gli altri aspetti essenziali per un'efficace mediazione di sistema, dall'utilizzo di materiale informativo multilingue, al riorientamento o adeguamento organizzativo e procedurale dei servizi, secondo quanto già identificato dal documento CNEL del 2000 ed indicato nei risultati del lavoro dell'Unità Operativa 5. Si auspica anche che vengano presentati i dettagli operativi dell'implementazione di questa strategia, se non all'interno degli atti generali di politica sanitaria, almeno attraverso atti specifici che permet-

tano anche di effettuare una valutazione puntuale della politica stessa rispetto a questo aspetto.

- Promuovere la formulazione di direttive regionali per garantire l'assistenza sanitaria ai soggetti in situazione di particolare fragilità sociale e giuridica come gli irregolari, almeno attraverso strutture pubbliche o private convenzionate, che forniscano assistenza di medicina generale di base. Si auspica che le Regioni e Province autonome estendano la copertura di questi soggetti attraverso i medici di medicina generale o almeno i pediatri di libera per i minori stranieri, per una più efficace tutela del diritto alla salute di queste persone.
- Trasmettere localmente le direttive nazionali in tema di salute dei comunitari sprovvisti di copertura sanitaria, non limitandosi ai neo-comunitari (Bulgari e Rumeni), ma garantendo l'assistenza sanitaria ai cittadini dell'UE che non hanno i requisiti per l'iscrizione obbligatoria. Si auspica anche l'introduzione della possibilità dell'iscrizione volontaria per quei comunitari che, pur non possedendo i requisiti per l'iscrizione obbligatoria, hanno risorse adeguate di sostentamento.

Sulla base delle analisi delle politiche sanitarie condotte a livello regionale e delle Province autonome, è emersa la necessità, soprattutto in alcune realtà, di migliorare la capacità del sistema sanitario di rispondere in modo adeguato ed equo alle sfide della diversità culturale. Una questione cruciale per lo stato di salute dell'immigrato è rappresentata dal grado di accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari, la prima dipendendo prevalentemente dalla normativa, la seconda dalla capacità culturale dei servizi di adeguare le risposte ad utenti differenti.

La comunicazione interculturale in ambito sanitario, quindi, assume un ruolo cruciale nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Oltre al problema della diversità linguistica, l'esistenza di diversità culturali viene osservata come ostacolo ad una comunicazione efficace. Si ritiene che il passaggio cruciale sia rendere tutti i *servizi culturalmente competenti*, producendo strumenti organizzativi e occasioni di approfondimento adeguati.

Per tale motivo, decisivo è anche l'assetto organizzativo degli organi di pianificazione e controllo (Assessorati regionali, Direzioni aziendali, Ministero della salute).

Alla fine degli anni '90, all'indomani dell'approvazione del Testo Unico sull'Immigrazione, l'*Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri* del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL), ha pubblicato un documento sull'accessibilità ai servizi sanitari degli immigrati dal titolo significativo "Servizi da riorientare".

Il documento, frutto di un intenso lavoro di un gruppo formato da "decisori" (assessori e dirigenti sanitari), è stato il primo – ed unico, anche se alcuni temi sono stati ripresi nei rapporti sull'integrazione dell'omonima Commissione presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, dei primi anni 2000 – tentativo istituzionale di indicare percorsi che potessero "adeguare" l'offerta dei servizi sanitari alla "nuova utenza" immigrata con una attenzione all'equità, alla qualità ed all'interculturalità.

“RIORIENTARE” I SERVIZI**• Formazione del personale***informazione, formazione specifica, formazione relazionale, aggiornamento...***• Lettura dei bisogni***rilevazione dei dati di routine, indagini specifiche...***• Lettura della domanda***legata alla percezione dei bisogni, alla traduzione culturale, alla possibilità di esprimersi, all'incontro con i servizi...***• Organizzazione dei servizi***orari, offerta attiva, mediazione***• Flessibilità dell'offerta***modulare l'offerta in base alle verifiche dei bisogni e delle attività, sperimentare nuovi percorsi...***• Lavoro multidisciplinare***all'interno del mondo sanitario, integrazione con altre discipline...***• Lavoro di rete***con altri attori intra-aziendali, istituzionali, volontariato, associazionismo di italiani e di immigrati, privato sociale...*

Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri – CNEL, 2000

In quel documento sono riportati due sintetici passaggi su come “organizzare” le politiche regionali ed aziendali.

PER UNA POLITICA REGIONALE

[...] è emerso come situazioni che richiedono competenze di assessorati diversi (in genere alle politiche sociali o all'immigrazione e quello alla sanità, ma anche altri) non sono supportati da politiche di coordinamento e/o collegamento. Lo standard è che un assessorato sappia nulla o comunque poco dell'attività dell'altro e che tra gli stessi uffici del medesimo assessorato le informazioni siano insufficienti se non contraddittorie. È questo il quadro dove si inserisce lo specifico compito della definizione di politiche sanitarie locali a favore dei cittadini immigrati. Per lo più le Regioni fanno da tramite di informazioni nazionali a realtà locali. Un trasferimento di informazioni che non può bastare per governare un fenomeno diversificato sia sul versante dell'immigrazione sia su quello dell'organizzazione dei servizi. Si ritiene indispensabile che la Regione contestualizzi la politica nazionale con atti di governo locale specifico; se le leggi regionali possono essere strumenti poco agili, certamente i piani sanitari ed i progetti obiettivo sono occasione puntuale per avviare, adeguare o consolidare un impegno magari già introdotto con specifici atti amministrativi. [...]

