ISBN 88-87098-48-4

COLLANA DI STUDI E RICERCHE

Istituto Italiano di Medicina Sociale

ANNALISA TODISCO, GIAMPAOLO GINI, MARIA PAOLA VOLPINI
(a cura di)

Atti dei Workshop:

IMMIGRAZIONE, SALUTE E PARTECIPAZIONE

Aspetti critici e nuove prospettive operative

Roma - Camera dei Deputati, Palazzo Valdina
9 giugno 2003

Roma - Istituto Italiano di Medicina Sociale
27 e 28 novembre 2003

Istituto Italiano di Medicina Sociale

INDICE

Presentazione ..... *Pag.* 9
Antonio Guidi

Prefazione ..... » 11
Pietrantonio Ricci

Introduzione ..... » 13
Giovanni Maria Pirone

La ricerca sull'immigrazione in Medicina Sociale ..... » 21
Walter Nicoletti

La Ricerca-Azione Partecipata nello sviluppo medico-sanitario .... » 29
Domenico Volpini

WORKSHOP I
Roma, Camera dei Deputati, Palazzo Valdina - 9 giugno 2003

La metodologia della Ricerca-Azione Partecipata ed i suoi presupposti teorici ..... » 37
Annalisa Todisco

La popolazione straniera a Roma attraverso gli indicatori demografici e sanitari ..... » 45
Maria Adriana Bernardotti

Presentazione della rilevazione dei servizi di assistenza sanitaria agli stranieri nel territorio del Comune di Roma ..... » 73
Chiara Mellina

Breve analisi delle differenti logiche di intervento e delle criticità emerse nella indagine preliminare del progetto di Ricerca-Azione Partecipata dell'Istituto Italiano d Medicina sociale ..... » 77
Maria Paola Volpini

Cultura, salute, immigrazione ..... » 85
Gioia Di Cristofaro Longo

Vent'anni dopo: considerazioni su immigrazione e salute ..... » 97
Aldo Morrone, Ottavio Latini

Assistenza sanitaria agli immigrati: politiche locali e diritto sovranazionale ..... *Pag.* 127
Salvatore Geraci, Barbara Martinelli, Pierfranco Olivani

La salute degli immigrati: le iniziative dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio ..... » 141
Giovanni Baglio, Laura Cacciani, Gabriella Guasticchi

"Prevenzione Salute Donna Migrante": un progetto di prevenzione e di cooperazione ..... » 147
Stefania Tonetti

STP: verso il superamento di un codice anonimo ..... » 151
Giuseppe R. Alcaro

Immigrazione: oltre l'assistenza sanitaria. L'esperienza dello "Sportello Amico" della ASL RM B ..... » 157
Emmanuel O. Udunna

La Mediazione Culturale ..... » 161
Maria Edoarda Trillò

Detenzione, stranieri e tutela della salute in carcere ..... » 165
Sandro Libianchi

Immigrati con problemi di tossicodipendenza in un centro diurno a bassa soglia ..... » 173
Chiara Cavina

Che significa incontro tra culture diverse se un contadino del Bangladesh o del Kurdistan sono molto simili a un contadino italiano e molto diversi da un laureato del loro paese? ..... » 183
Carlo Bracci

Servizi sanitari e immigrazione in una prospettiva antropologica ... » 185
Gessica Gomma, Fabio Orecchini

Le donne marocchine e la maternità ..... » 189
Souad Sbai

Bisogni di salute in due diversi gruppi di donne immigrate: l'esperienza dell'unità di strada e del Drop in Center ..... » 193
Germana Cesarano, Carla Valeri, Antonella Camposeragna

L'AMSI e l'inserimento dei medici e degli operatori sanitari di origine straniera in Italia ..... » 201
Foad Aodi

L'O.A.S.I. Pediatrica e l'esperienza sanitaria presso il Centro Comunale per il Contrasto alla Mendicità Infantile: risultati dei primi tre mesi di attività ..... *Pag.* 205
C. Cappelli, L. Giannini, M. Iacobini, L. Ligi, F. Martino, R. Pedicino, A. Spalice, A. Vania, B. Werner

WORKSHOP II
Roma, Istituto Italiano di Medicina Sociale - 27 novembre 2003

Metodologia e riferimenti teorici del progetto di Ricerca-Azione Partecipata dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale ..... » 209
Maria Paola Volpini

Il diritto alla salute della popolazione migrante: aspetti normativi, accesso e fruibilità dei servizi ..... » 227
Chiara Mellina

L'utilizzo dei servizi sanitari: le esperienze degli immigrati
Maria Adriana Bernardotti ..... » 231

Politiche sanitarie per la protezione degli immigrati e rifugiati
Rodica Iulia Bolea ..... » 243

L'esperienza della mediazione socio-sanitaria presso l'Istituto S. Gallicano ..... » 249
Sandrine Sieyadji, Felicia Cheles

Frammenti di un contesto migratorio nella narrazione di un mediatore interculturale ..... » 253
Mustapha Fennane

Testimonianza ..... » 261
Saliha Belloumi

La mediazione interculturale: un esempio ..... » 263
Patrizia Interlandi

Donne immigrate, mediatrici di cultura e di pace ..... » 275
Souad Sbai

Una speranza per il futuro capoverdiano a Roma. Gli obiettivi di prima necessità per l'anno 2004 ..... » 283
Maria José De Lima

Una storia vera ..... *Pag.* 285
Juan José Piazze

WORKSHOP III
Roma, Istituto Italiano di Medicina Sociale - 28 novembre 2003

Risultati della fase preliminare del progetto di Ricerca-Azione Partecipata dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale: nodi critici e prospettive di ricerca ..... » 289
Annalisa Todisco

L'esperienza della Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'Istituto Scientifico San Gallicano (IRCCS) nell'assistenza socio-sanitaria alle fasce deboli della popolazione italiana, senza fissa dimora, immigrata e nomade ..... » 325
Aldo Morrone, Ottavio Latini

Immigrazione come valore e sapere: diritti, prevenzione e salute mentale » 351
Luigi Attenasio, Giuseppina Gabriele

L'inserimento lavorativo degli extracomunitari nel SSN italiano come personale infermieristico ..... » 365
Saduma Omar Moallim

Il problema della immigrazione e della ripresa della malattia tubercolare » 373
Marcello Pelosi

Consumi di sostanze voluttuarie tra gli immigrati extracomunitari ... » 397
Rosanna Marchetti

Sanità: il doppio svantaggio ..... » 415
Paolo Ascani

L'intercultura nella scuola: uno strumento per l'integrazione sociale, la promozione del benessere e la prevenzione del disagio ..... » 425
Rosetta Atterrato

L'immigrazione e la cultura della pace ..... » 437
Loredana Petrone

La lettera ..... » 442
Inserto fotografico. Fotografi senza Frontiere

PRESENTAZIONE

Questo volume offre un ampia visione prospettica di quel mondo complesso, doloroso, contraddittorio, ma affascinante che vuole coniugare il diritto alla salute ed alla cura a chi, per scelta o per bisogno, è immigrato nel nostro Paese.

È condizione fondamentale per affrontare questo tema, quella di essere fermi su un punto: l'immigrazione non può essere mai considerata un peso o peggio una sciagura (e quindi da contrastare), ma al contrario una risorsa: da sempre "l'osmosi" tra i popoli, e l'Italia ne è sempre stata un esempio, costituisce la vita - l'humus della civiltà -.

Lo scambio tra abitudini, scienze, arte, culture, religioni ma anche in realtà più quotidiane; il modo di percepire la realtà, la sensorialità, la sessualità, i sentimenti, le emozioni, ed anche le difficoltà per comprendersi, comunicare, e la sfida del fondersi senza confondersi, costituiscono la linfa vitale di una nazione che vuole crescere e non inaridirsi in una "fortezza vuota".

Certo, dove è possibile, la trasparenza dell'immigrazione dovrebbe essere costante; per garantire chi accoglie, ma soprattutto per evitare, che chi giunge da lontano venga sfruttato: chi è costretto a vivere nell'ombra (soprattutto i bambini e le donne) è preda facile di chi sfrutta.

Non dimentichiamoci mai che il diritto alla salute è un diritto irrinunciabile e quindi deve essere esteso a tutti.

So, essendo stato anche Ministro della Famiglia con delega all'immigrazione, quanto sia complesso ma improcrastinabile coniugare la clandestinità alla salute; ma non farlo significa non fare il proprio dovere.

Un secondo punto è ineludibile nel parlare di salute. È importante comprendere e praticare, come dissi all'Assemblea riunita delle Nazioni Unite, che l'inclusione di una persona o di un gruppo che viene da lontano o un intervento fatto in un paese lontano, non deve imporre modelli (certo alcuni diritti-doveri fondamentali nei confronti dei cittadini di un Paese che accoglie debbono essere "compresi"), ma valorizzare le risorse locali.

Imporre modelli tout court non solo esaspera le contrapposizioni, ma tende a togliere a chi è più fragile l'identità, quindi la dignità. In ultima analisi la salute è prima di tutto orgoglio di essere una persona, con la sua storia alla quale non si può rinunciare.

Ne consegue che qualunque percorso di salute si voglia attivare, deve avere come punti di riferimento la non demonizzazione, il rispetto, la capacità di comprendere e di essere compresi.

Poiché gli esempi, per essere efficaci nell'attuale realtà, debbono essere estremi, mi comporterò di conseguenza. Anche se è contro le mie abitudini.

Tra le infinite realtà che si possono descrivere, quella di coniugare la salute e la donna immigrata (ad esempio prevenzione ginecologica e oncologica, contrasto a malat-

tie sessualmente trasmissibili o l'infibulazione che colpisce 150 milioni di donne) non può essere imposta, poiché contrasta spesso contro costumi radicati, che se non vengono superati con un'opera "dolce" e "rispettosa" si ottengono effetti inversi: quante volte evitando una pratica giustamente distruttiva come le mutilazioni sessuali in assenza di un'azione di coinvolgimento del contesto, creiamo, purtroppo, un'emarginata a vita.

Questo esempio ci porta alla realtà: differenza di genere, salute, cura, pregiudizio, tabù, rappresentano i punti più critici di questo percorso.

In ultima analisi, dobbiamo realizzare interventi e servizi che non siano fondati sull'offerta, ma che sappiamo captare, modulare e mediare la domanda.

Ecco, mediazione è una delle chiavi di volta di un intervento efficace.

Mediare non vuol dire solo tradurre linguisticamente, ma contribuire con efficacia ad una comunicazione complessiva, tra chi offre una prestazione socio-sanitaria e chi come persona rappresenta il potenziale fruitore dell'intervento.

Quindi, ogni azione deve coinvolgere associazioni, gruppi, persone, che provenendo o conoscendo profondamente il paese di appartenenza dell'immigrato sappiano valutare i bisogni dei loro conterranei e se possibile autogestire alcune situazioni.

Da tempo mi sto impegnando, oggi come Presidente dell'Istituto, affinché nei luoghi della salute e della cura (soprattutto in alcuni punti critici come i Pronto Soccorso dei grandi ospedali, i responsabili di maternità, i consultori familiari) abbiano tecnici provenienti da paesi maggiormente tributari di immigrazioni.

In ogni caso, qualunque strategia deve iniziare dove inizia l'immigrazione.

Se regolare, nelle associazioni oppure nei centri di accoglienza e nelle carceri (dove troppi immigrati sono "ospitati").

Anche qui un esempio. Sono convinto che l'immigrata che lascia un bimbo nel cassonetto (tra l'altro una minoranza) non lo faccia per crudeltà ma spesso per un dolorosissimo bisogno e per ignoranza, perché non sa che anche chi è irregolare può partorire in Italia salvaguardando l'anonimato.

Per contrastare questa ignoranza, inviamo messaggi nei media come se l'immigrata irregolare, arrivata da poco, si potesse permettere di vedere un TG e di capire la nostra lingua!

È nostra intenzione, così come abbiamo fatto per gli infortuni sul lavoro, e così come faremo con il progetto "Immigrati di se stessi" in collaborazione con la ONLUS "Fotografi senza frontiere", fornire alle donne immigrate, anche nei centri di prima accoglienza, notizie semplici, nella loro lingua, costruite dalle associazioni di riferimento. Strumenti informativi mirati sul diritto-dovere alla salute.

Ma nuove sfide ci aspettano. Sono estremamente complesse come quelle di coniugare la realtà del disturbo mentale, già così complesso, ad una percezione della realtà che può essere diversa: se i sogni e le favole sono uguali in tutto il mondo, la percezione di sé può essere assai diversa; lenirne la sofferenza significa davvero mettersi in sintonia in modo estremamente profondo.

Ma è proprio questa sintonia rispettosa che porta alla salute, salute che parte da un principio difficile da eludere: ogni persona o gruppo arricchisce, come la tessera di un mosaico, il benessere e la civiltà del Paese.

Antonio Guidi
Presidente dell'Istituto Italiano
di Medicina Sociale

PREFAZIONE

Lo stato di salute dei cittadini immigrati pone specifiche questioni al nostro sistema sanitario, che appaiono non ancora del tutto risolte allo stato attuale.

A livello normativo, lo Stato italiano ha proceduto, com'è noto, alla definizione dei diritti di accesso al Sistema Sanitario Nazionale, operando così nella direzione di una piena attuazione del diritto alla assistenza sanitaria, riconosciuto dalla nostra carta costituzionale e da tutte le convenzioni internazionali sui diritti umani.

Tuttavia, sullo stato di salute dei cittadini immigrati incidono notevolmente, come mostrano le stesse ricerche qui presentate, le condizioni di vita nel nostro paese; si impone pertanto una attenta considerazione della disciplina dell'ingresso e del soggiorno degli stranieri, anche al di fuori dell'ambito strettamente sanitario. Da questo punto di vista si configura come particolarmente critico il problema della irregolarità del soggiorno, così come quello del controllo dei flussi, oggetto di particolare attenzione da parte dei legislatori negli ultimi anni (legge "Bossi-Fini" n. 189/02).

Il fenomeno di cui si discorre, peraltro, non può essere compreso soltanto dal punto di vista normativo. Se è necessario intervenire a tale livello, è anche fondamentale comprendere, allo stesso tempo, le ulteriori sfaccettature sociologiche, antropologiche, culturali ed economiche di tale problematica. L'approccio multidisciplinare offre infatti il vantaggio di osservare questa delicata realtà da diversi angoli prospettici, evidenziandone, di volta in volta, le peculiari problematicità.

Agli atti dei workshop *che qui si raccolgono deve essere allora riconosciuto il merito di offrire una visuale globale dei differenti profili che concorrono a comporre il problema della salute dei cittadini immigrati.*

A ciò poi deve aggiungersi un'ulteriore nota positiva, che è costituita dalla scelta condivisibile di volgere l'attenzione anche alle esperienze concrete, correttamente rinunciando ad un'analisi svolta esclusivamente ex cathedra, *che, nel settore in esame, rischierebbe di essere poco feconda perché non aderente al tessuto reale.*

Il presente volume, quindi, può prestarsi a molteplici letture.

La prima è quella "tecnica", dei soggetti che si occupano a titolo professionale dell'immigrazione. La raccolta degli atti dei workshop *rappresenta una ricerca approfondita e dettagliata, una sorta, mi sia consentita l'espressione, di mappatura dell'attuale situazione; gli approfondimenti relativi al contesto romano offrono uno spaccato particolarmente ricco e variegato sia del fenomeno immigratorio, che della realtà dell'intervento nel panorama nazionale. Gli atti possono pertanto costituire un utile strumento per coloro che vogliono conoscere in dettaglio gli aspetti problematici ed i possibili rimedi posti in essere.*

Una seconda lettura potrebbe essere quella "politica". Scorrendo le pagine del

volume ci si rende conto della complessità del fenomeno immigrazione e salute, con riferimento non solo ai bisogni evidenziati, ma anche ai possibili rimedi applicabili. Non si tratta solo di adottare – come già ricordato – un approccio diversificato. È necessario anche comprendere che il problema della salute degli immigrati coinvolge molteplici soggetti istituzionali, che devono necessariamente cooperare ed interagire per raggiungere risultati apprezzabili.

In tal senso, è importante porre l'accento sul fatto che, se è innegabile che una "responsabilità" politica gravi sullo Stato, allo stesso tempo non può essere sottaciuto il ruolo giocato, a livello locale, dalle Regioni, in special modo alla luce della riforma del titolo V della Costituzione e della riassegnazione delle competenze nel settore sanitario ed, a livello sopranazionale, dagli accordi tra Stati per contenere e disciplinare i flussi migratori.

Una terza, e non necessariamente ultima, lettura è quella che definirei "costruttiva". Se si guarda complessivamente agli interventi raccolti nel volume si nota la consapevolezza dei limiti ed i problemi dell'attuale situazione, ma non si scade mai in un'aprioristica rassegnazione. Anzi, si cerca di individuare ciò che dovrebbe essere modificato nelle strutture esistenti, ciò che va valorizzato e, da ultimo, le possibili vie alternative (si pensi, ad esempio, alla discussione relativa al ruolo da assegnare alla mediazione culturale).

Il volume, in definitiva, rappresenta un importante momento di confronto e di riflessione tra diversi punti di vista e diverse esperienze, utile per procedere verso la risoluzione dei problemi del settore e per proseguire sulla strada che porta al riconoscimento sostanziale dei diritti sociali.

Prof. **Pietrantonio Ricci**

Roma, 22 giugno 2006

Introduzione

Giovanni Maria Pirone
Direttore Generale dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale

La popolazione di origine straniera rappresenta ormai una componente rilevante e sempre più radicata nella società italiana: secondo le ultime stime si tratta di due milioni e mezzo di unità, pari al 4,5% della popolazione complessiva, con valori in aumento dei ricongiungimenti familiari, dei minori e dei soggiornanti di lungo periodo[1].

Il nostro paese ha scontato la sua impreparazione rispetto al controllo dei flussi, all'accoglienza ed integrazione sociale dei cittadini stranieri. Se sul piano legislativo si è provveduto, sia pure con ritardo, a definirne i diritti su diversi fronti, il processo di applicazione delle disposizioni di legge è proceduto ancor più lentamente e tortuosamente.

Oltre al perfezionamento della normativa, resta da procedere ulteriormente verso la reale integrazione sociale e culturale, rispetto alla quale le disposizioni sono per lo più espresse in forma di orientamenti. Mentre la prima accoglienza presenta ancora criticità, a fronte di nuovi flussi e prime generazioni sempre consistenti, emergono le seconde generazioni, che richiedono da questo punto di vista interventi specifici e tempestivi.

Le diffuse condizioni di lavoro irregolare e disagiato, le persistenti difficoltà di accesso all'alloggio, oltre ai numerosi episodi di razzismo in seno alla popolazione italiana, per menzionare soltanto alcuni aspetti evidenziati da recenti indagini[2], testimoniano condizioni di fragilità sociale, che si estendono anche al di là dello status di illegalità del soggiorno.

Una fragilità che si riflette anche nei dati sanitari: pur tenendo conto delle diverse fasce di età di riferimento, rispetto alla popolazione complessiva, colpisce, nei motivi di ricovero degli stranieri provenienti dai paesi in via di sviluppo, l'alta incidenza dei traumatismi e dei motivi connessi a gravidanza e parto, in particolare delle interruzioni volontarie di gravidanza nei day hospital, mentre il

[1] Cfr. Caritas e Migrantes (2004).
[2] Cfr. rispettivamente Centro Ricerche Studi Culturali (2003); Associazione Piccoli Proprietari di Case (2003); INPS e Caritas (2004).

ricorso relativamente elevato al ricovero ordinario, il maggiore tasso di ospedalizzazione dei minori, o ancora la frequenza maggiore degli esiti negativi alla nascita, denotano tuttora un sottoutilizzo dell'assistenza di primo livello e della medicina preventiva[3]. Un aspetto, quest'ultimo, che lascia intravedere non soltanto vincoli di ordine socioeconomico, ma anche probabili fattori culturali.

Dati che mostrano come non siano sufficienti buone disposizioni di legge per la tutela della salute degli immigrati, come quelle adottate in Italia, che hanno peraltro ispirato una proposta di direttiva europea, di cui si riferisce all'interno di questo stesso volume (vedi S. Geraci).

Allo stato attuale, le questioni di ordine sanitario poste dall'immigrazione richiamano, come ci ricorda il prof. W. Nicoletti in questo volume, un complesso intervento medico sociale, che va dalla prevenzione del disagio e dalla promozione della integrazione culturale, al riorientamento dei servizi nella direzione di una migliore accessibilità e fruibilità, alle misure di adeguamento ed uniformazione dei flussi informativi, ancora complessivamente carenti in ambito sanitario, alle misure necessarie per far fronte alle peculiari patologie (pensiamo ai fattori di rischio genetici e alle malattie d'importazione), che per quanto abbiano incidenza limitata, richiedono interventi specifici, a tutela della salute individuale e dei gruppi di popolazione interessati.

Nonostante l'impegno dei singoli servizi ed operatori, nel campo del volontariato così come in quello pubblico (di cui questo stesso volume offre ampia testimonianza), molto resta da fare nello sviluppo degli interventi, soprattutto nell'ambito dei servizi sanitari non dedicati, e nel loro perfezionamento ed armonizzazione.

Il Piano Sanitario Nazionale (2003-2005), considerando la situazione sanitaria dei cittadini stranieri, ha inserito tra le priorità il miglioramento dell'accessibilità e fruibilità dei servizi da parte della popolazione immigrata, sottolineando in particolare la necessità di interventi di informazione dei cittadini stranieri da un lato, e di dotazione dei servizi di personale esperto ed idoneo, dall'altro; ha inoltre ribadito le priorità, già evidenziate nell'anno precedente, del miglioramento della assistenza alle donne straniere in gravidanza, dell'estensione della copertura vaccinale, della riduzione dell'incidenza dell'IVG, nonché dell'HIV, malattie sessualmente trasmesse, tubercolosi ed infortuni sul lavoro.

L'Istituto Italiano di Medicina Sociale è intervenuto nel settore avviando alcune ricerche nelle direzioni indicate dal PSN. Ricordiamo in particolare lo studio sull'incidenza dell'AIDS nella popolazione straniera e lo studio sul rischio infortunistico dei lavoratori immigrati[4], che hanno contribuito a sviluppare quel-

---

[3] A. Fortino et al. (2000); F. Pennazza e R. Boldrini (2002); G. Bona et al. (1998); S. Donati et al. (1999); Spinelli et al. (1998); Spinelli et al. (2003).

[4] Si tratta, rispettivamente, di uno studio nazionale svolto in collaborazione con l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio e il Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (vedi A. Rosano, 2003 e A.A.V.V., 2004), e di uno studio nazionale svolto in collaborazione con l'èquipe del Dossier Statistico Immigrazione della Caritas (vedi F. Pittau e A. Spagnolo, 2003 e 2004).

le conoscenze di base statistico sanitarie indispensabili alla programmazione di idonee misure preventive.

Nel contempo, l'IIMS ha dato particolare rilievo alla individuazione dei fattori di ordine socioculturale che influiscono negativamente sull'accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari da parte di tali gruppi di popolazione, attraverso il progetto "Rilevamento e analisi dei fattori di esclusione sociale ed identificazione di interventi mirati all'integrazione socioculturale sanitaria degli immigrati", nell'ambito del quale si colloca l'iniziativa dei presenti workshop.

Si tratta di un progetto a struttura aperta (*open project*), costruito progressivamente sulla base delle acquisizioni della ricerca, che dà ampio spazio, nelle sue fasi iniziali, all'indagine qualitativa condotta con gli strumenti della sociologia e dell'antropologia culturale, allo scopo di far emergere le molteplici sfaccettature dei fenomeni e delle problematiche connesse, sul versante tanto della popolazione immigrata, quanto dei servizi sanitari da essa utilizzati.

Gli approfondimenti qualitativi vengono effettuati nel territorio del Comune di Roma, che fornisce un interessante terreno di indagine, non solo per la varietà, oltre che rilevanza numerica, del fenomeno immigratorio, ma anche per la ricchezza delle risposte fornite localmente, dalle organizzazioni territoriali così come dalle aziende sanitarie pubbliche, che hanno adottato soluzioni diversificate, nei margini della discrezionalità permessa dalla normativa in vigore. A Roma è inoltre di particolare rilevanza la dimensione sovralocale, sia per le dinamiche immigratorie, sia per l'intervento di settore, che in molti casi si estende a livello regionale, nazionale ed internazionale.

La fase preliminare del progetto, che si è svolta nel corso dell'anno 2003, è stata orientata alla individuazione sul territorio delle maggiori criticità riguardo alla tutela della salute degli immigrati, alla mappatura dei servizi di settore ed alla definizione dei campi in cui approfondire la ricerca nelle fasi successive del progetto, in collaborazione con agenti di intervento locali.

A tali fini, è stata effettuata un'indagine di sfondo sul fenomeno della immigrazione a Roma, mediante l'analisi ed elaborazione dei dati disponibili (di cui riferisce nel I Workshop M. A. Bernardotti, pp. 45), una rilevazione sul territorio delle strutture e servizi sanitari dedicati alla popolazione immigrata o prevalentemente da essa utilizzati (C. Mellina, I Workshop e A. Todisco, III Workshop), interviste semistrutturate ad operatori del settore della società locale e a cittadini stranieri (M. P. Volpini, I Workshop; M.A. Bernardotti, II Workshop A. Todisco, III Workshop) ed infine i workshop, che presentiamo in questa sede.

La fase successiva del progetto prevede lo sviluppo dell'indagine all'interno di particolari servizi sanitari locali nonché sulla popolazione immigrata afferente, e la sperimentazione diretta di misure di miglioramento.

Su questa base vengono quindi sviluppate ulteriori indagini su più ampia scala, per rilevare l'incidenza dei fattori individuati, confrontare diverse situazioni locali e pervenire infine alla definizione di misure applicative ad un più ampio livello.

I workshop che presentiamo in questa sede, realizzati all'interno della fase preliminare del progetto, hanno rappresentato un momento fondamentale di incontro ed interscambio di conoscenze tra il gruppo dei ricercatori dell'IIMS, gli operatori del settore ed i cittadini stranieri della società locale.

Ai partecipanti è stata data libertà di scelta dell'argomento nell'ambito del tema generale della tutela della salute degli immigrati; è stato inoltre chiesto di pronunciarsi sulle criticità riscontrate nella propria esperienza di settore e sulle relative possibili soluzioni, nonché un riscontro sul progetto dell'IIMS, sulla sua metodologia e risultati ottenuti.

Nella prima giornata (9 giugno 2003) è stato presentato il progetto, inquadrando il tema nell'ambito della medicina sociale (W. Nicoletti) ed illustrando quindi, per la parte socioantropologica della ricerca, l'approccio metodologico adottato (D. Volpini e A. Todisco). Si sono inoltre riferiti i primi risultati della indagine preliminare (nelle già citate relazioni di M. P. Volpini, A. Bernardotti e C. Mellina).

A questo primo incontro sono stati chiamati ad intervenire operatori del settore della società locale, italiani e di origine straniera. E' emerso un ricco panorama di contributi, che hanno spaziato dalla dinamica internazionale dell'immigrazione e dai temi generali del rapporto migrazione-salute (A. Morrone e O. Latini), al diritto europeo e alle politiche locali in Italia (S. Geraci et al.), alle iniziative dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (G. Baglio et al.), agli approcci di alcune ASL romane, arricchiti dalle riflessioni dei loro operatori e collaboratori (S. Tonetti; G. Alcaro; E.O Udunna; M.E. Trillò; G. Gomma e F. Orecchini), alla specifica condizione dei detenuti stranieri ed al relativo problema della tossicodipendenza (S. Libianchi), alle esperienze di alcune organizzazioni del privato sociale (C. Cavina; S. Sbai; G. Cesarano et al., C. Cappelli et al.), tra cui anche l'Associazione dei Medici Stranieri in Italia, che ha affrontato il tema dell'inserimento lavorativo di tale categoria professionale (F. Aodi).

Uno sguardo particolare è stato rivolto all'approccio antropologico, per operare un confronto costruttivo con la metodologia adottata nel progetto IIMS (vedi G. Di Cristofaro Longo, C. Bracci, oltre ai già citati Gomma e Orecchini, Sbai).

La seconda giornata (27 novembre) è stata dedicata specificamente all'incontro con i cittadini stranieri (esponenti di associazioni, mediatori culturali e singoli individui), invitando parimenti a partecipare gli operatori del settore della società locale.

Gli interventi dei partecipanti sono stati preceduti dalle relazioni delle ricercatrici dell'IIMS, che hanno illustrato, con ulteriori approfondimenti, la metodologia del progetto e gli obiettivi dei workshop (vedi M.P. Volpini), riferito sui punti essenziali della normativa e delle problematiche del settore (C. Mellina) ed illustrato i risultati delle interviste effettuate ai cittadini di origine straniera (M. A. Bernardotti).

I relatori di origine straniera hanno affrontato diversi temi: dalle caratteristiche generali del fenomeno immigratorio e delle politiche sanitarie in Italia (R.J. Bolea), ai temi della salute delle donne immigrate in una prospettiva antropologica (vedi S. Sbai), dalle esperienze di mediazione (S. Sieyadji; F. Cheles; M. Fennane; S. Belloumi) a quelle del volontariato (M. J. De Lima; J.J. Piazze), non mancando, ognuno di essi, di riportare osservazioni, esperienze e suggerimenti personali.

Gli interventi non preordinati hanno testimoniato una realtà più aspra ed un malessere che travalica l'ambito strettamente sanitario, riferendo le difficoltà di inserimento sociale ed episodi di discriminazione, con particolare riguardo all'ambito scolastico; si è inoltre sottolineata la rilevanza del malessere psicologico, non emergente dalle statistiche e non adeguatamente intercettato dai servizi, e denunciati i problemi specifici dei malati cronici, degli invalidi, degli anziani di origine straniera.

Nella terza e ultima giornata (28 novembre 2003) sono stati presentati i risultati complessivi della fase preliminare della ricerca, delineando i nodi critici emersi ed indicando direzioni per lo sviluppo successivo della ricerca (vedi A. Todisco); è inoltre proseguito l'interscambio conoscitivo con gli operatori della società locale.

In particolare, è stato affrontato il tema delle disuguaglianze nella salute ed illustrato il riorientamento dei servizi per l'assistenza alle fasce deboli, compiuto dalla Struttura Complessa di Medicina delle Migrazioni dell'Istituto Scientifico San Gallicano (vedi A. Morrone e O. Latini). Sono inoltre state presentate alcune ricerche di settore svolte nell'ambito della Cattedra di Medicina Sociale della Facoltà di Medicina, Università "La Sapienza di Roma": sulle questioni giuridiche relative all'inserimento del personale infermieristico di cittadinanza straniera (S. Omar), sul quadro epidemiologico della malattia tubercolare e relative misure di prevenzione e controllo (M. Pelosi); sui consumi di sostanze voluttuarie tra gli immigrati (R. Marchetti); sulle questioni di economia sanitaria connesse alla immigrazione, in una prospettiva generale di attuazione del diritto alla salute (P. Ascani); sull'educazione interculturale nella scuola, quale strumento di promozione del benessere sociale (R. Atterrato); sulla "cultura della pace" come presupposto alla prevenzione e contrasto alle forme di disagio psicologico e di devianza, che possono insorgere nell'esperienza migratoria.

Alla luce dei lavori dei workshop è stata quindi effettuata la elaborazione definitiva dei risultati della indagine preliminare del progetto IIMS, riportata integralmente negli atti.

La predisposizione del volume ha richiesto un complesso lavoro, per l'acquisizione e redazione dei contributi degli oltre 50 autori. Oggi mettiamo a disposizione del pubblico il volume, che riteniamo possa offrire un'interessante spaccato del caso romano per ciò che riguarda la salute della popolazione immi-

grata, mostrando in dettaglio le dinamiche, i problemi e le soluzioni adottate, dal punto di vista tanto degli operatori dei servizi, quanto degli stessi protagonisti dell'immigrazione, tanto delle 'grandi' organizzazioni, quanto dei singoli individui.

Il volume permette di comporne una visione di insieme, in una prospettiva *glocale*, collocandosi nel percorso di costruzione e promozione di un approccio transculturale alla salute dei migranti.

Riferimenti bibliografici

A.A.V.V. (2004), "Tasso di incidenza triennale di AIDS tra gli stranieri in Italia", in *Rapporto Osservasalute 2004*, Milano, Ed. Vita e Pensiero.