In genere ogni assessorato alla sanità ha almeno un ufficio che si occupa di assistenza sanitaria agli italiani all'estero ed agli immigrati, ed è auspicabile che tale competenza non si limiti a risolvere pratiche burocratiche o quesiti più o meno complessi, ma possa promuovere percorsi di reale accesso e fruibilità delle prestazioni. [...]

Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri – CNEL, 2000

PER UN INTERVENTO LOCALE

Indipendentemente da input regionali, gli enti locali e nello specifico caso le aziende sanitarie hanno attivato percorsi, modelli d'intervento, iniziative spesso innovative e significative.

In termini organizzativi dedicare una figura professionale ad implementare tale obiettivo di salute per popolazione target appare, in questa fase di inclusione nel sistema, particolarmente efficace. Viene individuato l'ambito di collocazione strutturale di tale figura, pur essendo l'organigramma aziendale non sempre sovrapponibile in contesti regionali diversi, nello staff del direttore sanitario. Considerato che la "missione" del Direttore Sanitario, tra l'altro, è quella di coopartecipare nella definizione delle strategie ed orientamenti generali e della pianificazione strategica dei servizi dell'Azienda, coordinare ed assicurare l'integrazione funzionale tra i presidi sanitari, definire le soluzioni organizzative finalizzate al raggiungimento della migliore integrazione tra gli obiettivi aziendali, [...] si ritiene adeguato individuare nell'ambito del suo staff la risorsa, completamente dedicata o meno, che abbia come mandato la "salute degli stranieri". [...]

L'Azienda può o meno dotarsi di un Progetto Obiettivo Aziendale (anche alla luce dell'emanando Progetto Obiettivo Nazionale) con il compito di avviare un processo di inclusione e di delibere specifiche: utile è avere una visione d'insieme sul fenomeno, sulle risorse e sulle risposte. Una politica aziendale efficace potrebbe basarsi su un percorso di riorientamento dei servizi (come descritto precedentemente) e di integrazione socio-sanitaria dove appare evidente un ruolo determinante e trainante del Comune così come definito dalla normativa nazionale attuale e da quelle locali.

Il "referente aziendale" non dovrebbe gestire in proprio progetti e percorsi ma come un "catalizzatore" dovrebbe avviare processi già insiti in una pianificazione aziendale (formazione, flussi dei dati...) e in una organizzazione territoriale (distretti, dipartimenti...). È il rappresentante delle politiche specifiche dell'Azienda sui tavoli istituzionali previsti dall'attuale normativa (Consigli territoriali, Consulta regionale...) e/o su altri che gli enti locali sapranno e vorranno attuare o che l'azienda stessa riterrà strategici per il raggiungimento degli obiettivi. È l'esperto sullo specifico tema nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria con i rappresentanti dei Comuni e di altri enti locali (Conferenza dei Sindaci...).

Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri – CNEL, 2000

Il documento si concludeva con l'auspicio, ancora oggi assolutamente condivisibile, di realizzare una organizzazione sanitaria più attenta alle diversità delle condizioni sociali e sanitarie e dei bisogni che ne conseguono, perchè ciò non potrà che garantire un livello di assistenza migliore e quindi una concreta promozione della salute per tutti.

A livello regionale

referente regionale
gruppo di lavoro specifico
organi istituzionali
ufficio specifico
centro di riferimento

piano sanitario regionale - piani per la salute - progetti obiettivo
piani di zona - piani triennali integrati...

A livello aziendale

figura professionale dedicata in staff con il direttore sanitario (o direttore sociale)
gruppo di lavoro aziendale
referente aziendale operante in ambito istituzionale e non

avvio di processo
riorientamento servizi e integrazione socio-sanitaria
progetti obiettivo aziendali

Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri – CNEL, 2000

In questi 10 anni ci sono stati diversi cambiamenti nella sanità (ma più in generale nella società, nel fenomeno sociale dell'immigrazione e nelle politiche di welfare) ed in particolare la regionalizzazione in sanità impone un completamento ed aggiornamento delle indicazioni date.

La validazione della metodologia usata per la definizione degli indici di sintesi (variabili scelte, priorità/peso specifico, criteri valutativi...), in particolare per confronti con gli indici di integrazione e indicatori di salute ed accesso, e l'implementazione delle 8 indicazioni operative possono confermare/completare le indicazioni CNEL (riorientare i servizi; per una politica regionale; per interventi locali), anche se si rende necessaria una indicazione preliminare legata al ruolo di organismi "centrali" di collegamento e coordinamento (al di là di specifici progetti o finanziamenti "a tempo").

Tutto ciò in un'ottica di aumento complessivo delle competenze culturali del sistema, di specifica attenzione all'equità ed alla qualità dei percorsi assistenziali e delle cure.

Per un coordinamento nazionale istituzionale

Nell'ambito del Ministero della Salute, potrebbe essere opportuno prevedere una risorsa tecnica dedicata (sotto forma di Ufficio specifico oppure di staff dedicato o altro, presso il gabinetto ministro o una Direzione Generale interessata), che abbia funzioni di collegamento tra le varie competenze ministeriali e ne sia referente ultimo, utilizzando un gruppo di lavoro interno, definibile come consulta sanitaria/conferenza permanente intra ministeriale.

Questa può avere la seguente caratterizzazione:

- È interlocutore e referente con/per gli altri ministeri (con possibilità di delega in base alle competenze).
- Si supporta di specifici gruppi di lavoro nazionali (a tempo), istituiti presso il ministero come possibilità di approfondimento/valutazione.
- È interfaccia con la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (si potrebbe auspicare una "Commissione salute e immigrazione" permanente, con referenti delle

regioni e consulenti tecnici e con un piano lavori concordato e pianificato presso la stessa Conferenza o in alternativa presso il Ministero stesso).

- È referente/responsabile dei vari progetti finanziati dal Ministero e dà coerenza alla pianificazione nazionale anche utilizzando i risultati dei progetti stessi.
- È primo interlocutore delle società scientifiche, dei gruppi di ricercatori (o progetti di ricerca), delle organizzazioni non governative, dell'associazionismo straniero.

In tutti gli ambiti tecnici sanitari istituzionali, potrebbe essere utile individuare un riferimento (singola istituzione o gruppo di enti) sul tema (ISS, CNR o altri; in base al livello di complessità della struttura si potrebbero poi individuare più referenti per linea di attività coordinati tra loro) che realizza una consulta sanitaria/conferenza permanente extra ministeriale.

Progetto "Migrazione: sistema di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitari e verifica dell'osservanza del diritto alla salute di queste popolazioni" (0013205-P-16/04/2008) Finanziato e promosso dal Ministero della Salute con responsabilità scientifica e di coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità e realizzato, per la propria competenza, dalla Unità Operativa n. 3: Politiche sanitarie (resp. Salvatore Geraci – CRS, Area sanitaria Caritas Roma).

Discusso con il Comitato Tecnico Scientifico del Progetto, con i rappresentanti della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e con i referenti delle Regioni Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Marche, Piemonte, Puglia, Umbria, Veneto il 9 giugno 2010

ALLEGATO 4

Indicazioni metodologiche relative alla formazione degli operatori sociosanitari nel campo della salute e dell'assistenza alle persone immigrate giugno 2010

Maurizio Marceca, Silvia Pizzuti, Emma Pizzini, Giulia Civitelli

Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive
Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Premessa

Come riconosciuto in vari documenti ufficiali a livello internazionale e nazionale¹, *la formazione e l'aggiornamento degli operatori sociosanitari*, volta a qualificarne l'intervento nell'affrontare le questioni associate alla migrazione, rappresenta un elemento rilevante e strategico per la promozione e la tutela della salute delle popolazioni immigrate, in coerenza con i principi, gli obiettivi e le caratteristiche del sistema sanitario e delle professioni che lo animano.

L'accordo Stato-Regioni del 5/11/2009 su "Il Nuovo Sistema di Formazione Continua in Medicina", con riferimento a "Gli obiettivi formativi nazionali e regionali", riconosce la "Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria" tra "le aree di riferimento che, in coerenza con i Piani sanitari nazionali e regionali vigenti e quindi periodicamente rinnovabili, dovranno essere utilizzate per l'individuazione degli 'obiettivi formativi' che devono essere evidenziati nei Piani di Formazione dei singoli Provider, pubblici e privati". Ciò comporta che tale tema sia stato incluso tra le "aree di riferimento per l'accreditamento dell'offerta formativa ECM".

Obiettivo del presente documento – in qualità di prodotto tecnico-scientifico derivante dal Progetto di Ricerca in epigrafe commissionato dal CCM, Ministero della Salute – è quello di mettere a disposizione delle Regioni e Province Autonome (e delle rispettive istituzioni competenti in tema di formazione e di ECM), nel pieno rispetto delle loro specifiche prerogative, alcune Indicazioni metodologiche specifiche.

Si auspica che tali Indicazioni, in coerenza con l'accordo Stato-Regioni del 5/11/2009, possano rappresentare un utile strumento sia per supportare il riconoscimento ECM delle proposte formative inoltrate a livello nazionale e locale, che per promuovere e indirizzare le iniziative formative realizzabili nel campo della "Salute e Migrazione" sul territorio di competenza. In questa fase storica che vede crescere autonomia e responsabilità dei Servizi sanitari regionali, chiamati a misurarsi con nuove realtà sociali e culturali, si sottolinea

il particolare valore della possibilità che le Regioni e Province Autonome esercitino un ruolo attivo nella promozione di queste iniziative di formazione ed aggiornamento dei professionisti a vario titolo interessati.

Nell'impostazione di tali Indicazioni, si è tenuto conto delle "Raccomandazioni sulla Formazione"² approvate nel maggio del 2004 in occasione dell'VIII Consensus Conference sull'Immigrazione tenutasi a Lampedusa, da parte della "Società Italiana di Medicina delle Migrazioni", che è attualmente la principale Società scientifica di riferimento sul tema.

Indicazioni metodologiche

In termini generali, si suggerisce di porre al centro dell'impostazione, della conduzione e della valutazione delle iniziative formative il "principio di coerenza": questo significa che la tipologia e le caratteristiche della specifica proposta formativa dovrebbero tener conto del rispetto degli "equilibri" da garantire in tutte le diverse possibili relazioni intercorrenti tra:

- obiettivi
- contenuti
- destinatari
- tempi
- modalità formative

A titolo di esempio, si propone di adottare tale principio per verificare la accettabilità e plausibilità del rapporto che la singola iniziativa formativa mostra tra:

- *obiettivi formativi e contenuti*
- *contenuti e destinatari*
- *contenuti e tempi*
- *contenuti e modalità formative*
- *modalità formative e destinatari*
- *etc.*

In termini specifici, nella *fase di elaborazione* del progetto formativo **si raccomanda di:**