Caritas e Migrantes (2004), *Immigrazione - Dossier Statistico*, Roma, Anterem.

Centro Ricerche Studi Culturali (2003), *Questione di pelle. La rappresentazione giornalistica dell'intolleranza*, Quinto Rapporto sulla violenza contro gli stranieri in Italia, Associazione "A Buon Diritto", Save the Children Italia e Facoltà di Scienze della Comunicazione dell'Università di Roma "La Sapienza".

Baglio G., Cacciani L., Materia E. e Guasticchi G. (a cura di) (2002), *Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio – Anno 2001*, Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio.

Bona G., Zafferoni M. e Gruppo di Lavoro Nazionale Bambino Immigrato (1998), "Stato di salute dei neonati figli di immigrati", *Rivista Italiana di Pediatria*, 24.

Donati S., Spinelli A., Grandolfo M., Baglio G., Andreozzi S., Pediconi M., Salinetti S. (1999), "L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia", *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 35, 2.

Fortino A., Pennazza F, Boldrini R., Randazzo M., Marceca M., Geraci S. (2000) *Rapporto nazionale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia – Dati SDO 1998*, Roma, Ministero della Sanità.

INPS e "Dossier Statistico Immigrazione" (2004), "Il lavoro degli immigrati nelle banche dati dell'INPS", in Caritas e Migrantes (2004).

Ministero della Salute (2002), *Piano Sanitario Nazionale 2002-2004*.

Ministero della Salute (2003), *Piano Sanitario Nazionale 2003-2005*.

Pennazza F. e Boldrini R. (a cura di) (2002) *Il ricovero ospedaliero degli stranieri in Italia nell'anno 2000*, Roma, Ministero della Salute.

Pittau F. e Spagnolo A. (a cura di) (2003), *Immigrati e rischio infortunistico in Italia*, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma.

Pittau F. e Spagnolo A. (a cura di) (2004), "Il rischio infortunistico dei lavoratori extracomunitari", in Caritas e Migrantes, *Immigrazione - Dossier Statistico*, Roma, Anterem, 2004.

Rosano A. (2003), "Immigrazione e AIDS", in Pittau F. e Spagnolo A. (a cura di)

Immigrati e rischio infortunistico in Italia, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma, 2003.

Rossi L., Cacciani L., Baglio G., Materia E. (2002a), "L'appropriatezza dei ricoveri degli stranieri nel Lazio", in *Stile di vita e frequenza delle malattie in Italia*, Atti della XXVI Riunione annuale della Associazione Italiana di Epidemiologia, Napoli, 24-26 settembre 2002.

Spinelli A., Baglio G., Donati S., Grandolfo M., Andreozzi S., Geraci S., Baljozovic V., Scassellati G., Ciminelli P., Pollastrini L., Marzano P. (1998), "Gravidanza, parto, puerperio: una ricerca su donne immigrate", *Atti del convegno "Immigrati e salute sessuale riproduttiva: le risposte dei servizi"*, 26-27 novembre 1998, Milano, UICEMP

Spinelli A., Grandolfo M., Donati S., Andreozzi S., Longhi C., Bucciarelli M., Baglio G. (2003), "Assistenza alla nascita tra le donne immigrate", in Morrone A., Spinelli A., Geraci S., Toma L., Andreozzi S., *Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze*, Rapporti ISTISAN 03/4, 2003.

La ricerca sull'immigrazione in Medicina Sociale

Walter Nicoletti
Professore Ordinario di Medicina Legale e Sociale,
Direttore e Titolare della Cattedra di Medicina Sociale,
Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Università "La Sapienza", Roma

Dovendo affrontare il tema dell'immigrazione da un punto di vista medico sociale, è opportuno richiamare preliminarmente all'attenzione le competenze e le finalità della medicina sociale.

Essa viene definita come quella «branca dello scibile medico che ha come obiettivo quello di individuare tra le persone apparentemente sane quelle che probabilmente sono affette da malattia nel loro gruppo di appartenenza. Essa studia le collettività umane nelle loro varie articolazioni e la persona nel suo naturale svolgimento di vita: il nascere, il vivere, il morire, individuando quali comportamenti siano più consoni al "raggiungimento" e "mantenimento" dello stato di salute più elevato possibile nell'ambiente ecologico e cronotopico dove vive, subordinandosi contestualmente alla struttura dello Stato, che dovrebbe, con le sue Istituzioni, contribuire al suo Etico e Ordinato svolgimento per la realizzazione della persona» (W. Nicoletti).

Oggetto della medicina sociale sono quindi sia i fenomeni biologici di interesse collettivo (fisiologici e patologici), sia i fenomeni sociali di rilevanza medica (tra cui anche le sociopatie e le devianze); la sua finalità ultima è il benessere, individuale e collettivo, inteso nell'insieme complesso delle sue dimensioni, psicofisica e sociale.

Si comprende dunque come il tema dell'immigrazione rivesta particolare interesse nel campo della medicina sociale, per vari motivi.

In primo luogo, per la domanda di salute espressa dai cittadini stranieri, la cui specificità richiede misure di adeguamento dell'offerta dei servizi.

Tale specificità si coglie da diversi punti di vista. Sul piano strettamente sanitario, stando ai dati disponibili, le condizioni di salute degli immigrati in Italia non sembrerebbero presentare peculiarità di rilievo rispetto alla popolazione locale, se non per la maggiore incidenza di patologie ascrivibili a condizioni di disagio sociale, oltre che per le modalità di utilizzo dei servizi, che rivelano una scarsa attenzione alla prevenzione[1]. Le cosiddette "malattie d'importa-

[1] Cfr. A. Fortino et al. *Rapporto Nazionale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia* (2001). L'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera rivela, quali principali cause di ricovero, quelle

zione" appaiono avere una bassa incidenza nella popolazione immigrata; tuttavia, esse non devono essere sottovalutate, sia in quanto possono sfuggire alla intercettazione, al di fuori degli ambiti specialistici preposti, sia per le potenziali ripercussioni sulla salute della comunità (pensiamo ad esempio alla malattia tubercolare)[2].

La specificità della domanda di salute degli immigrati si pone soprattutto a livello linguistico e culturale. Il problema linguistico sussiste principalmente per la prima generazione e in una fase iniziale dell'immigrazione, costituendo comunque un grosso ostacolo nell'accesso ai servizi. Inoltre, gli aspetti di diversità culturale dei pazienti di origine straniera (per ciò che riguarda la percezione ed espressione dei sintomi, la concezione delle malattie, i sistemi di cura di riferimento), possono comportare difficoltà nella comunicazione e nella relazione terapeutica; tali difficoltà non sempre sono immediatamente superabili grazie alle capacità interpretative ed empatiche degli operatori, o nel tempo, procedendo l'acculturazione dei cittadini immigrati nella società di accoglienza, così come quella degli operatori sanitari nei confronti di tali tipologie di pazienti.

La diversità linguistico-culturale rappresenta, in generale, un elemento di svantaggio ai fini dell'inserimento sociale, che si somma quello economico di partenza, nonché alla discriminazione subita, sia pure in varia forma e misura, nel contesto di accoglienza. Le difficoltà di comprensione, di condivisione culturale e di relazione sociale sperimentate dagli immigrati, specialmente in un primo periodo di permanenza, provocano quel *disagio culturale*, quei disturbi psicologici e psicosomatici descritti in ambito etnopsichiatrico, sottolineati anche da alcuni partecipanti di origine straniera ai nostri workshop[3]; tali disturbi solo in minima parte emergono dai dati sanitari disponibili, dato che in molti casi non viene fatto ricorso ai servizi competenti.

La *fragilità sociale*, le condizioni di vita disagiate, le difficoltà di acquisizione dei 'normali' standard, che si evidenziano a livello lavorativo, abitativo, ma

---

connesse a gravidanza e parto (con incidenza delle complicazioni maggiore rispetto alla poolazione italiana), nonché traumatismi e aborto, mentre sono scarsamente rappresentate le malattie cronico degenerative. Il rapporto tra le giornate di ricovero in day hospital rispetto al ricovero ordinario è inferiore al valore nazionale di riferimento, mentre i ricoveri ordinari di un solo giorno hanno frequenza doppia rispetto al valore nazionale. Per quanto riguarda il contesto laziale e romano, che presentano un quadro sotto molti aspetti affine, si vedano rispettivamente G. Baglio et al. *Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio, anno 2000* (2002) e, su questo stesso volume, M. A. Bernardotti.

[2] Riguardo alla tubercolosi, si rileva attualmente in Italia la tendenza ad un incremento della morbosità, in relazione a diversi fattori, tra i quali la provenienza da aree endemiche; a tale proposito si veda, su questo stesso volume, il contributo di M. Pelosi.

[3] Nell'ambito dei presenti workshop, tali argomenti sono stati trattati da L. Petrone, collaboratrice alla cattedra di Medicina Sociale, da L. Attenasio e G. Gabriele, nonché, da un punto di vista antropologico, da G. Di Cristofaro Longo; si vedano inoltre i riferimenti contenuti nelle relazioni di M. A. Bernardotti II Workshop, S. Sbai, R. J. Bolea e E.O. Udunna; a tali problematiche è stato inoltre dato particolare rilievo, nel corso degli interventi non preordinati, dai partecipanti di origine straniera.

anche in altri ambiti sociali cruciali, come quello scolastico, rappresentano un nodo critico rilevante ai fini medico sociali, non solo per le ripercussioni sulla salute dei singoli individui e nella loro rete di relazioni, ma anche, più in generale, in vista del benessere della società globale: giacché, secondo un principio basilare della medicina sociale, la 'salute' - la capacità adattiva e creativa, lo sviluppo, la sicurezza - di un sistema sociale si fonda sulla tutela della salute di ogni suo membro, inteso come *persona*, nella sua integrità fisica, psichica e sociale.

Sul piano applicativo medico sociale, sono molte le questioni che si aprono: dalla definizione delle politiche sanitarie e sociali, e delle relative disposizioni applicative, alla individuazione di interventi mirati e degli strumenti metodologici, nell'ambito sanitario e sociale, e collateralmente in quelli della informazione e formazione.

La necessità di intervento si configura tanto sul versante dei servizi e del loro personale, quanto su quello della popolazione immigrata, che richiede di interventi di informazione sui propri diritti e doveri, di orientamento all'utilizzo dei servizi e, per quanto riguarda la formazione, non solo di educazione sanitaria, ma anche di alfabetizzazione, formazione professionale e nel campo dell'istruzione[4].

Da tempo la Cattedra di Medicina Sociale da me diretta ha attivato studi e ricerche nel settore, orientando inizialmente i suoi interessi al quadro epidemiologico e più in generale medico sociale dei paesi di provenienza, nonché alla condizione del migrante, contribuendo, attraverso le iniziative di ricerca e formazione intraprese, alla costruzione della Medicina delle Migrazioni in Italia.

Numerose sono state le ricerche e gli studi condotti dalla Cattedra di Medicina Sociale sull'immigrazione in Italia; ne danno testimonianza diversi contributi presentati ai workshop, di cui qui si tratta.

Per citare solo alcuni degli argomenti trattati, per quanto riguarda lo stato di salute della popolazione immigrata, particolare attenzione è stata dedicata ai temi della salute mentale[5], ai problemi medico-sociali dei rifugiati e delle vittime di tortura, alle mutilazioni genitali femminili e alle correlate questioni mediche, etiche e socioantropologiche, alla malattia tubercolare, ai suoi rischi di insorgenza nella popolazione immigrata e alle opportune misure preventive[6], ai consumi di sostanze voluttuarie, di alcol e tabacco nella popolazione immigrata[7].

Per quanto riguarda l'accesso ai servizi, si è focalizzato particolarmente il problema del sovrautilizzo dei Pronto Soccorso, sviluppando una indagine all'in-

---

[4] Pensiamo in particolare alla educazione interculturale, oltre agli interventi di agevolazione dell'inserimento scolastico e di contrasto alla dispersione. All'interno dei presenti workshop, tale tema è stato affrontato dalla dott.ssa R. Atterrato, collaboratrice alla Cattedra di Medicina Sociale, successivamente dottorata in Medicina Sociale.

[5] Essi sono stati trattati in questa sede, da un originale punto di vista e nella prospettiva di una loro valorizzazione pedagogica, dalla dott.ssa L. Petrone, dottorata in Medicina Sociale.

[6] Si veda su questo stesso volume il contriobuto di M. Pelosi.

[7] Si veda su questo stesso volume il contributo di R. Marchetti.

terno del Policlinico Umberto I di Roma, finalizzata ad individuare le cause del ricorso a tale servizio da parte dei cittadini non comunitari[8].

In relazione alla necessità di una migliore fruibilità dei servizi, nonché all'opportunità di un inserimento lavorativo qualificato per la popolazione immigrata, è stata dedicata particolare attenzione all'inserimento del personale infermieristico non comunitario nel SSN[9], anche alla luce dell'utilità pubblica di tale misura, data la carenza di personale infermieristico nelle strutture sanitarie del SSN.

Per quanto riguarda gli aspetti giuridici, si è seguita nel tempo l'evoluzione delle politiche in materia, con occhio attento alla loro applicazione ed al loro impatto, in relazione sia alla salute della popolazione immigrata, sia alla società più ampia, valutando anche le implicazioni a livello socioeconomico[10].

Senza dilungarci ulteriormente sui dettagli delle indagini svolte, per i quali rimandiamo alle relazioni qui presentate e alla bibliografia allegata, ci preme invece riportare in questa sede alcune considerazioni propositive, sulla base del lavoro svolto nel corso degli anni.

Lo stato di salute degli immigrati, nell'accezione d'integrità psico-fisica della persona, come requisito per la piena espressione delle sue potenzialità individuali e relazionali, dipende da varie componenti; in primo luogo, dal grado d'integrazione raggiunto nella società ospitante.

La responsabilità dello Stato nei confronti delle comunità straniere che vivono sul territorio dovrebbe pertanto concretizzarsi, da un lato, nel promuovere norme e procedure che garantiscano a tutti la possibilità di integrazione e di partecipazione alla vita sociale, a prescindere dall'appartenenza etnica o dall'orientamento culturale e religioso, e dall'altro nel garantire misure che prevengano e combattano forme di discriminazione e pregiudizio.

Gli obiettivi di una politica d'integrazione a favore degli immigrati riguardano dunque di necessità la conoscenza della lingua, l'accesso all'istruzione, ai servizi sanitari, alla formazione professionale, all'alloggio. A ciò devono aggiungersi la prevenzione delle situazioni di emarginazione, frammentazione e ghettizzazione che minacciano l'equilibrio e la coesione sociale, e l'affermazione di principi universali come il valore della vita umana, la dignità della persona, il valore e la tutela dell'infanzia, sui quali non si possono concedere deroghe, neppure in nome del valore della differenza.

In definitiva, ogni intervento per la salute degli immigrati non dovrebbe

---

[8] Proprio per ovviare all'eccessiva domanda, oggi, presso la medesima struttura, è stato attivato un Centro di Assistenza Ambulatoriale e Sociale per Cittadini Stranieri (C.C.S.), a cui vengono inviati i numerosi pazienti immigrati che si rivolgono al Pronto Soccorso per patologie non di emergenza.

[9] Tra i lavori svolti, si veda anche, su questo stesso volume, la relazione di S. Omar.

[10] In questa sede, si veda a tale proposito il lavoro di P. Ascani.

risolversi semplicemente nella medicalizzazione, ma dovrebbe comportare inevitabilmente un'integrazione tra politiche sociali e sanitarie.

Per quanto in ritardo sui tempi di sviluppo del fenomeno immigratorio, in Italia si è proceduto gradualmente ad elaborare una disciplina dell'immigrazione - dalle prime disposizioni sul soggiorno dei lavoratori extracomunitari (l. n.943/86) fino al Testo Unico (D.Lgs. n. 286/98) e sue successive modifiche ai sensi dell'ultima legge (n.189/02) - che ha definito, insieme alle condizioni di ingresso e soggiorno, i diritti e i doveri dei nuovi cittadini e le norme a loro tutela, indicando anche percorsi e strumenti per la loro integrazione sociale e culturale.