- a) selezionare le specifiche esigenze locali, identificando il fabbisogno formativo prioritario, cioè gli obiettivi formativi rilevanti correlati alle caratteristiche socio-demografiche ed epidemiologiche del fenomeno migratorio sul territorio di riferimento;
- b) identificare il livello formativo più congruo agli obiettivi formativi prefissati in relazione agli specifici fabbisogni formativi dei destinatari (livello "di base", "intermedio", "avanzato");
- c) privilegiare una formazione per gradi, programmando eventuali aggregazioni di proposte formative in moduli successivi che focalizzino progressivamente tematiche specialistiche per specifiche categorie di operatori;
- d) curare la completezza e l'equilibrio interno delle tematiche trattate;

Con specifico riferimento alla proposta di Corsi di livello di base (o di I livello), viene individuata come necessaria la trattazione congiunta multiprofessionale e multidisciplinare delle seguenti tematiche:

- aspetti socio-demografici del fenomeno migratorio*;
- aspetti clinico-epidemiologici basati sulla letteratura scientifica disponibile*;
- aspetti normativi e deontologici di interesse, volti a distinguere le diverse situazioni giuridiche e a orientarsi correttamente sulle opportunità di accesso alla prevenzione, alle cure e alla assistenza previste dalla normativa di carattere nazionale e locale*;
- aspetti relazionali, valutati in un'ottica transculturale e intesi nel senso più ampio della comunicazione verbale e non verbale insita nel processo stesso di accoglienza e cura e delle relative implicazioni psicologiche e antropologiche;
- aspetti relativi all'organizzazione e integrazione dei servizi in un'ottica di informazione, orientamento, presa in carico della persona e governo dei "percorsi assistenziali" con un approccio integrato sociosanitario.

Tutte le tematiche dovrebbero essere affrontate affiancando, per quanto possibile, al contesto generale (nazionale e regionale), quello specifico locale.

- e) adoperarsi per coinvolgere, nella costruzione, promozione e conduzione delle iniziative formative, i diversi attori istituzionali e non istituzionali (Assessorati, Agenzie di Sanità Pubblica, Osservatori Epidemiologici, Aziende sanitarie, Enti Locali, Università, Società Scientifiche, Enti di Ricerca, Comunità straniere, Terzo Settore, altre realtà locali significative);
- f) proporre le iniziative formative, in qualità di destinatari, a tutti i possibili attori coinvolti nel percorso di vita e di assistenza del paziente straniero (figure amministrative, con particolare riferimento agli operatori addetti all'orientamento ai servizi ed al front-office; personale di assistenza socio-sanitaria: infermieri e assistenti sanitari, ostetriche, medici, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, mediatori linguistico-culturali, volontari...), integrandole con i programmi di attività professionali ed interprofessionali dei diversi operatori coinvolti;
- g) (con riferimento alle Istituzioni deputate al governo della formazione continua nel settore della salute, si invita ad) assicurarsi che tutti gli operatori dei servizi maggiormente utilizzati dalle persone immigrate (compresi gli operatori subentranti a seguito di turn-over del personale) ricevano almeno una formazione di base (si veda prospetto precedente);
- h) valorizzare le esperienze locali e il confronto tra i partecipanti; ciò comporta di prevedere, nella predisposizione del programma, spazi effettivi per gli interventi e le interazioni tra e con i partecipanti, favorendo il coinvolgimento delle persone straniere;
- i) (in tale prospettiva), contenere il numero dei partecipanti non superando, di norma, le 40 persone, in modo da rendere effettivamente possibile il coinvolgimento diretto di ciascuno attraverso interventi e testimonianze e in modo da agevolare la conduzione di lavori di gruppo/esercitazioni;

- j) utilizzare la formazione anche come “laboratorio” per progettare soluzioni organizzative o interventi di promozione della salute da implementare nei servizi per migliorarne la conoscenza e l’accesso da parte delle persone immigrate;
- k) privilegiare, laddove possibile³, modalità didattiche innovative, quali la “formazione basata sull’esperienza”, la “formazione sui luoghi di lavoro”, il “team-based learning”, l’utilizzo di approcci e strumenti quali il “learning by doing”, il “role playing”, il “project work”, il “laboratorio riflessivo”, la “medicina narrativa”, etc.
- l) a prescindere dall’obbligo previsto dall’ECM, e quindi anche nel proporre iniziative formative prive di accreditamento, riconoscere lo specifico valore della dimensione della valutazione, sia di apprendimento (per la quale si consiglia di registrare le conoscenze e attitudini iniziali e finali dei partecipanti attraverso strumenti semplici e affidabili), sia di gradimento da parte degli stessi partecipanti, mettendoli nelle condizioni di esercitare liberamente il proprio spirito critico e di formulare i propri suggerimenti per le eventuali future iniziative;
- m) favorire al massimo l’informazione e l’accessibilità alle iniziative formative, in particolare contenendo gli eventuali costi di iscrizione;
- n) (per quanto possibile), prevedere una valutazione di impatto sui processi reali.

La fase di realizzazione dell’evento formativo dovrebbe evidentemente mostrare di dare concreta applicazione a ciascuna delle indicazioni sopra riportate per la fase di elaborazione. In particolare, per la fase di realizzazione si raccomanda di:

- supportare il messaggio formativo con solide basi scientifiche, rigore metodologico e informazioni aggiornate;
- agganciare i contenuti formativi teorici alle esperienze pratiche proprie (individuali dei professionisti e/o dei servizi) e/o dei partecipanti (anche attraverso il ricorso a storie esemplari e casi specifici);
- utilizzare il più possibile approcci e modelli pedagogici “centrati sul discente” e che valorizzino l’apprendimento attivo basato sull’esperienza.

Note

- * Con riferimento alle tematiche di interesse prioritario, si segnala come la letteratura medico-scientifica e i dati epidemiologici disponibili evidenzino, nel confronto tra popolazione straniera immigrata e popolazione autoctona, alcune particolari criticità emergenti quali:
 - l’impatto dei determinanti sociali (istruzione, occupazione, alloggio, coesione sociale...) sulla salute delle persone immigrate;
 - la maggiore vulnerabilità psico-fisica di alcune tipologie di lavoratrici e di lavoratori stranieri (con particolare riferimento al rischio di infortuni sul lavoro per addetti all’industria e all’edilizia; alle condizioni igieniche dei lavoratori stagionali; al rischio per salute psichica nelle cosiddette badanti);

- il maggior ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza da parte delle donne straniere;
 - alcune situazioni relative alla salute fisica e psico-affettiva dei bambini stranieri (ad es. la condizione di "minore non accompagnato");
 - la maggiore vulnerabilità psico-fisica di richiedenti asilo e rifugiati, sia adulti che minori, tenendo conto della possibilità che siano anche vittime di forme di violenza/ tortura
 - la situazione sociosanitaria degli stranieri in condizione di irregolarità giuridica, con particolare riferimento all'accessibilità e fruibilità ai servizi sociosanitari.
1. Si vedano, tra gli altri:
 - Organizzazione Mondiale della Sanità (2008). Risoluzione "Salute dei Migranti" n. WHA61.17 del 24 maggio 2008, in occasione della 61ma Assemblea Mondiale della Salute
 - European Council (2007). Final draft della Conferenza di Lisbona *Good practices on health and migration in the EU*.
 - Commissione per le Politiche di integrazione degli immigrati (Zincone G. Ed.) (2000). Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia. Bologna, il Mulino; 273-315.
 - Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (2008). "Manifesto di Padova sul Multiculturalismo in medicina e sanità". *la Professione* (2): 213-216.
 2. Scaricabile alla URL: http://www.simmweb.it/fileadmin/simm/documenti/simm_formazione_04.pdf
 3. Si è consapevoli che le iniziative formative inquadrabili come "di base" comportano, in particolare per vincoli temporali, una difficoltà di impostazione didattica di natura innovativa e sono pertanto più facilmente connotate da una didattica più tradizionale di tipo frontale.

Progetto: "Migrazione: sistema di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitari e verifica dell'osservanza del diritto alla salute di queste popolazioni" (0013205-P-16/04/2008). Finanziato e promosso dal Ministero della Salute con responsabilità scientifica e di coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità e realizzato, per la propria competenza, dalla Unità Operativa n. 6: Formazione degli Operatori (resp. Maurizio Marceca, Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive).

Hanno collaborato alla predisposizione del documento di proposta iniziale:

- regione Emilia-Romagna (Clara Curcetti, Manuela Righi)
- regione Friuli Venezia Giulia (Guglielmo Pitzalis)
- regione Lazio (Letizia Lorenzini, Maria Serena Antonini)
- regione Puglia (Maria Teresa L'Abbate)
- Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (Luisa Lenguini)

Ad aprile 2011, oltre alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, hanno sottoscritto il documento le regioni: Calabria; Emilia-Romagna; Friuli Venezia Giulia; Lazio; Liguria; Marche; Molise; Piemonte; Puglia; Toscana; Umbria; Val d'Aosta; Veneto.

INDICE PER AUTORI

A

A&M group, 226
Accorsi A., 205, 206
Affronti A., 156, 157, 168
Affronti M., 17, 19-24, 25-29,
30-38, 112-116, 156
Agnoletto V., 66-70, 226
Albanese C., 174
Altieri A M., 148
Amari V., 168
Amorosi A., 169
Andreoni F., 150
Andreozzi S., 126
Andretta M., 160
Angarano G., 151, 164
Angeletti C., 154
Angelucci A., 133, 134
Angelucci M A., 132
Angheben A., 150
Annovazzi P., 120
Anselmi M., 150
Antonacci G., 178
Antonini M S., 209
Aragona M., 158, 175, 179
Arrivi F., 158
Asole S., 125
Aviani Barbacci S., 155

B

Bacigalupi M., 212
Baggi L., 167
Baglio G., 25-29, 51-61,
102-105, 148, 209
Bajardi A., 168
Baldaccini R., 143
Barberis M., 128
Barbieri A., 218, 224
Barca A., 125
Bartolomei M., 174

Basché R., 163
Bassetti A., 218, 224
Baukloh A C., 142
Bazzanini N., 222
Benavides F G., 141
Benchenouf N., 169
Benedetti G., 218, 224
Benedetti P., 212
Berardi D., 162, 165, 199
Bergamaschi V., 163
Bergamasco A., 106-111
Berlinguer G., 41-50
Bertocchi E., 140
Bertozzi N., 121
Bertuletti C., 128
Bevolo P., 177
Bianco E., 169
Biglino I., 190
Bisoffi F., 222
Bodini B., 220
Bodini C., 145, 222
Bombardi S., 197
Bombardieri C., 228
Bonati M., 120
Bonciani M., 71-83, 241-248
Boninsegna M C., 128, 150
Bonura F., 157
Bonvicini F., 196, 219
Bonvicini L., 123
Borgia P., 125
Braca M., 162, 199
Bracci C., 212
Brancatella R., 155
Brindicci G., 164
Bruno L., 207
Bruzzone S., 149
Bucciarelli M., 126
Bulcu M., 132, 133, 135
Buscaglia M., 124