In campo strettamente sanitario, com'è noto, è stato esteso il diritto all'assistenza sanitaria pubblica a tutte le categorie di stranieri presenti sul territorio, con obbligo di iscrizione al SSN e a parità di condizioni con i cittadini italiani per la maggior parte degli stranieri soggiornanti regolarmente, mentre agli irregolarmente presenti è stato consentito l'accesso alle cure urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, garantendo l'anonimato e la non segnalazione alle autorità.

Tuttavia, col passare degli anni è apparso evidente come non sia sufficiente scongiurare, almeno sulla carta, le barriere giuridico-legali; occorre procedere sulla strada della riduzione delle barriere burocratico-amministrative e culturali.

In ordine a queste ultime:

1) si configura la necessità di potenziare e raffinare ulteriormente le opportunità di raccordo e di collaborazione tra i diversi ministeri e, all' interno degli stessi dicasteri, tra i diversi dipartimenti ed uffici, con l' obiettivo di uniformare, semplificare e velocizzare le procedure operative collegate alla fruizione delle prestazioni sanitarie e sociali, nonché alla registrazione e liquidazione delle stesse;

2) si propone di incrementare le iniziative di informazione e di sensibilizzazione affinché:
   a) le disposizioni sanitarie vigenti relative agli stranieri vengano recepite e correttamente applicate dalle strutture e servizi pubblici o privati accreditati, espletanti funzioni collegate alla salute, in primo luogo dalle Aziende Ospedaliere, dalle Aziende Sanitarie Locali e dai medici di famiglia, anche attraverso la realizzazione di corsi di formazione o aggiornamento rivolti agli operatori sanitari ed amministrativi;
   b) le informazioni fornite agli utenti stranieri siano corrette, univoche, chiare e comprensibili; in tal senso si ravvisa l'opportunità di un utilizzo mirato degli Uffici di Relazione con il Pubblico – URP - che si raccomanda di dotare di personale con conoscenza di lingue straniere, capacità di mediazione, specifica preparazione sulla tematica immigratoria e sulla legislazione di riferimento.

Occorre essere consapevoli che lo stato di integrazione degli immigrati è, dal punto di vista dell'accesso, complessivamente ancora insoddisfacente.

Nonostante la maggior parte delle Regioni e Aziende Sanitarie pubbliche abbiano proceduto nella applicazione delle disposizioni di legge, ideando varie soluzioni[11] e in molti casi dotandosi di figure, organismi e servizi di eccellenza, resta ancora molto da fare sulla strada della formalizzazione delle procedure e della loro diffusione capillare, nonché della formazione del personale nel suo complesso.

Al di là dei servizi più o meno 'dedicati' esistenti, sul fronte dell'accesso ai servizi per tutta la popolazione da parte dei cittadini stranieri permangono tuttora, in molti casi, barriere di ordine organizzativo.

Vi è, ad esempio, una generale mancanza di flessibilità dei servizi, tale da non poterne garantire l'apertura nei giorni e nelle fasce orarie in cui possano realmente accedervi alcune tipologie di stranieri.

Non va dimenticato, a questo proposito, che ai sensi del D.lgs. n. 29/93, art. 5 ("Criteri di organizzazione"), le amministrazioni pubbliche sono tenute ad armonizzare gli orari di servizio, di apertura degli uffici e di lavoro, con le esigenze dell'utenza.

Le barriere organizzative, oltre ad influenzare l'accessibilità - fisicamente intesa - ai servizi, incidono anche sulla fruibilità effettiva delle prestazioni. Ad esempio nell'area delle attività consultoriali, un servizio che si proponga di offrire le visite ostetrico-ginecologiche alle donne straniere non potrà ignorare che, all'interno di talune categorie, come le donne musulmane, vi è tuttora una parte di pazienti per le quali la visita da parte di medici di sesso maschile costituisce un problema, più o meno apertamente manifestato; sarebbe opportuno, di conseguenza, organizzare i turni di servizio in modo che ci siano sempre delle figure mediche di sesso femminile.

Potenti e talora insuperabili ostacoli alla piena fruibilità dei servizi socio-sanitari sono però, come si è detto in precedenza, le barriere comunicative, sia quelle strettamente linguistiche, che quelle propriamente interpretative, che trovano origine e motivazione nei diversi paradigmi culturali simbolici di appartenenza.

Le barriere di tipo linguistico permangono all'interno di buona parte dei servizi sanitari pubblici, in quanto non si dispone, o se ne dispone in numero insufficiente, di operatori in grado di comunicare in una lingua intermedia, pur se diffusissima, come inglese o il francese (oltre ad esservi naturalmente carenza di interpreti in grado di comunicare nelle lingue vernacolari).

Ancor più difficilmente prevedibili sono le barriere di natura culturale, già

---

[11] Cfr. Geraci e Martinelli (2002) e, su questo stesso volume, S. Geraci. Il caso romano, esplorato dall'indagine svolta nell'ambito del progetto dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale presentato in questa sede, offre un esempio di notevole sviluppo e varietà delle soluzioni adottate dalle cinque ASL locali (vedi A. Todisco III Workshop e M. P. Volpini I Workshop).

segnalate da tempo anche in esperienze di altri paesi occidentali. La mediazione interculturale può rappresentare un valido aiuto in tal senso; tuttavia, l'ausilio del mediatore, sulla cui definizione professionale resta ancora peraltro molto lavoro da fare, non può essere sostitutivo di un approccio transculturale e di un tentativo di mediazione che, almeno quale punto di arrivo ideale, sia messo complessivamente in atto da tutto il sistema organizzativo-assistenziale, attraverso un impegno coordinato di ogni suo componente.

Il contatto con culture così diverse costituisce una formidabile occasione per recuperare una capacità di ascolto ed una sensibilità che la nostra medicina tecnologica ed iperspecialistica sta dimenticando e che potrebbe rivelarsi particolarmente utile anche nei riguardi dei pazienti italiani.

Per concludere, si configurano quali provvedimenti utili a migliorare la fruibilità e qualità dei servizi sanitari per l'utenza immigrata:

1) il consolidamento della rete scientifica di rilevazione e monitoraggio dei bisogni di salute degli immigrati: una corretta programmazione non può prescindere da un'attenta valutazione, su base statistica, della tipologia ed entità dei bisogni; si configura, a questo scopo, la necessità di integrare e uniformare ulteriormente gli indicatori specifici, in modo da consentire la piena individuazione dei bisogni delle diverse categorie sociali e culturali all'interno della popolazione immigrata;
2) una capacità di apertura all'esterno (scuola, lavoro, luoghi di aggregazione);
3) l'elaborazione, a livello aziendale, di progetti specifici rivolti all'utenza immigrata, che si prefiggano, tra gli obiettivi, la promozione e la facilitazione della comunicazione interculturale;
4) la messa a punto di standard di qualità riferibili all'utenza straniera;
5) l'abitudine al lavoro di gruppo ed alla multidisciplinarietà: tale impostazione, coerente ad un approccio moderno nell'affrontare in genere le problematiche collegate alla salute, si prospetta particolarmente necessaria nel caso dell'immigrazione, che vede molteplici implicazioni di natura sociale ed antropologica, oltre che prettamente sanitarie.

Le problematiche sopra evidenziate, che peraltro non esauriscono l'intera gamma delle questioni aperte, richiedono a tutt'oggi di essere pienamente e sistematicamente affrontate, in una società, come quella italiana, che può ormai definirsi multietnica[12].

Riferimenti bibliografici

Baglio G., Cacciani L., Guasticchi G. a cura di (2000), *Rapporto sull'assistenza*

[12] Cfr. Caritas (2003).

ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio, anno 2000. Monografie dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio.

Caritas (2003), *Dossier Statistico Immigrazione*, Roma, Anterem.

Fortino, A., Pennazza F., Boldrini R., Randazzo M., Marceca M., Geraci S. (2000) *Rapporto annuale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia – Dati SDO 1998*, Roma, Ministero della Salute, Dipartimento della Programmazione Sanitaria, 2000.

Geraci S., Martinelli B. (2002), *Il diritto alla salute degli immigrati: scenario nazionale e politiche locali*. Edizioni Nuova Anterem, Roma.

Loreti Bighé (2000) "I diritti dell'uomo in relazione alle ricerche biomediche e mediche", in Nicoletti W.E. e Ricci S. (a cura di), *Annali di Medicina Sociale*, Roma, Società Editrice Universo, suppl. 1.

Nicoletti W.E., Ricci S. (1996) "La medicina sociale e le collettività emarginate. Il ruolo del medico di famiglia", Congresso Nazionale Soc. Medicina Sociale, 17 ottobre 1996.

Nicoletti W.E. (1991), A*rgomenti di Medicina Sociale*, Roma, Lombardo Editore.

Nicoletti W.E. (2005), "Verifica dei presupposti epistemologici della Medicina Sociale", *Enciclopedia*, Torino, UTET.

Nicoletti W.E. (2000) "Tutela della salute e condizioni economico-sociali in relazione ai principi etici e deontologici", in Nicoletti W.E. e Ricci S. (a cura di), *Annali di Medicina Sociale*, Roma, Società Editrice Universo, suppl. 1.

Nicoletti W.E. e Ricci S.(1996-2000), "Il medico sociale e le scienze della salute", in Nicoletti W.E. e Ricci S. (a cura di), *Annali di Medicina Sociale*, Roma, Società Editrice Universo.

Nicoletti W. et al. (1990-1995), "Considerazioni medico-sociali nell'agopuntura", in Nicoletti W.E. (a cura di) *Annali di Medicina Sociale* Roma, Società Editrice Universo.

Pelaéz M. (2000), "Le condizioni economico sociali che limitano il diritto alla salute ed i principi etici sulla dignità della persona", in Nicoletti W.E. e Ricci S. (a cura di), *Annali di Medicina Sociale*, Roma, Società Editrice Universo, suppl. 1.

Ricci S. (1996-2000) "L'assistenza sanitaria alle categorie a rischio di emarginazione (anziani, adolescenti, disabili, poveri, immigrati): problemi etici e deontologici. Compiti dell'organizzazione sanitaria", Nicoletti W.E. e Ricci S. (a cura di), *Annali di Medicina Sociale*, Roma, Società Editrice Universo.

Ricci S., Onofri E., Pugliese G., Accettella M., Pelosi M. (1990-1995), "Apporto del medico nel comportamento deviante", in Nicoletti W. E. (a cura di) *Annali di Medicina Sociale* Roma, Società Editrice Universo.

Tartaglini D., Don Tamboni V. (2000), "L'assistenza sanitaria alle categorie a rischio di emarginazione: problemi etici e deontologici. Il ruolo dell'infermiere", in Nicoletti W.E. (a cura di), *Annali di Medicina Sociale*, Roma, Società Editrice Universo, suppl. 1.

La Ricerca-Azione Partecipata nello sviluppo medico-sanitario

Domenico Volpini
Titolare della Cattedra di Antropologia Medica,
Facoltà di Medicina, Università di Tor Vergata, Roma

Con il presente intervento vorrei fornire un breve quadro della iniziativa progettuale in cui si collocano i workshop che inauguriamo in questa sede, soffermandomi in particolare su alcuni aspetti della metolodogia utilizzata.

Il progetto, dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale, è intitolato "Fattori di esclusione sociale e identificazione di interventi mirati all'integrazione socioculturale sanitaria degli immigrati". Il titolo ne esprime l'obiettivo generale: vale a dire, l'individuazione dei fattori di ordine socioculturale che ostacolano o rendono problematici l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata, e l'identificazione di interventi volti a ridurre l'incidenza di tali fattori. La finalità ultima del progetto è quella di contribuire alla integrazione socioculturale della popolazione immigrata nell'ambito sanitario; in altri termini, di contribuire allo *sviluppo* del sistema sociosanitario, cioè della sua capacità di tutela della salute nei confronti della popolazione immigrata, da un lato e, dall'altro, allo sviluppo della popolazione immigrata stessa, rispetto alla gestione della malattia e della salute nel contesto di immigrazione.

La ricerca focalizza inizialmente una dimensione locale, quella del Comune di Roma. La fase preliminare prevede lo svolgimento di un'indagine di sfondo sul fenomeno immigratorio e sull'intervento in materia, con particolare riguardo all'ambito sanitario ed al contesto romano, al fine di individuarne le maggiori criticità; collateramente, vengono stabiliti rapporti di collaborazione con alcuni agenti dell'intervento locale. Le fasi seguenti prevedono quindi l'approfondimento dell'indagine sui nodi critici rilevati, con particolare riguardo ai contesti operativi di chi ha aderito al progetto, e la sperimentazione di opportune misure di intervento volte a risolvere tali criticità, con la metodologia della Ricerca-Azione Partecipata.

Dagli approfondimenti qualitativi effettuati a livello locale, la ricerca viene quindi estesa a dimensioni territoriali più ampie, con finalità applicative su più vasta scala; a questo livello l'indagine viene svolta dall'IIMS in collaborazione con la Cattedra di Medicina Sociale della Facoltà di Medicina, Università degli Studi "La Sapienza" di Roma.

Considerando ora brevemente la Ricerca-Azione Partecipata, si tratta di una

metodologia ideata e sperimentata a partire dagli anni ’80 all’interno di progetti di sviluppo e di promozione sociale, nei paesi poveri come anche in quelli industrializzati, in vista dell’autosviluppo integrale.

Il principio soggiacente alla RAP è che uno sviluppo effettivo - vale a dire un avanzamento verso il superamento del disagio sociale percepito, che sia efficace, sostenibile e durevole - non può che configurarsi *integrale*: integrato, cioè, non solo sul piano delle tecnologie, delle risorse e dei servizi di settore, ma anche, più in profondità, al livello dei significati e dei valori maturati storicamente dalla collettività, investendo anche altri ambiti dell’organizzazione socioculturale che siano chiamati in causa.

In quanto tale lo sviluppo integrale non può essere dettato dall’esterno; esso presuppone che siano gli stessi soggetti interessati ad elaborare gli orientamenti del proprio sviluppo. Naturalmente, ciò è possibile soltanto se essi maturano un’adeguata conoscenza delle possibilità di miglioramento, dei limiti e degli ostacoli presenti, in relazione alla propria condizione e a quella degli altri soggetti sociali con cui interagiscono, che concorrono a determinare lo status quo e le possibilità di cambiamento della situazione: nel nostro caso specifico, ci riferiamo dunque alla popolazione immigrata, ai diversi servizi territoriali interessati, agli amministratori locali e, più indirettamente, alla popolazione locale stessa.

In definitiva, l’autosviluppo è un processo complesso, che chiama in causa diversi attori, e che non può realizzarsi se non attraverso la conoscenza reciproca socioculturale, critica ed autocritica, il dialogo e la collaborazione tra di essi.

La Ricerca-Azione Partecipata ne è lo strumento metodologico. Essa si basa sull’utilizzo della ricerca socioantropologica quale strumento di produzione di conoscenza ‘utile’ e sulla sua diffusione ai diversi soggetti interagenti, che vengono coinvolti, attraverso tecniche partecipative, nella sua stessa elaborazione.

Attraverso tale *empowerment* conoscitivo i soggetti in campo maturano, oltre a maggiori competenze, anche interesse e motivazione al miglioramento della situazione, sono in grado di avviare un dialogo costrutttivo fra loro e di procedere all’elaborazione delle conflittualità esistenti; su questa base essi possono quindi innescare iniziative concertate di sviluppo.

E’ utile spendere qualche parola sul conflitto - e qui mi riferisco alle relazioni non solo tra la popolazione immigrata e le sue controparti locali, ma anche *tra* gli stessi agenti dell’intervento o altri soggetti della società locale, come anche *all’interno* della popolazione immigrata stessa.

I contrasti tra diversi interessi, valori, codici comunicativi ed operativi, livelli di potere, ed i pregiudizi, che derivano da e nello stesso tempo alimentano tali contrasti, producono conflitti ed incompresioni, andando a generare buona parte dei problemi sul tappeto. Le istanze al cambiamento trovano resistenze ed inaspriscono ulteriormente il conflitto.

Il conflitto, tuttavia, non deve spaventare: è parte della vita sociale, ne è motore di rinnovamento e sviluppo; non è producente sedarlo, bensì riconoscerlo ed elaborarlo, cogliendolo quale occasione di rinnovamento del sistema. Come

recita un detto popolare, se l'acqua è stagnante, fa marcire i ponti, mentre se vi è un dislivello, una cascata, questa può produrre energia. Certo, deve essere incanalata perché non produca devastazioni e inondazioni. La Ricerca-Azione Partecipata può essere dunque considerata metaforicamente come la turbina che consente di produrre energia e sviluppo, favorendo l'elaborazione dei conflitti.