C

Cacciani L., 102-105
Cacciatore F., 198, 222
Caini S., 224
Caizzi C., 184
Calacoci M., 225
Calcaterra R., 153, 167
Calderone B., 121
Cambiano L., 213
Camillo Da Silva E., 184
Campanale F., 151
Camplone I., 220
Canali L., 122
Capoccia M., 194
Caporusso M., 122
Cappitella C., 174
Cardamone G., 92-98
Carletti P., 88-91
Caroppo E., 182, 215
Carosi G., 163
Carovillano S., 220
Carretta A., 151
Carrillo D., 137
Casadio C., 128
Casagrande S., 212
Cascino F M., 188, 192
Caserta M., 193, 213, 216
Casoni C., 122
Castagnotto P., 197
Castaldo M., 153
Castellani F., 225
Castro Cedeno G., 229
Casucci P., 159
Catelnuovo F., 106-111
Cau N., 125
Cavallini R., 178
Cavina R., 205
Celmi R., 148, 223, 228
Cerri R., 193, 213, 216

- Chattat R., 198
 Checconi O., 159
 Chiaradia G., 155
 Chiarenza A., 123
 Chiesi I., 140
 Chiri L., 165
 Choroma F., 214, 225
 Ciambellini S., 184
 Ciannameo A., 222
 Ciccarello N., 145, 198
 Cioni L., 205
 Civitelli G., 189, 208, 209,
 249-253
 Cocchi M C., 205
 Codecasa L., 148, 166
 Colavita F., 189
 Colomba G., 156
 Colombo L., 169
 Colosimo F., 158, 175, 179
 Colucci A., 166
 Cometto M., 194
 Confaloni E., 204, 228
 Congia C., 221
 Corbo I., 182, 215
 Corpolongo A., 155
 Corsello G., 119
 Cosmaro L., 147
 Cossutta M., 133, 204
 Costa E., 160
 Costa G., 136
 Costantino M A., 120
 Costantino R., 205, 206
 Cremonese S., 177
 Cristini M., 174
 Crivceac R., 197
 Crosignani A., 169
 Crotti C., 129, 177
 Curcetti C., 209
- D**
- D'Antuono A., 145
 D'Amato S., 223, 228
 D'Angiò A., 176
 D'Arca T., 152, 153, 167
 D'Arrigo R., 155
 D'Urzo E., 159
 Dall'Asta I., 123, 142
 Danini L., 129
 Dargenio M., 164
 De Carli G., 154, 155
- De Gregorio M., 162
 De Luca S., 201
 De Micheli M., 120
 De Padua C., 189
 De Ponti L., 128
 De Togni A., 205
 Deiana S., 178
 Di Girolamo C., 222
 Di Mucci M., 153, 167
 Di Palma R., 226
 Di Rosa R T., 200
 Didero D., 153, 167
 Didoni A., 120
 Dirindelli P., 218, 224
 Donetti D., 204
 Donno L., 194
- E**
- El Hamad I., 106-111, 148, 163
 Equipe "Ferite Invisibili", 184
 Ercole A., 201
- F**
- Fabbri A., 123, 219
 Fabbri P., 205
 Fantauzzi A., 180
 Fazio R., 153, 167
 Fazioli C., 226
 Federici P., 159
 Ferrari L., 169
 Ferrari M., 143
 Ferrari R., 120
 Ferraro A M., 181
 Ferri S., 174
 Ferrucci L., 174
 Forcella E., 125, 126, 148
 Formenti P., 169
 Fornaciari R., 122
 Forni F., 190
 Forni S., 170
 Fossarello L., 138, 193, 213, 216
 Franceschini A., 201
 Francini C., 218, 224
 Franco G., 153, 167
 Franzon G., 183, 211
 Fumarola C., 127, 172
 Fusco F M., 154
- G**
- Gaddini A., 212
- Galione G., 119
 Galizio M., 174
 Gallerani C., 197
 Galluccio A., 169
 Gandolfi C., 217
 Garavini C M., 131
 Gemmi G., 129
 Gemmi M C., 177
 Geraci S., 25-29, 39-40, 62-65, 71-
 83, 175, 179, 184, 209,
 212, 227, 229, 241-248
 Gerin D., 217
 Giacometto R., 184
 Giannoni M., 159, 161
 Gioè S., 188, 192
 Giordani B., 125
 Girardi E., 154, 155
 Girotto U., 205
 Giuffrè M., 119
 Giuliani M., 155
 Giusti A., 146
 Gnolfo F., 201, 212
 Gobbi F., 150
 Gori C., 155
 Gradellini C., 140, 171
 Grandolfo M., 126
 Grassini A., 147
 Greci M., 122, 196, 219
 Greco M., 174
 Grignaschi A., 145
 Grillo M., 188, 192
 Grisetti S., 155
 Grosso M., 193, 213, 216
 Gualdieri L., 173
 Guarino B., 212
 Guasticchi G., 125
 Guennouna Z., 123
 Guidi L., 219
 Guidi S., 203
- H**
- Hassibi P., 124
 Holyk M., 177
- I**
- Iannace A., 201
 Ielpo E., 145
 Ierardi T., 201
 Igescu E., 138
 Infante A., 174