Un altro aspetto che vorrei sottolineare in questa sede è la distinzione fra i tre livelli metodologici della Ricerca-Azione Partecipata: il livello conoscitivo, i cui i soggetti dominanti sono i ricercatori; il livello azione, dove il soggetto dominante è la popolazione target; il livello intervento, dove i soggetti primi sono coloro che forniscono le competenze e le prestazioni tecniche di settore (nel nostro caso, servizi ed operatori sanitari e sociosanitari).

Vi è uno stretto rapporto fra i tre livelli, ma è importante non confonderne le pertinenze. I ricercatori, ad esempio, che predominano a livello conoscitivo, non hanno il compito di definire le linee dell'azione e dell'intervento, ma si devono limitare a fornire ai soggetti operanti agli altri due livelli gli strumenti conoscitivi ed intepretativi utili perché possano essi stessi intraprendere, attraverso il confronto reciproco e la concertazione, il cammino che ritengono opportuno.

La distinzione metodologica dei tre livelli è dunque condizione necessaria dell'autosviluppo, che è a sua volta garanzia di fattibilità ed efficacia durevole degli interventi. Tale distinzione è inoltre funzionale ad una maggiore 'obiettività' della ricerca, in quanto consente di adottare una prospettiva di indagine sganciata dalle finalità immediate dell'azione e dell'intervento, riducendo i rischi di costrutti apologetici.

Quando si parla di 'obiettività', non si intende naturalmente cancellare la soggettività dei ricercatori - del resto inevitabile, come ha mostrato la riflessione epistemologica tanto nel campo delle scienze sociali, quanto in quello delle scienze matematiche e fisiche - è metodologicamente corretto, piuttosto, evidenziarla e controllarla[1].

La metodologia della Ricerca-Azione Partecipata dà una particolare opportunità in tal senso: essa, infatti, prevede che anche il ricercatore metta in atto un interscambio conoscitivo ed un confronto critico ed autocritico con gli stessi soggetti su cui indaga, che lo costringe a chiarire, comunicare e discutere non solo i contenuti, ma anche gli strumenti teorico-concettuali che orientano la sua indagine. Il suo stesso background metodologico, culturale e soggettivo diviene, così, parte dell'oggetto della ricerca.

Vorrei spendere ancora qualche parola sui contenuti della indagine conoscitiva condotta nell'ambito della Ricerca-Azione Partecipata, che come si è detto ha carattere essenzialmente socioantropologico. La rilevanza della dimensione culturale, e dunque della ricerca antropologica, appare piuttosto evidente quando

---

[1] E. De Martino (1977).

si ha a che fare con persone provenienti da paesi e culture 'lontani', o almeno tali in apparenza. Tuttavia, questa affermazione, di fatto parziale, può trarre in inganno, portando ad enfatizzare e ad ipostatizzare la diversità dei migranti.

In realtà, l'antropologia medica ha evidenziato come ogni individuo, in ogni contesto sociale, percepisca, interpreti ed affronti la malattia e la salute con modalità strettamente connesse al suo vissuto personale e all'ambiente socioculturale di cui è parte. Anche laddove, come si rileva pressoché ovunque oggi nel mondo, vi sia una qualche nozione 'profana' della medicina scientifica, esse si intreccia ad una concezione del corpo, dell'ambiente sociale e 'naturale', del benessere e del malessere, che investe la sfera sociale, etica, filosofica ontologica in cui l'individuo si colloca. In questo quadro si definisce, oltre alla percezione ed interpretazione della malattia, anche la ricerca ed applicazione dei rimedi.

L'antropologia ha pertanto distinto concettualmente, su base qualitativa[2], il quadro nosologico ed eziologico biomedico della malattia (utilizzando il termine inglese di *disease*) nella sua dimensione oggettiva[3], dalla configurazione della malattia nel vissuto individuale (*illness*), a sua volta separata concettualmente dai codici e pratiche socioculturali attraverso i quali la malattia viene riconosciuta, definita ed affrontata (*sickness*) - dimensione, quest'ultima, con cui la *illness* è in rapporto transazionale, ma alla quale non è logicamente assimilabile[4].

E' chiaro come la *illness* e la *sickness* informino la percezione e comunicazione dei sintomi ed il comportamento dei pazienti verso la malattia e la cura, incidendo in definitiva sul suo decorso; la tutela della salute della collettività richiederebbe allora adeguata attenzione a tali dimensioni, con l'ausilio interdisciplinare non solo della psicologia, della sociologia, delle discipline giuridiche ed economiche, ma anche dell'antropologia culturale e dell'antropologia medica in particolare.

Gli esiti negativi della disattenzione in tal senso si sono mostrati con particolare evidenza nella tutela della salute dei cittadini stranieri, verso i quali l'Italia, paese 'giovane' non solo nei confronti dell'immigrazione straniera, ma anche dello sviluppo delle discipline antropologiche (e ancor più dell'antropologia medica), si è trovata impreparata.

Un esempio emblematico di tale disattenzione, pur in presenza di una non comune sensibilità al problema e volontà operativa, è il caso del modernissimo poliambulatorio realizzato nel 1992 a Nonantola (provincia di Modena) dalla ASL locale, destinato in particolare alle donne madri ed immigrate, per le cure

---

[2] Vale a dire, *non* nei semplici termini quantitativi di maggiore o minore sussistenza di nozioni medico scientifiche.

[3] La *disease* è concettualmente distinta dalla componente soggettiva degli operatori sanitari, che incide anch'essa nella pratica diagnostica e clinica, e che, analogamente alla *illness*, è interrelata alla dimensione socioculturale. Infine, travalicando l'oggettività delle tecniche biomediche, avulse da ogni riferimento culturale, anche la biomedicina nel suo complesso può, ovviamente, essere analizzata quale prodotto culturale di una civiltà.

[4] G. Lewis (1976), A. Kleinman (1980), A. Young (1982).

nell'ambito materno infantile. Con grande sorpresa degli operatori sanitari, il poliambulatorio veniva da queste donne disertato. A posteriori, le autorità sanitarie si rivolsero quindi per una consulenza alla Cattedra di Antropologia Culturale del Dipartimento di Sociologia dell'Università di Bologna.

La situazione attuale non è più quella dei primi anni '90; notevole è stato il cambiamento, in seguito all'evoluzione delle disposizioni di legge (decisiva in tal senso la l. n. 40/98), nonché allo sviluppo della ricerca e degli interventi mirati, che hanno determinato le condizioni per una maggiore e migliore accessibilità dei servizi da parte della popolazione immigrata.

Tuttavia, i problemi di accesso e fruizione dei servizi non sono del tutto risolti, come ci mostreranno i relatori qui presenti: ridotti senz'altro nell'incidenza, in parte mutati qualitativamente, a volte ricorrenti, ripresentandosi con le oscillazioni delle politiche ed il ricambio del personale dei servizi, mentre l'afflusso di nuovi migranti ripropone costantemente le questioni di una prima accoglienza ...

Tengo però nuovamente a sottolineare come sia miope considerare queste problematiche semplicemente in relazione alla 'diversità' dei pazienti immigrati. Come tra le persone immigrate, anche nella popolazione locale appaiono rilevanti l'automedicazione, l'andar per tentativi, l'eclettismo, la percezione di carenza di efficienza del SSN - della sua capacità, cioè, di prendersi cura del paziente in tempo reale - e di efficacia - anche soltanto per una scarsa *attenzione* dedicata al paziente - è quanto fa allontanare dal servizio pubblico tanto i pazienti immigrati, che si rivolgono per lo più ai servizi del volontariato o comunque dedicati, quanto i pazienti autoctoni, che dal canto loro 'migrano' verso i servizi privati a pagamento. Infine, le rappresentazioni di salute e malattia assumono, anche tra la popolazione locale, connotazioni che le rendono 'altre' rispetto alle nozioni biomediche: pensiamo - per fare solo qualche esempio - al diffuso simbolismo del "naturale" opposto al "chimico" che, imponendosi con i meccanismi della credenza[5], va ben al di là della rappresentazione scientifica; pensiamo al favore che godono molte medicine "alternative", che offrono un approccio globale alla persona, in grado di restituire l'equilibrio interiore e riconciliare con l'ambiente; o ancora, pensiamo alle svariate questioni bioetiche, che accendono il dibattito sociale e politico ...

Ecco che allora l'analisi interculturale apre prospettive di un più ampio rinnovamento del sistema, mettendo in comunicazione presupposti e saperi diversi, offrendo la possibilità di un intervento interdisciplinare, articolato su più fronti, oltre i confini della semplice medicalizzazione, attento a cogliere le diverse strade del recupero della salute, ad interrogarsi sul loro *senso* ed a ravvisarne le interferenze.

---

[5] D. Sperber (1974).

Riferimenti Bibliografici

Caritas (2002), *Immigrazione- Dossier Statistico*, Roma, Anterem.

De Martino E. (1977), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali (1960-1965)*, Torino, Einaudi.

Fabrega H (1974), *Disease and social behaviour*, London, Mit. Press.

Good B. J. (1994), *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective* (tr. it. *Narrare la malattia*, Torino, Edizioni di Comunità, 1999).

Kleinman A. (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture*, University of California Press.

Lewis G. (1976), "A View of Sckness in New Guinea", in J.B.Loudon, a cura di, *Social Anthropology and Medicine*, London, Academic Press.

Sperber D. (1974), *Le symbolisme en général*, Paris, Hermann (tr. it. *Per una teoria del simbolismo*, Torino, Einaudi, 1981).

Volpini D. (1994), *L'autosviluppo integrale. Linee epistemologiche per un'antropologia culturale dello sviluppo*, Bologna, Esculapio.

Volpini D. (1992), *Antropologia e sviluppo*, Padova, CUAMM e Univeristà di Bologna, Dipartimento di Sociologia, Sezione di Antropologia Socio-culturale e Problemi dello Sviluppo.

Volpini D. e Dal Lago A., a cura di (1986) "Autosviluppo medico-sanitario e ricerca antropologica partecipata", *Quaderni di Antropologia e sviluppo*, Padova, CUAMM, 1986.

Volpini D., Dal Lago A., Wood L. (a cura di) (1988), "Participatory Action Reasearch in Primay Health Care Programme", *Quaderni di Antropolgia e Sviluppo*, Padova, CUAMM.

Volpini D. (1980), *Educazione e cultura: Analisi antropologica dei processi educativi*, Bologna, Patron.

Young A. (1982), "The anthropologies of illness and sickness", *Annual Review of Anthropology*, 11.

WORKSHOP I

Roma, Camera dei Deputati - Palazzo Valdina
9 giugno 2003

La metodologia della Ricerca-Azione Partecipata ed i suoi presupposti teorici

Annalisa Todisco
Istituto Italiano di Medicina Sociale - Laboratorio di Scienze Sociali

Con il presente intervento si intende illustrare brevemente la metodologia della Ricerca-Azione Partecipata, utilizzata all'interno del progetto dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale "Rilevamento e analisi dei fattori di esclusione sociale ed identificazione di interventi mirati all'integrazione socioculturale sanitaria degli immigrati".

La Ricerca-Azione Partecipata fa tesoro della riflessione maturata nel campo dello sviluppo dei paesi poveri. Ci soffermiamo solo brevemente sulla definizione di "sviluppo", sulla quale è in corso da tempo un vivace dibattito. Non intendiamo qui sviluppo nell'accezione evoluzionistica e positivistica di "progresso", fondato in primo luogo sull'avanzamento scientifico-tecnologico di stampo occidentale e sulla crescita economica; uno sviluppo secondo una linea unica e universale, rispetto alla quale le società umane si collocherebbero in una posizione 'inferiore' o 'superiore'. Tale concezione è alla base del cosiddetto approccio della 'modernizzazione', dominante negli anni '50 e '60, che nonostante abbia ormai mostrato la sua inadeguatezza, mantiene tuttavia una certa vitalità, non solo nella programmazione tecnica dello sviluppo, ma anche nel discorso dei media e nel senso comune[1].

E' difficile dare una definizione 'neutrale' e universale di sviluppo, giacché si tratta di un concetto essenzialmente valutativo, i cui contenuti si specificano sulla base di presupposti ideologici e comunque in relazione ai particolari contesti e circostanze[2]. Anche la definizione dell'UNDP, che possiamo assumere quale punto di riferimento ufficiale - lo sviluppo come "processo di ampliamento delle scelte della gente, che si ottiene attraverso l'espansione delle capacità umane"[3] - veicola una presa di posizione in materia, e cioè l'idea che lo sviluppo debba maturare 'dal basso' e fondarsi sull'*empowerment* della popolazione.

---

[1] Per una critica a tale approccio, rimandiamo, a quello di D. Volpini (1994).
[2] E' questa in sostanza la constatazione a cui pervengono, fra gli altri D. Volpini (1994) e B. Hettne (1982), a cui rimandiamo, rispettivamente, per un'analisi storica e critica nella prospettiva antropologica, e per una trattazione complessiva delle teorie dello sviluppo.
[3] UNDP (1990), *I Rapporto su Lo sviluppo umano: Come si definisce, come si misura*.

Considerando i presupposti valoriali e ideologici che soggiacciono ad ogni definizione di sviluppo, c'è chi si ritrae dal darne una definizione in termini contenutistici, proponendosi semplicemente di analizzare il campo (o più precisamente la "configurazione") di tutto quanto si *autodefinisca* nei termini di "sviluppo"[4], mentre c'è d'altra parte chi, rilevando le pesanti connotazioni dello sviluppo inteso come "modernizzazione", si concentra sulla decostruzione dei discorsi in tal senso, ponendosi in una prospettiva unicamente (non di rado univocamente) critica[5]. Noi, più che porci 'in negativo', preferiamo esplicitare chiaramente la nostra accezione qualitativa di sviluppo, rendendola così controllabile e disponibile all'esame critico: per noi lo sviluppo non può che essere autosviluppo, un concetto che andiamo ora a precisare.

Il mezzo secolo trascorso dalle prime iniziative pianificate di sviluppo ha mostrato come i progetti fondati su finalità e criteri "esterni" rispetto ai contesti locali a cui erano diretti (criteri, appunto, quali la semplice crescita economica e l'avanzamento tecnologico di stampo occidentale) non abbiano avuto esito positivo, considerando anche l'importante aspetto della sostenibilità nel tempo: pensiamo, per fare solo qualche esempio, alla realizzazione di impianti sofisticati, rimasti inutilizzati e in degrado; ai danni non solo ecologici, ma anche economici e sociali che ha prodotto nei paesi eufemisticamente definiti "in via di sviluppo" l'agricoltura intensiva destinata all'esportazione; pensiamo per altri versi all'aumento della corruzione, dell'indebitamento e della povertà in questi paesi.

Queste considerazioni hanno condotto molti agenti dell'intervento ad ampliare la propria prospettiva e a tenere conto, nella pianificazione e realizzazione dei progetti, delle specificità delle società destinatarie: in primo luogo economiche, in secondo luogo anche politiche e sociali[6]. D'altro canto, criticamente, si è considerato anche il ruolo che ha, nei processi di sviluppo indotto, il contesto economico, politico e culturale dei paesi donatori, mettendo a nudo contraddizioni e convenienze[7].

I rapporti per lo sviluppo dell'ONU sono giunti a riconoscere progressiva-

---

[4] Cfr. J. P. Olivier de Sardan (1995), (2000).

[5] Cfr. ad es. A. Escobar (1984), (1997), Arnfred (1998), J. Fairhead (2000).

[6] Ci riferiamo ai primi programmi di sviluppo integrato, finanziati in prevalenza da organizzazioni internazionali negli anni '70, che nella pianificazione dello sviluppo economico hanno tenuto conto di aspetti di carattere infrastrutturale, ambientale, politico, formativo, propri della società locale, sia pure in quanto problemi posti rispetto ad un modello predefinito di sviluppo. Ci riferiamo inoltre alla considerazione, maturata all'incirca nello stesso periodo storico e soprattutto in ambito nord-americano, della rilevante incidenza dei sistemi politici locali – in particolare dei regimi dittatoriali o comunque autoritari - sulla distribuzione delle ricchezze e sugli esiti dei processi di sviluppo. Ci riferiamo ancora al concetto del "*grass rooted development*", di uno sviluppo che ha origine 'dal basso', radicato nei bisogni, nelle potenzialità, nell'organizzazione sociale della popolazione locale, elaborato originariamente da studiosi asiatici verso la fine degli anni '70 (vedi Volpini, 1994).

[7] Tra i primi a riflettere sulla questione, ricordiamo gli autori delle teorie della dipendenza e della interdipendenza, nate tra gli anni '70 e '80 (vedi ibidem).

mente l'importanza di un radicamento dello sviluppo nelle comunità locali, negli effettivi bisogni e potenzialità della popolazione, e conseguentemente della *partecipazione* della società civile ai processi di sviluppo[8].

E' comunque l'antropologia culturale, a nostro avviso, la disciplina che può fornire gli strumenti per una adeguata definizione e programmazione dei processi di sviluppo. L'antropologia studia la cultura, e cioè le modalità attraverso cui gli uomini, interagendo fra loro, organizzano la propria esistenza nel tempo, all'interno di determinati contesti ambientali: dunque le logiche, i codici espressivi, le forme del sapere, nonché le idologiche e pratiche sociali, nella loro interconnessione e dinamicità. Non appare però corretto rappresentare la "cultura" - o la produzione culturale, per usare un'espressione oggi meno contestabile in sede teorica - come un sistema globale perfettamente integrato, corrispondente ad un popolo e un territorio, nettamente distinto da sistemi analoghi: questa visione sostanzialistica della cultura è stata ampiamente e da tempo confutata[9]. Possiamo rappresentare la produzione culturale come un intreccio complesso di diversi sistemi aperti, comunicanti e variamente interrelati: pensiamo alle diverse dimensioni territoriali cui si produce cultura, da quella locale, fino a quella internazionale; pensiamo alle specificità culturali che si rilevano nelle società in relazione ai diversi aggregati e ambiti di azione; pensiamo infine a come tutto ciò si formi e trasformi storicamente, in stretta relazione al fluire quotidiano degli eventi, nell'arena della interazione sociale.

Ad uno sguardo antropologico, ogni processo di mutamento sociale, che comporta l'adozione di nuove tecniche e pratiche operative si innesta dunque in un tessuto preesistente molto complesso e dinamico di rapporti sociali, di conoscenze, valori e tensioni al cambiamento, animato da inadeguatezze e da conflitti.

Pare ovvio, ma non guasta ripeterlo, che è solo sulla base di questo complesso 'retroterra culturale' che gli individui e le collettività elaborano innovazioni, giungendo nel contempo a modificare e rinnovare i propri sistemi di vita. E' a partire da questo tessuto socioculturale e dunque anzitutto dai soggetti stessi che ne sono i produttori che dovrebbe essere impostato lo sviluppo: questo è il principio di base dell'autosviluppo. Se lo sviluppo è dettato dall'esterno, le innova-

---

[8] Dalla definizione sopra riportata, contenuta nel primo *Rapporto sullo sviluppo umano* (1990), la riflessione dell'UNDP si affina progressivamente fino al *IV Rapporto* (1993) che è specificamente incentrato sulla "partecipazione", considerata condizione necessaria dello sviluppo. Quest'ultimo è definito "*della* gente *per* la gente *da parte* della gente".

[9] Basti pensare ai problemi della 'delimitazione' della unità culturale o etnica già sollevati da Nadel (1947), sviluppati da Moerman (1965) in poi; alla variabilità culturale tipicamente rilevata da Leach (1954) o per altri versi da Pelto & Pelto (1975); alle dinamiche culturali 'interne' ed 'esterne' messe in luce da Balandier (1971); ancora, al 'confine' etnico quale espressione e regolamentazione dell'interazione tra le etnie, (Barth, 1969).

zioni possono al contrario 'sviluppare' problemi e conflitti sociali già esistenti, o semplicemente cadere nel disinteresse e nel dimenticatoio[11].

Qui ci fermiamo un attimo per osservare come queste considerazioni, che appaiono particolarmente evidenti quando pensiamo all'incontro tra società fisicamente e culturalmente lontane, con stili di vita a prima vista assai diversi, bene si applichino anche all'interno dei paesi occidentali, alle situazioni di 'sottosviluppo' locale, di disagio, svantaggio ed esclusione sociale.

Anche in queste situazioni si rileva un complesso terreno socioculturale, chiamato in causa in relazione ai problemi sul tappeto. Sul versante dell'intervento, operano infatti le diverse organizzazioni, pubbliche e private, nelle loro articolazioni interne, le autorità politiche competenti di livello locale e più ampio; i soggetti svantaggiati, il loro ambiente familiare e sociale circostante.

Ognuno di questi soggetti ha un suo proprio vissuto, nozioni, valori, norme e dunque diritti e doveri, modalità organizzative, interessi e obiettivi, in parte diversi rispetto all'ambito problematico che li vede interagire tutti insieme. Questi aspetti intervengono nel dar non solo forma, ma anche contenuto alle situazioni problematiche, generando incomprensioni e conflitti. Ciò accade anche perché ne manca una adeguata conoscenza e consapevolezza da parte di chi opera nel settore, non solo rispetto alle proprie controparti, ma anche al proprio stesso ambito di azione.

Abbiamo visto, nel caso emblematico della immigrazione, come le leggi, quand'anche considerate buone da molti, non siano state comunque sufficienti: la loro applicazione si perde non solo negli effetti collaterali e negli imprevisti ma anche nel disinteresse, nei pregiudizi quando non negli atteggiamenti oppositivi di una parte non trascurabile di chi le deve applicare; nella disinformazione e nei pregiudizi degli stessi destinatari; nelle comunicazioni fallite - con gli esiti che possiamo immaginare, se si tratta di questioni cruciali come la salute - o ancora, nelle questioni irrisolte dei rapporti di ruolo all'interno delle organizzazioni di intervento, nell'indifferenza reciproca, quando non nei contrasti più o meno sotterranei tra queste stesse organizzazioni.

La complessità del campo e dei fattori dei problemi dovrebbe dunque essere rilevata e analizzata, e messa a disposizione delle diverse componenti interagenti. E' infatti soltanto sulla base della consapevolezza critica e autocritica della propria e altrui condizione e dei problemi sul tappeto che i soggetti interessati possono quindi formulare, a ragion veduta, le proprie esigenze ed i propri obiettivi di sviluppo. Ed è soltanto sulla base di questa conoscenza che si può pervenire al dialogo, alla elaborazione dei conflitti ed alla collaborazione tra le controparti.

---

[11] Come recita il motto del Centro Studi per lo Sviluppo Africano (CEDA) di Ouagadougou, "non *si sviluppa* ma *ci si sviluppa*", a partire da sé ("*on ne développe pas, on se développe*"; il centro è stato fondato nel 1980 da J. Ki-Zerbo; cfr.Miconi, 1983; Volpini, 1984).

Da queste considerazioni si sviluppa dunque la metodologia della Ricerca-Azione Partecipata. Nella formulazione che qui illustriamo si tratta di una metodologia elaborata dal prof. Domenico Volpini sulla base di un'esperienza pluriennale nel settore; ai suoi lavori rimandiamo per una trattazione in profondità dell'argomento.

Questa metodologia utilizza la produzione di conoscenza, attraverso la ricerca sociontropologica, quale strumento per realizzare l'autosviluppo e la cooperazione tra i diversi soggetti che interagiscono in situazioni di disagio sociale. Data la natura dei fenomeni che abbiamo sopra evidenziato, la ricerca è condotta con gli strumenti dell'antropologia e della sociologia, che ne rappresentano il 'perno motore', integrati interdisciplinarmente dall'apporto di altre scienze per l'approfondimento delle questioni tecniche specifiche (nel nostro caso, possono essere aspetti medici, psicologici, giuridici, economici ecc.).

La ricerca è focalizzata in primo luogo sulle organizzazioni che hanno dato l'adesione al progetto, sulle loro controparti e sui contesti territoriali locali di riferimento. Se ne esaminano l'organizzazione e l'interazione socioculturale, e i relativi problemi, in relazione all'oggetto specifico del progetto (nel nostro caso, l'accesso e utilizzo dei servizi sanitari da parte dei migranti). Da qui la ricerca può allargarsi ad altri aspetti e dimensioni territoriali di rilievo.

Una volta individuati dagli attori in campo gli interventi specifici da avviare, l'indagine si focalizza su loro sviluppo fornendo gli strumenti per una loro valutazione e programmazione *in itinere*.

Le tecniche utilizzate sono quelle classiche della sociologia e dell'antropologia, impiegate variamente secondo le opportunità di indagine[12]. Inoltre, nella conduzione della ricerca vengono coinvolti gli stessi soggetti in esame, a vari livelli, secondo il loro interesse, possibilità d'impegno e specifico ambito di azione (*ricerca partecipata*).

La partecipazione alla ricerca risponde a due opportunità. Da un lato, si è osservato che essa stimola nei partecipanti la riflessione sui problemi, l'interesse a migliorare la propria condizione e l'elaborazione di strategie in tal senso; in tal modo, si avvia un processo di sviluppo *endogeno*, che parte anzitutto dai diretti interessati (cioè, un processo di autosviluppo).

D'altro canto la partecipazione aumenta, noi riteniamo, il valore euristico della indagine, cioè la possibilità di controllo e dunque di appropriatezza dei risultati. Essa infatti permette al ricercatore di confrontarsi con gli stessi individui che costituiscono l'oggetto della sua indagine, a cui trasmette gli strumenti concettuali e le nozioni per poter partecipare alla ricerca; essi possono così contribuire proficuamente, da un punto di vista 'interno', a mettere in luce osservazioni pregiudiziali, aspetti salienti, orientamenti di ricerca opportuni.

---

[12] L'analisi di informazioni statistiche e la raccolta diretta di dati, i colloqui informali, le interviste semistrutturate, le di storie di vita, l'osservazione diretta degli ambienti e della interazione sociale in atto da parte del ricercatore.

In questo modo anche i ricercatori professionisti, nel loro specifico ambito di azione, possono avviare un processo di maturazione, di crescita critica e autocritica, di sviluppo.

La partecipazione alla ricerca si realizza su vari piani:

1. in sede di intervista, stimolando nell'intervistato la riflessione sui problemi e dando libero spazio alle domande che egli stesso può porre all'intervistatore, realizzando così un interscambio conoscitivo tra intervistatore e intervistato;
2. nella effettiva conduzione della ricerca, formando dei collaboratori di ricerca tra chi ne manifesti l'interesse e la disponibilità, e secondo le sue potenzialità[13].
3. Infine la partecipazione alla ricerca si realizza nell'ambito di workshop, a cui vengono invitati tutti coloro a cui la ricerca è stata diretta. I workshop vengono organizzati all'inizio di ogni fase del progetto, per esaminare le problematiche e individuare gli orientamenti di ricerca, e in chiusura di ogni fase, per discuterne i risultati. In sede di workshop le questioni trattate vengono ulteriormente discusse e ridefinite con il contributo dei partecipanti. Il progetto può prevedere anche workshop su aspetti tecnici specifici, secondo le esigenze formative dei partecipanti.

L'attività di ricerca costituisce uno dei tre livelli metodologici della ricerca-azione partecipata, il *livello conoscitivo* che interagisce con il livello azione e il livello intervento. Questi tre livelli metodologici si intrecciano strettamente fra loro, ma sono concettualmente ben distinti.

Il *livello azione* è quello decisionale, in cui vengono definiti gli orientamenti dello sviluppo, per effetto degli stimoli forniti a livello conoscitivo. Ciascun soggetto, rispetto al proprio ambito di sviluppo, e nel confronto con le controparti, rappresenta il soggetto decisionale *dominante* - non l'unico, è bene sottolinearlo, dato che la sua stessa realtà è fatta di rapporti e vincoli sociali, con cui deve fare criticamente e autocriticamente i conti - ma quello dominante: per ciò che riguarda la condizione di disagio degli immigrati, in particolare nella veste di pazienti o di potenziali bisognosi di cure medico-sanitarie, saranno essi i soggetti dominanti; rispetto alla realtà specifica dell'intervento, con le sue problematiche, saranno gli stessi agenti di intervento, nella loro variegata realtà, ad essere il soggetto dominante.

Quanto una componente sociale decide a livello azione, sulla base dell'interscambio conoscitivo e del confronto critico con le controparti, viene a costituire il punto generale di riferimento per chi interviene nei suoi confronti. E veniamo così al *livello intervento*. Per raggiungere gli obiettivi generali individuati a livello azione, è in genere necessario l'ausilio di 'tecnici' che possiedano strumenti specifici: tali sono gli agenti dell' intervento. Rispetto alla tutela della salute

---

[13] Tali collaboratori si vengono a collocare, da questo punto di vista, sul piano conoscitivo, dove possono svolgere un'importante funzione di mediazione.

degli immigrati, essi sono: le strutture di cura, pubbliche e private della società locale; i loro operatori e relativi responsabili; vi sono gli organi istituzionali di settore e non, e altri ancora che omettiamo per brevità. A livello intervento si collocano anche le eventuali strutture e operatori di 'altre' forme di medicina, connesse alla cultura medica del paese di origine, eventualmente presenti nella società locale[14].

Osserviamo in definitiva come il progetto si presenti 'aperto', definendosi progressivamente nel corso del suo sviluppo, sotto la spinta del livello conoscitivo.

Questa è in sintesi la metodologia che proponiamo, che avremo modo di approfondire in successivi incontri con chi sarà interessato a collaborare al nostro progetto, e questo è ciò su cui chiediamo ai partecipanti del workshop di pronunciarsi, nel caso abbiano non solo domande ma anche osservazioni in merito.

Molti dei presenti hanno progetti e ricerche in corso, e sono attive forme di coordinamento tra le strutture operanti sul territorio. Lungi dal sostituirci a quanto in atto, pensiamo di integrarci ad esso, proponendo di fare indagine ed intervento contemporaneamente su diversi fronti. Proponiamo inoltre una metodologia, che contempla la partecipazione alla ricerca, l'interscambio conoscitivo critico e autocritico ed il confronto tra tutti i soggetti coinvolti.

La proposta può forse apparire idealistica, nelle finalità troppo rosea rispetto al terreno aspro che si incontra nella realtà; noi siamo ben consapevoli delle difficoltà, ma riteniamo che esse rappresentino comunque i nodi critici che bisogna affrontare; il cammino è difficile ma vale la pena di percorrerlo. Il livello locale, di città e in particolare di quartiere su cui ci poniamo rende possibile realizzare l'approccio globale qui proposto. A questo livello si individuano sperimentalmente percorsi che possono contribuire a formulare interventi di portata territoriale più ampia.

La proposta di collaborazione è aperta a tutti. L'unico punto importante, per aderire a questa iniziativa, è la disponibilità a mettersi in discussione, oltre che a considerare criticamente le proprie controparti. Questo riguarda anche noi ricercatori, a partire da questa stessa occasione.

Riferimenti bibliografici

Arce A. & Long N. (2000), *Anthropology, Development and Modernity*, London, Routledge.

[14] Tali soggetti, che appartengono alla popolazione immigrata, hanno anche un peso decisionale rilevante, per quanto non dominante, a livello azione, rispetto alla realtà del migrante bisognoso di cure. Se pensiamo invece agli operatori come soggetto di sviluppo, tra i 'tecnici' si possono annoverare gli stessi immigrati (in particolare determinate figure o organizzazioni al loro interno) che possono intervenire a formare gli operatori su aspetti della propria cultura.

Arnfred S. (1998), "From quest for civilazation to war against poverty. Observations regarding development discourse", in Marcussen & Arnfred (1998).

Balandier G. (1971), *Sens et puissance. Les dynamiques sociales*, Paris, Presses Universitaires de France (tr. it. *Le società comunicanti*, Bari, Laterza, 1973).

Barth F. (1969), *Ethnic Groups and Boundaries: the Social Organisation of Cultural Difference*, Oslo, London, University Forlaget, Allen & Unwin, 1970.

Escobar A. (1984), "Discourse and power in the development encounter: the making and marketing of development anthropology", *American Ethnologist*, 18, 4.

Escobar A. (1997), "Anthropologie et development", *Revue Internationale des Sciences Sociales*, 154.

Fabietti U. (1995), *L'identità etnica. Storia e critica di un concetto equivoco*, Roma, La Nuova Italia Scientifica.