Iori A., 158
Iotti D., 225
Ippolito G., 154, 155
Irianni N., 167
Ismail Z., 159
Iurman V., 217

J

Jeger K., 212

K

Kahfian Z., 219
Karoui R., 177
Khairallah K., 193
Kunkl A., 169

L

L'Abbate M T., 209
La Grutta S., 120
La Placa S., 25-29, 119
Lamberti A., 126
Lauria F N., 148
Lauria L., 126
Lenguini L., 25-29, 209
Lesi G., 131, 225
Listuzzi A., 229
Lo Giudice M., 99-101
Lodola L., 120
Lombrici M., 201
Lorenzini L., 209, 227
Lupieri A., 120
Lussana F., 169

M

M'zah D., 197
Maccheroni C., 149
Maggini M., 146
Magnani I., 219
Maida C M., 157
Maiolo S., 203
Maisano B., 179, 184, 189, 229
Mameli I., 178
Manca M C., 130
Manfrè G., 122
Manghi M., 129
Mangiacavallo G., 186
Mantini V., 227
Maccacci T., 162, 165
Marceca M., 25-29, 30-38, 39-40,
208, 209, 212, 249-253

Marconi A M., 127
Mariani C., 169
Marin L., 185
Markova D., 177
Marrone R., 152, 153, 167
Marseglia M., 165
Marta B L., 222
Martinelli B., 71-83, 241-248
Matarazzo T., 205
Materia E., 51-61
Mato J., 206
Matteelli A., 163
Mazza D., 167
Mazzetti M., 175, 179
Mazzieri F., 177
Mazzola C., 188
Mazzone R., 120
Mazzoni F., 131
Mecugni D., 140, 171
Meletti V., 120
Mencacci E., 162, 165, 199
Miele S., 221
Mignolli N., 149
Milano F., 167
Milone L., 188, 192
Monami L., 132, 133
Mondo L., 136
Monici L., 196, 219
Monno L., 164
Montagna G., 120
Montalto G., 156
Monti M C., 181, 186, 187
Morandi M., 225
Morrone A., 146, 152, 153,
163, 167, 226
Moscara L., 123
Motta F., 195
Mozzana C., 169
Mozzanica S., 219
Murgo V., 192
Musella M., 173

N

Nappi C., 173
Nasi E., 122
Navarra A., 154, 155
Negri D., 205
Ninotti O., 120
Nnaemeka N., 177
Nolet M., 199

Nosotti L., 146, 152, 153, 167
Nugara R., 136
Nurra G., 154

O

Odone A., 190
Oldrati M., 127
Oldrini M., 147
Olivani P., 166
Olivi L., 169
Orazi L., 201
Orchi N., 154, 155
Orobello M., 106-111, 163
Ostuni P., 138

P

Padovan D., 213
Padovani A., 205
Pagano S., 156, 157, 168
Pagano V., 151
Pajno M C., 152, 153, 167
Palazzi M., 121
Panizzut D., 25-29, 166
Parisotto M., 145, 222
Parravicini C., 124
Pasini N., 137, 191
Peitone I., 138
Pellecchia U., 224
Pelo S., 194
Pendezzini A., 128, 150
Perna A M., 157
Petrei F., 139
Petrei Fr., 139
Petri R., 218, 224
Pettoruso M., 158
Pezzoli M C., 106-111
Pini D., 123
Piombo L., 146
Pirazzini S., 225
Pitorri A., 155
Pittalis S., 154, 155
Pitzalis G., 25-29, 84-87, 209
Pizzini E., 30-38, 208, 209,
249-253
Pizzuti S., 208, 209, 249-253
Plastino A., 201
Poeta A., 219
Pompa M G., 223
Pontecorvo S., 189
Previtera B., 207

Prina E., 169
 Prota F., 125
 Pucci D., 175, 179
 Pugliese P., 169
 Pullini A., 137
 Puro V., 154, 155
 Puzzi P., 163

R

Raineri C., 121
 Rancilio L., 147
 Ravani I., 145
 Reali C., 121
 Rebessi E., 191
 Restelli E., 169
 Ricordy A., 195
 Righi M., 209
 Rinaldi A., 208
 Rinaldi I., 201
 Romitelli V., 221
 Ronchin S., 172
 Ronda E., 141
 Rosano A., 102-105, 141
 Rosci C., 169
 Rosso A., 146, 153, 167, 226
 Ruscioni R., 136
 Russo M L., 173
 Ruzza A., 228

S

Sabattini M., 177
 Sacchetti G., 25-29, 172
 Sacco R., 128
 Sacco V., 148, 223, 228
 Saccoccio O., 194
 Sagripanti R., 198
 Saguatti G., 206
 Salimbeni S., 206
 Salvano P., 138, 213
 Salvatore M A., 141
 Salvatores M., 148
 Salvi S., 189
 Sampaolesi A., 155
 Sanfilippo D., 177
 Santantonio T., 151
 Santone G., 170, 201, 212
 Santoro A., 120
 Saracino A., 151, 164
 Saravia P., 133

Sardella F., 147
 Sartori M., 138
 Sartori V., 189
 Savi T., 188, 192
 Scalzini A., 106-111
 Scardella P., 146
 Scarselli F., 218, 224
 Scassellati G., 132, 133, 134, 135
 Schildkraut P., 225
 Scognamiglio P., 154, 155
 Segneri M C., 167
 SENDIH Group, 155
 Serra D., 178
 Sestieri M., 227
 Severi C., 196, 219
 Shabani S., 177
 Shehaj B., 193, 213
 Shuyan S., 177
 Signani F., 205
 Silvestrini G., 158, 189, 220
 Simoncyuk L., 177
 Sipone S., 228
 Spada R., 146
 Spadea A., 194, 201
 Spagnolo A., 102-105
 Sparano M., 129, 177
 Spigonardo V., 202
 Spinelli A., 126
 Strik Lievers L., 120