Fairhead J. (2000), "Development Discourse and its subversion: decivilisation, depoliticisation and dispossession in West Africa", in Arce & Long, a cura di (2000).

Hettne B. (1982), *Development Theory and the Third World*, Stoccolma, FAREC (tr. it. *Le teorie dello sviluppo e il Terzo Mondo*, Roma, ASAL, 1986).

Leach E. (1964), *Political Systems of Highland Burma*, London, II ed. (tr. it. *Sistemi poltici birmani*, Milano, Franco Angeli, 1981).

Marcussen H.S. & Arnfred S. (1998), *Concepts and Metaphors: Ideologies, Narratives and Myths in Development Discourse*, Rotskilde, Rotskilde University.

Miconi M. (1983), "Il centro studi per lo sviluppo africano di Augandougou", *Africa*, Roma, XXXVIII, 1.

Moerman M. (1965), "Ehtnic Identification in a complex civilization: Who are the Lue?", *American Anthropologist*, 67.

Nadel S.F. (1947), *The Nuba*, Oxford, Oxford University Press.

Olivier de Sardan J.P. (1995), *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Khartala.

Olivier de Sardan J.P., "The three approaches in anthropology of development", *Anthropology*, (prossima pubblicazione).

Pelto P. e Pelto G. (1975), "Intra-Cultural Diversity: Some Theoretical Issues", *American Ethnologist*, 2.

Volpini D. (1994), *L'autosviluppo integrale. Linee epistemologiche per un'antropologia culturale dello sivluppo*, Bologna, Esculapio.

UNDP (1990), *I Rapporto su Lo sviluppo umano: Come si definisce, come si misura*, Torino, Rosenberg & Sellier.

UNDP (1993), *IV Rapporto su Lo sviluppo umano: decentrare per partecipare*, Torino, Rosenberg & Sellier.

La popolazione straniera a Roma attraverso gli indicatori demografici e sanitari

Maria Adriana Bernardotti
Istituto Italiano di Medicina Sociale - Laboratorio di Scienze Sociali

1- L'immigrazione a Roma nel contesto nazionale: principali caratteristiche socio-demografiche

Alla fine del 2001 la banca dati del Ministero dell'Interno registrava 212.095 soggiornanti a Roma, che si confermava come la prima provincia italiana per il numero di stranieri (15,6% del totale nazionale). In ogni caso, è importante notare – come sottolinea la Caritas (2002) – che la rilevanza del polo di attrazione romano è relativamente diminuita lungo l'ultimo decennio, a favore di altre aree – in particolare la Lombardia e le regioni del Nord-Est – caratterizzate da maggiori opportunità occupazionali. Tra il 1991 e il 2001 la quota di soggiornanti nel Lazio è calata da quasi un quarto nazionale (23,8%) a poco più di un sesto (17,3%): l'incremento dei soggiornanti nel periodo è stato pari al 53% (da 154.525 a 236.359 unità) a fronte del 110% della media nazionale (da 648.935 a 1.362.630).

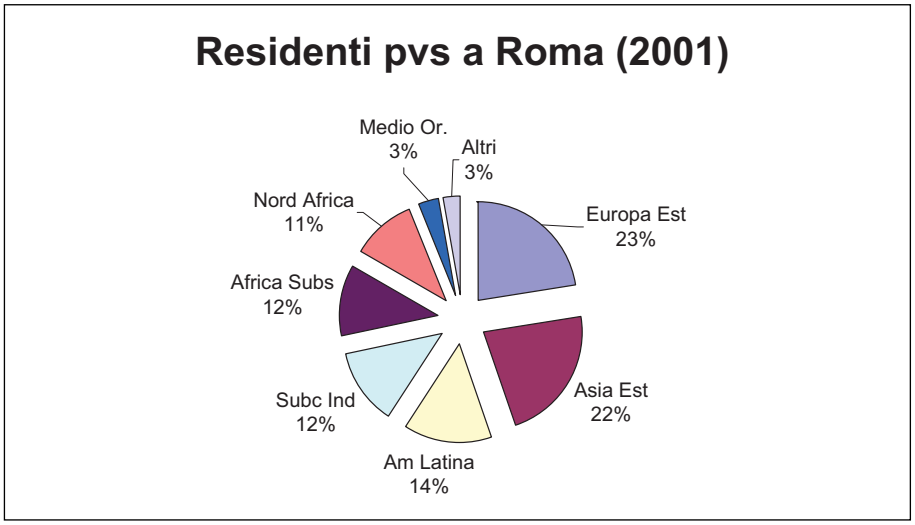
Un'altra differenza significativa nel confronto con altre regioni riguarda l'assoluto primato della provincia romana all'interno del Lazio (circa il 90% dei soggiornanti in Regione lungo il decennio). Il classico modello di diffusione dalle città capoluogo verso le periferie, che sembra accompagnare il processo di integrazione della popolazione immigrata nel territorio italiano, interessa sicuramente molto di meno il Lazio di altre realtà più industriali del Nord e Nord-est del paese. Per il comune di Roma, l'ultima rilevazione anagrafica disponibile, alla data 31 dicembre 2001[1], registra 180.233 cittadini stranieri residenti, di cui 93184 donne (51,7%) e 87049 uomini (48,3%), con un'incidenza sul totale dei residenti pari al 6,4%.

La dimensione internazionale della capitale, così come la presenza del

[1] Si tratta di dati provvisori in quanto non vagliati dai dati censuari. Ricordiamo che il 2001 è stato l'anno del Censimento, il che conduce a una revisione complessiva del registro anagrafico che tiene in sospeso la chiusura definitiva degli anni 2001 e 2002.

Vaticano, spiegano altre specificità della presenza straniera a Roma. Segnaliamo le principali:

1. Una importante presenza di cittadini provenienti da paesi a sviluppo avanzato: i cittadini comunitari costituiscono il 14,7% dei soggiornanti nel Lazio a fronte del 10,8% nazionale nel 2001. Tra le prime 20 comunità di soggiornanti nella regione, troviamo al 5° posto gli USA (3,5% dei soggiornanti – 7° posto a livello nazionale), al 9° la Spagna (3,1%, 21° posto a livello nazionale), al 12° la Francia (2,6% del totale –16° a livello nazionale), al 15° il Regno Unito (2,5% –17° a livello nazionale).
2. Un policentrismo etnico molto elevato: questo elemento caratteristico dell'immigrazione in Italia appare ancora più accentuato nella realtà romana. Le prime 5 comunità per il numero di permessi di soggiorno nella provincia di Roma (Filippine, Romania, Polonia, Albania e Bangladesh) rappresentano soltanto il 32,9% dei soggiornanti. La distribuzione secondo l'area di provenienza è illustrato dalla tabella seguente.



3. Una forte incidenza dell'immigrazione femminile, che raggiunge nel Lazio il 51,3% dei soggiornanti a fronte del 46,7% nazionale (solo la Campania supera il Lazio con il 53% di soggiornanti donne). Questo fenomeno è legato alla pluriennale tradizione di immigrazione femminile orientata verso i servizi domestici e di cura familiare, che costituisce un primo fondamentale capitolo della storia dell'immigrazione in Italia e che ha trovato nelle reti missionarie della Chiesa Cattolica il principale canale di ingresso nel paese.
4. Una diversa composizione degli immigrati per quanto riguarda l'appartenenza religiosa, vincolata in parte al punto precedente e soprattutto alla presenza dello Stato del Vaticano. La prevalenza dei cattolici nell'immigrazione laziale (4 stranieri ogni 10 soggiornanti, oltre 6 su 10 considerando l'insieme dei cri-

stiani) inverte l'ordine nazionale che vede l'Islam come principale confessione tra gli immigrati stranieri (35,4% del totale nazionale nel 2001, secondo una stima della Caritas), prima del cattolicesimo (29,2%) e delle altre confessioni cristiane (21,3%). Interessante segnalare inoltre che nel Lazio troviamo quote relativamente significative di immigrati di appartenenza induista (3,5%) e buddista-scintoista (3,4%)[2].

Quello che ci interessa sottolineare in questa sede, tuttavia, è il fatto che diversi indicatori, attraverso sia i permessi di soggiorno che la fonte anagrafica, tracciano un quadro di relativa provvisorietà o instabilità di una parte significativa della popolazione straniera residente a Roma.

1. Un primo elemento è dato dalla relazione tra soggiornanti e residenti, indicatore dell'attrazione stanziale di un determinato territorio. Nel 2000 le iscrizioni anagrafiche nel Lazio sono scivolate sotto la media nazionale, in particolare nella provincia di Roma dove la quota dei residenti sui soggiornanti si attesta 10 punti percentuali sotto la media italiana. La forbice tra il dato di entrambe le fonti è superiore nel Lazio e a Roma che in altri contesti italiani.
2. Inoltre, l'analisi dei trasferimenti di residenza della popolazione straniera tra il comune di Roma e gli altri comuni italiani registra un saldo negativo per il capoluogo (saldo interno: - 1.857 nell'anno 2000), spia di un lento defluire di popolazione immigrata verso altre province o regioni[3].
3. L'elemento più significativo, tuttavia, riguarda lo scarso peso relativo delle famiglie straniere, dei minori e delle nascite.

Non è per il momento possibile avere a Roma elaborazioni sugli stati di famiglia con componenti stranieri a partire dalla fonte anagrafica, tuttavia questo è evidente attraverso altri indicatori, che si evidenziano di seguito.

---

[2] Cfr. Caritas (2002). Secondo le stime della Caritas – a partire dalla proiezione sul numero di soggiornanti 2001, una stima sull'appartenenza religiosa riscontrata nei paesi di origine - il Lazio è la regione con la quota più rilevante di immigrati provenienti da nazioni a prevalenza cattolica (39,2%, 63,9% considerando gli altri cristiani); anche nella Liguria il cattolicesimo è la prima religione di appartenenza tra gli immigrati. Tutte le altre regioni italiane vedono l'Islam come prima religione, con quote superiori al 50% in alcune regioni del Sud (Puglia, Calabria, Basilicata) e nella Val d'Aosta, e di almeno del 40% in Emilia Romagna, Piemonte, Marche, Molise, Sicilia. Il Friuli V. G. è l'unica regione che vede al primo posto gli altri cristiani.

[3] Analizzando i bilanci demografici della popolazione straniera e della popolazione complessiva alla chiusura dell'anno 2000, fornitici dall'Ufficio Statistica del Comune di Roma, si nota che l'esodo di popolazione dal capoluogo è in termini relativi abbastanza più importante per la popolazione straniera che non per quella italiana. Nel corso del 2000 sono emigrati 22,4 stranieri ogni 1000 residenti ed immigrati da altri comuni italiani 10,1 stranieri ogni 1000 residenti. Per la popolazione italiana questi tassi sono rispettivamente di 19,3 emigrati e 18,3 immigrati ogni 1000 residenti. Inoltre i bilanci registrano una cifra non insignificante di residenti stranieri cancellati per irreperibilità o altri motivi di ufficio, fenomeno non registrato per la popolazione italiana.

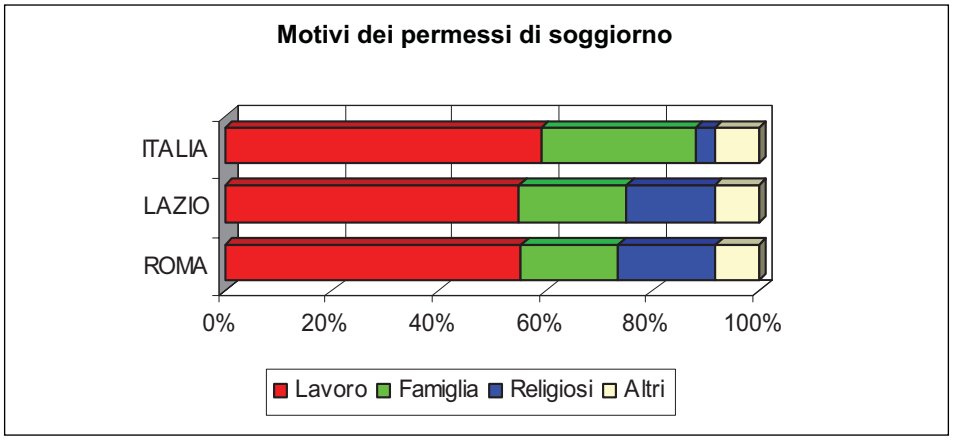
a) I motivi dei permessi di soggiorno

La quota di permessi per motivi familiari (18,2%) a Roma è pari a quella rappresentata dai motivi religiosi (18%). Come sottolinea la Caritas (2002), anche escludendo l' "effetto Vaticano", risulta sorprendentemente ridotto a Roma il peso degli immigrati arrivati per ricongiungimento familiare, considerando che la media nazionale è del 28,9% e che un gran numero di regioni ha superato ormai il 30%. A livello regionale la quota di permessi per motivi familiari è pari al 20,2%: il resto delle province laziali ha percentuali superiori al 35%, segnale chiaro di un diverso modello di insediamento.

Permessi di soggiorno: principali motivi (31/12/2001)

Motivo	Roma	Lazio	Italia	Lazio	Italia	% Lazio/ Italia
Lavoro subordinato	46,4	45,8	47,9	108.409	652.064	16,6
Lavoro autonomo	3,3	3,5	6,6	8.343	89.498	9,3
altri lavoro	5,6	5,8	4,8	13.346	65.118	20,5
Totale lavoro	**55,6**	**55,1**	**59,2**	**130.098**	**806.680**	**16,1**
Famiglia	18,2	20,2	28,9	47.641	393.865	12,1
Totale lavoro e famiglia	**73,8**	**75,3**	**88,1**	**177.739**	**1.200.545**	**14,8**
Motivi religiosi	18,0	16,4	3,6	38.832	48.898	79,4
altri motivi	8,2	8,3	8,3	19.788	113.187	17,5
Totale	**212.095**	**236.359**	**1.362.630**	**236.359**	**1.362.630**	**17,3**

Fonte: elaborazioni Caritas/Dossier Statistico Immigrazione su dati del Ministero dell'Interno.



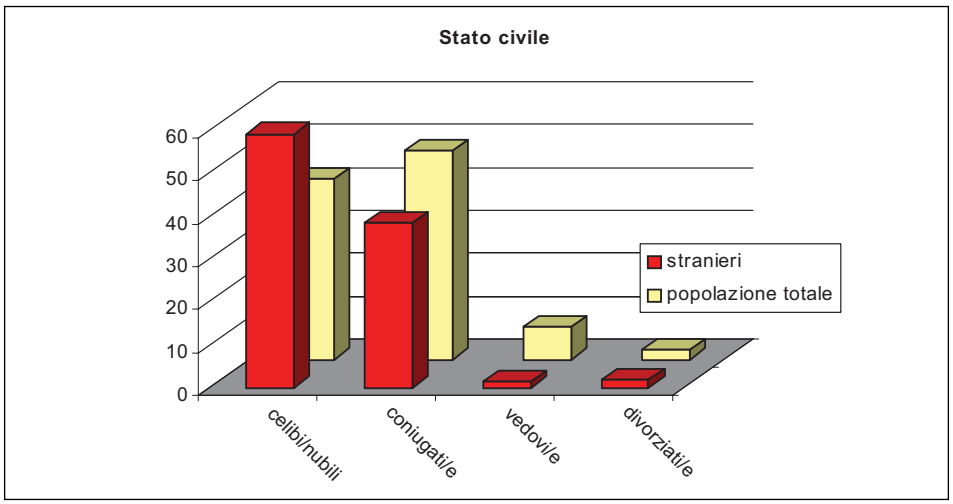
b) Le famiglie straniere secondo il Censimento

Secondo le prime rivelazioni del Censimento 2001 l'incidenza delle famiglie straniere sul totale delle famiglie romane sarebbe dell'1,6% e del 3% considerando le famiglie con almeno un componente straniero. Un elemento interessante che si evince dalle anticipazioni del Censimento riguarda il numero di

componenti medio delle famiglie, che per le straniere (2,7 componenti) risulta superiore alla media romana (2,4).

c) Lo stato civile

Dai dati dell'Anagrafe di Roma alla fine del 2001 si evince che il 58,8% dei residenti stranieri è celibe o nubile (59,9% degli uomini e 57,7% delle donne straniere) e solo il 38,1% è coniugato (38,6% degli uomini e 37,7% delle donne[4]), di contro al 41,9% di celibi/nubili e al 48,5% di coniugati nella popolazione complessiva. A livello nazionale il 49,9% degli immigrati risulta coniugato (in base ai permessi di soggiorno).