T

Taddia P., 205
 Tagliabue B., 120
 Tagliavia A., 168
 Tais S., 150
 Talamo M., 150
 Tarantino P., 201
 Tarricone I., 162, 165, 199
 Tartaglia A., 151, 164
 Testa V., 174
 Tonetti S., 201
 Tortoreto B., 144
 Tramuto F., 156, 157
 Transulti F., 174
 Trevisani C., 195
 Trillo G., 164
 Tritta G., 143
 Tumiatei C., 153, 167
 Turchetti P., 167

U

Uccella I., 152, 153, 167, 226
 Ugolini E., 183
 Umbrello M., 169

V

Vako A., 228
 Valenti M., 168
 Valenzano M C., 153, 167
 Vallesi Cardillo B., 187
 Verdoliva C., 122
 Vettarino R., 221
 Vignally P., 146, 153, 167
 Villa A M., 147
 Viola G., 148
 Visconti G., 174
 Vitale F., 156, 157
 Vitali P., 121
 Vizilio S., 182, 215
 Volpatti M., 170
 Volta A., 123

W

Wong O., 177

Z

Zaghini F., 174
 Zagrebelsky V., 190
 Zanchetta M., 218, 224
 Zanzani I., 221
 Zaynalabedin K., 196
 Zendron R., 198

INDICE PER ALCUNE TEMATICHE SPECIFICHE

Formazione/Aggiornamento/ECM	30, 78, 120, 124, 142, 174, 176, 182, 189, 193, 199, 200, 204, 208, 209, 217, 220, 226, 227, 228
Mediazione linguistico-culturale	78, 92, 132, 133, 134, 135, 162, 177, 193, 195, 197, 201, 204, 228
Narrazione/Medicina Narrativa	162, 170, 173, 177, 182, 229
Richiedenti asilo/Rifugiati	69, 167, 170, 175, 178, 184, 199, 212, 215, 218
Rom/Sinti	122, 194, 195, 201, 224
Salute mentale/Etnopsichiatria	92, 120, 165, 160, 176, 179, 181, 186, 187, 199, 202
Interruzione Volontaria di Gravidanza	124, 126, 132, 138, 213
Screening/indagini sierologiche di ambito infettivologico o parassitario	108, 129, 145, 150, 152, 154, 156, 163, 164, 166, 214, 222
Screening oncologici	125, 127, 128, 130, 206



S.I.M.M.

Società Italiana di
Medicina delle Migrazioni

Presidente:	Mario Affronti (Palermo)
Segretaria:	Simona La Placa (Palermo)
Consiglieri:	Luisa Lenguini (Sassari), Maurizio Marceca (Roma), Daniela Panizzut (Milano) Guglielmo Pitzalis (Udine), Graziella Sacchetti (Milano)
Past President:	Enrico Nunzi (Genova), Serafino Mansueto (Palermo) † Luigi Frighi (Roma) †, Salvatore Geraci (Roma)
Tesoriera:	Mariella Lupo (Palermo)
Revisori dei Conti:	Marco Mazzetti e Pierfranco Olivani (Milano)
Comitato scientifico:	Giovanni Baglio (medico epidemiologo e di sanità pubblica, Roma) Francesco Castelli (medico infettivologo, Brescia) Antonio Chiarenza (sociologo, Reggio Emilia) Giuseppe Costa (medico epidemiologo, Torino) Emanuela Forcella (antropologa, Roma) Andrea Gaddini (medico psichiatra, Roma) Margherita Giannoni (economista, Perugia) Milena Lo Giudice (medico pediatra, Palermo) Maurizio Marceca (medico di sanità pubblica, Roma) Enrico Materia (medico di sanità pubblica, Roma) Marco Mazzetti (medico pediatra e psichiatra, Milano) Maria Laura Russo (sociologa, Napoli) Angela Spinelli (epidemiologa, Roma) Mauro Zaffaroni (medico pediatra e neonatologo, Torino)
Coordinatore Nazionale GrIS:	Salvatore Geraci (Roma)
Portavoce GrIS Veneto:	Mauro Anselmi (Padova)
Portavoce GrIS Trentino:	Betty Cescatti (Trento)
Portavoce GrIS Sicilia:	Mauro Raspagliesi (Catania)
Portavoce GrIS Sardegna:	Francesca Ena (Olbia)
Portavoce GrIS Piemonte:	Luisa Mondo (Torino)
Portavoce GrIS Lombardia:	Chiara Boninsegna (Bergamo)
Portavoce GrIS Lazio:	Filippo Gnolfo (Roma)
Portavoce GrIS Friuli Venezia Giulia:	Guglielmo Pitzalis (Udine)
Portavoce GrIS Emilia-Romagna:	Mauro Palazzi (Cesena)
Portavoce GrIS Campania:	Maria Laura Russo (Napoli)
Portavoce GrIS Bolzano:	-

In fase di costituzione GrIS: Toscana, Liguria, Calabria, Puglia

www.simmweb.it

Finito di stampare nel mese di maggio 2011
presso la Tipografia Giuseppe Rabbi - Bologna