4. In stretta relazione al punto precedente, troviamo una incidenza relativamente bassa di minori soggiornanti e residenti. Confrontiamo gli indicatori delle diverse aree seguendo il bilancio demografico dei residenti nell'anno 2000: tra i residenti stranieri a Roma l'incidenza della popolazione con meno di 18 anni era del 13,2% (14,1% alla fine del 2001), di contro al 19% nella media italiana e addirittura al 21,6% nel Nord Est. Alla fine del 2001 il numero di minori soggiornanti stimato per il Lazio era di 38.632, pari al 14% dei soggiornanti stranieri a quella data; solo nella Lombardia erano segnalati 81.792 minori stranieri e nelle regioni del Veneto ed Emilia Romagna, con valori di soggiornanti molto inferiori al Lazio, il numero di minori è vicino a quelli di quest'ultima regione (37.662 e 33.096 rispettivamente)[5].

---

[4] Tra le donne straniere - così come per la popolazione complessiva - si registrano quote superiori di divorziate e vedove che tra gli uomini.
[5] Cfr. Caritas (2002).

Popolazione straniera residente in Italia e a Roma: principali indicatori demografici (bilancio demografico anno 2000)

	Italia	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud	Isole	Roma
% Stranieri su popolazione tot.	2,5	3,2	3,1	3,7	1	1,2	6,0
% Minori su pop. stran.	19,0	20,1	21,6	16,8	15,7	17,9	13,2
Nati per 1000 stran. resid.	18,5	21,7	23,2	15,9	12,7	12,5	12,9
Saldo interno per 1000 str.resid.	2,7	9,3	24,3	-1,7	-34,7	-32,3	-12,3
Saldo estero per 1000 str.resid.	137,7	137,7	145,9	141,4	144,2	78,8	128,8
% Stran. residenti comuni capoluogo	45,8	46	35,8	58,4	29,7	48	-

Fonte: ISTAT, "La popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2001" e Ufficio Statistica del Comune di Roma.

5. Un altro indicatore è quello delle nascite. Prendendo come fonte il bilancio demografico 2000, i figli di genitori stranieri nati nel periodo sono stati 1.958, pari all'8,1% del totale delle nascite a Roma. Roma si attestava su 12,9 nati ogni 1000 stranieri residenti, molto al di sotto della media italiana alla stessa data (18,5 nati ogni 1000 residenti, addirittura 23,2 nel Nord Est)[6].

Se a questi indicatori si aggiungono quelli sulla condizione lavorativa che analizzeremo di seguito, emerge – nel confronto nazionale - un quadro dell'immigrazione romana come di una popolazione in condizioni di marcata provvisorietà. Roma conserva i tratti di una città di primo approdo, nella quale il lavoro precario e irregolare raggiunge quote importanti.

Un discorso a parte merita la consistente quota di stranieri tra la popolazione "non localizzata": 4.818 stranieri, pari a 35,2 stranieri ogni 100 persone senza fissa dimora. L'emergenza della questione degli affitti a Roma mette in primo luogo il problema abitativo tra gli ostacoli per l'integrazione. In merito a questo problema nel 2001 è stata realizzata dalla Caritas l'indagine *Una dieci cento Pantanelle*, ispirata agli eventi del 1991 della ex fabbrica diventata rifugio di fortuna di varie migliaia di immigrati che avevano chiesto la regolarizzazione. La nuova radiografia del disagio abitativo estremo registrava una quantità di piccoli e grandi insediamenti, diffusi su tutto il territorio, sia nella periferia che nel centro della città: dalle baraccopoli dei rom (Tor Bella Monaca, Casilino 900, via di Tor Carbone) alle strutture occupate da famiglie di diverse origine (Istituto Locatelli alla Garbatella), ai gruppi di stranieri rifugiati a ridosso delle stazioni ferroviarie (Tiburtina, Tuscolana, Trastevere, Ostiense), delle basiliche e dei cir-

[6] Secondo il bilancio provvisorio per il 2001 (dati 1° gennaio-20 ottobre) i nati stranieri sono stati 1.906, pari al 9,3% del totale delle nascite a Roma e il tasso di natalità degli stranieri risulta di 11,3 nati ogni 1000 stranieri residenti.

cuiti turistici cittadini (Teatro Marcello, Cloaca Massima, San Gregorio al Celio, ecc.)[7].

I campi nomadi a Roma sono circa una trentina, con una presenza stimata di 5.898 persone, di cui più del 90% di cittadinanza straniera (ex Jugoslavia e Romania). Alcuni campi sono veri villaggi, con presenze superiori alle 400 e anche alle 700 persone (Via del Salone, Casilina 900, Savini, Muratella).

Campi nomadi nel comune di Roma. Stima presenze maggio 2003.

N°	Municipio	Localizzazione	Stima presenze	Nazionalità
1	I	Campo Boario	104	italiani
2	II	Foro Italico	128	serbi-macedoni-croati
3	V	Salviati 1	76	serbi
4	V	Salviati 2	273	bosniaci-serbi
5	V	Martora	108	serbi
	V	Via Collatina Vecchia	222	serbi-bosniaci-rumeni
6	V	Spellanzon	87	italiani
7	V	Grisolia (e Casal Tidei)	38	ex Jugoslavia
8	VI	Gordiani	194	serbi
9	VII	Casilina 900	703	bosniaci-montenegrini-macedoni-kossovari
10	VII	Togliatti	30	serbi-rumeni
11	VII	Naide	19	serbi
12	VII	Dameta	61	serbi
13	VII	V. L.Nono	40	italiani
14	VIII	Acqua Vergine	242	serbi
15	VIII	Villaggio Breda	18	serbi
16	VIII	Via di Salone	721	serbi-bosniaci-rumeni
17	IX	Arco di Travertino	41	bosniaci
18	X	La Barbuta	294	italiani-bosniaci
19	XI	Savini	643	bosniaci
20	XI	V. Settechiese	18	italiani
21	XII	Tor de Cenci	264	bosniaci-macedoni
22	XII	Tor Pagnotta	105	bosniaci
23	XIII	Ortolani-Lenormant	106	serbi-croati-macedoni
24	XV	Candoni	267	rumeni
25	XV	Muratella	437	bosniaci
26	XVI	Villa Troili	159	rumeni
27	XVIII	Monachina	94	bosniaci
28	XIX	Lombroso S.M.Pietà	103	bosniaci
28	XIX	Lombroso S.M.Pietà	85	bosniaci
29	XX	T. di Quinto (Baiardo)	218	serbi-croati-macedoni
	TOTALE		**5.898**	
		di cui stranieri	**5.649**	

Fonte: Comune di Roma - Ufficio Speciale Immigrazione

[7] Roma Caritas 2. Mensile Caritas di Roma, *1991-2001 Una dieci cento Pantanelle*, marzo-aprile-maggio 2001.

Questa cospicua presenza di popolazione immigrata in condizioni di forte instabilità oscura però un'altra caratteristica importante della popolazione straniera romana, ovvero la esistenza di una componente molto significativa di residenti di lunga durata e forte radicamento sul territorio. La moltiplicazione delle realtà associative, la diffusione della ristorazione e di altre forme di imprenditoria etnica, l'ampia offerta di iniziative artistiche che fanno riferimento a culture da tutte le parti del mondo, rendono conto del carattere cosmopolita del capoluogo romano.

Nella città gli stranieri che risiedono da almeno 15 anni sono in percentuale praticamente doppia rispetto alla media nazionale, così come i soggiornanti ultrasessantenni, confermando il radicamento territoriale di lunga durata. Un'altra spia dell'integrazione a Roma è l'incidenza dei matrimoni che coinvolgono cittadini stranieri (circa il 10%), in maggioranza matrimoni misti[8].

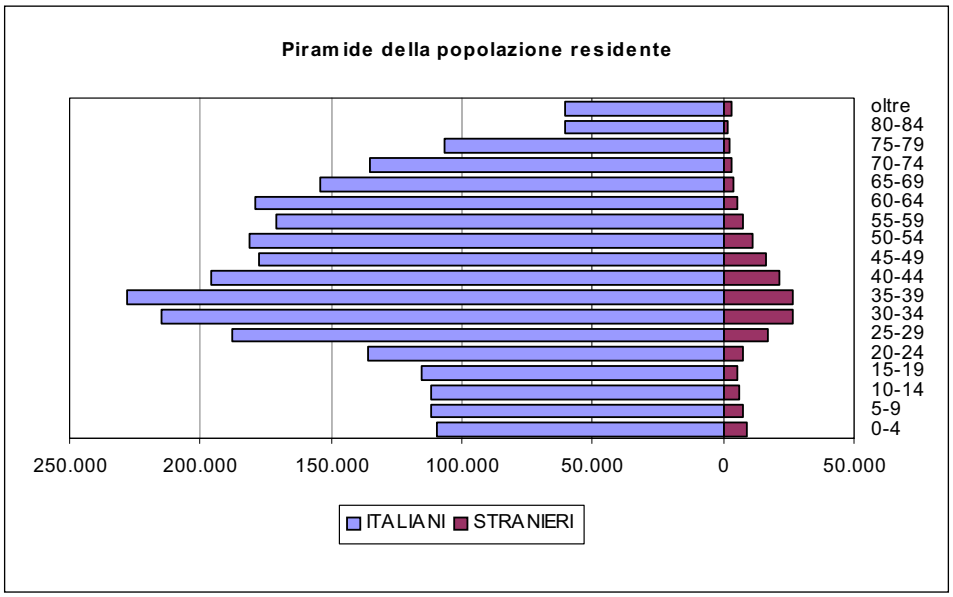
Per riassumere quanto finora segnalato, molto illustrativa risulta la distribuzione della popolazione straniera per classi di età. Il confronto con la popolazione complessiva evidenzia che l'incidenza della popolazione straniera è più elevata nelle classi centrali, negli anni lavorativi tra i 25 e i 50 anni. E' relativamente meno importante tra la popolazione più giovane, con un picco però per i bambini 0-4 anni. Non è neanche insignificante il numero di residenti stranieri ultra cinquantenni, in particolare in alcuni Municipi centrali dove sono insediate comunità di lunga residenza nella città.

Classi di età: residenti stranieri e totale residenti a confronto 31 dicembre 2001 (dati provvisori)

Classe Età	Totale Residenti	Residenti Stranieri	% Stranieri		Classe Età	Totale Residenti	Residenti Stranieri	% Stranieri
0-4	118.847	9302	7,8		50-54	192.248	11102	5,8
5-9	118.993	7281	6,1		55-59	178.604	7615	4,3
10-14	117.681	5800	4,9		60-64	184.692	5681	3,1
15-19	120.065	5043	4,2		65-69	158.481	4114	2,6
20-24	142.955	7373	5,2		70-74	137.734	2960	2,1
25-29	205.010	17367	8,5		75-79	108.789	2266	2,1
30-34	240.838	26299	10,9	classi	80-84	61.894	1473	2,4
35-39	254.179	26254	10,3	centrali	oltre	63.542	2910	4,6
40-44	216.722	21171	9,8					
45-49	193.670	16222	8,4		**Totale**	**2.814.944**	**180233**	**6,4**

Fonte: Ufficio Statistica del Comune di Roma

[8] Dati forniti dall'Ufficio Statistica del Comune di Roma, relativi all'anno 1999.



Roma si presenta senza dubbio come una città cosmopolita nel panorama italiano, solo superata da Milano (10%) per incidenza di residenti stranieri. La composizione della popolazione straniera appare multiforme e questo si riversa nella distribuzione sul territorio, con diverse componenti di popolazione immigrata, le cui dinamiche di radicamento sono legate al tempo di arrivo e alle caratteristiche dell'occupazione, ma al contempo sicuramente condizionate dalle dinamiche del mercato abitativo della capitale.

Convivono a Roma:

a) diversi segmenti instabili, di primo approdo;
b) altre comunità di vecchia permanenza insediate per lo più nei quartieri centrali;
c) famiglie di recente costituzione che si spostano verso le periferie (municipi VI, VII, VIII e XV, che fanno registrare una maggiore presenza di minori e coniugati);
d) una forte componente del lavoro domestico, in particolare femminile, nei quartieri centrali, con difficoltà di formare famiglia o di unificare la famiglia in Italia;
e) collettività nazionali che registrano una maggiore propensione relativa all'autosegregazione e alla formazione di comunità etniche (es. cinesi e bengalesi nel I° e VI° municipio; cingalesi nel XX°);
f) altri gruppi nazionali (la maggioranza) caratterizzati dalla forte dispersione sul territorio e molti stranieri integrati da tempo tra le famiglie romane.

Il lavoro degli immigrati a Roma

A partire dal dato sui motivi del soggiorno, si può stimare, sempre in riferimento all'anno 2001, una forza di lavoro immigrata nella provincia di Roma costituita da oltre 117.900 persone, una cifra pari al 55,6% dei soggiornanti di contro ad una media italiana del 59,2%.

Gli immigrati a Roma scontano pro e contro del mercato del lavoro locale: una forte domanda di occupazione nel settore dei servizi, caratterizzata tuttavia dall'assunzione con forme contrattuali generalmente precarie; ciò viene evidenziato da una serie di indicatori, come illustrato di seguito.

- L'83,5% della forza lavoro immigrata ha un permesso per lavoro subordinato, il 6,5% è autonomo e il 10,1% è disoccupato, dato, quest'ultimo, superiore alla media italiana (7,5%).

- Le assunzioni di stranieri nel 2000, secondo dati dell'Osservatorio dell'Inail, rappresentano l'8% del totale delle assunzioni nella Regione (dato inferiore alla media nazionale).

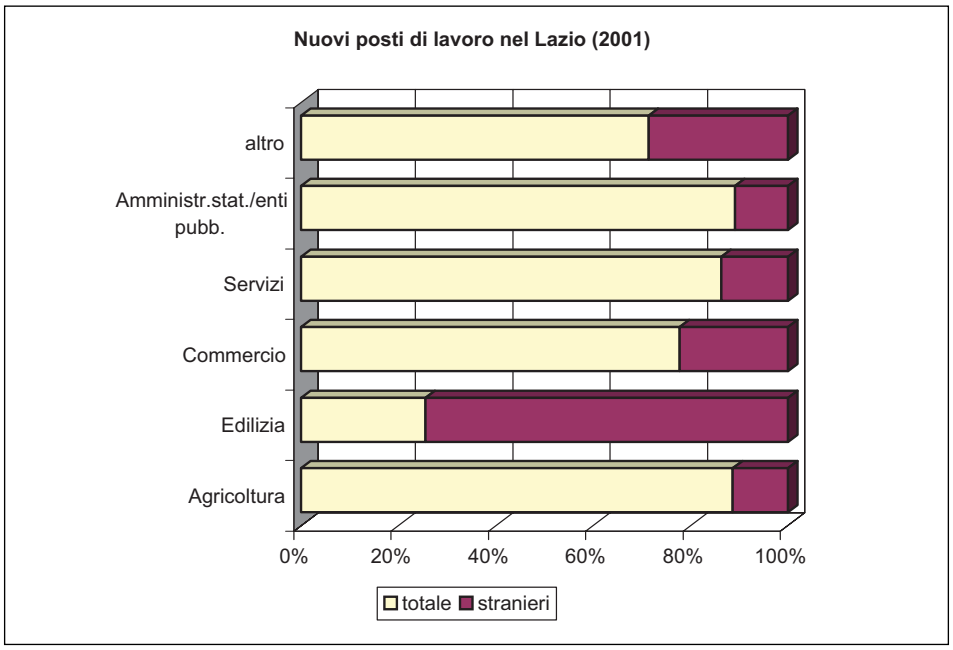
- Gli stranieri, come nel resto dell'Italia, hanno maggior capacità di accedere agli impieghi più stabili, di media-lunga durata: i cosiddetti "nuovi posti", calcolati dalla differenza di assunzioni e cessazioni di impiego registrata in un determinato periodo. I nuovi posti di stranieri (7.317 nuovi posti nel Lazio e 6.345 a Roma) rappresentano il 21% a livello regionale e il 16,9% a livello provinciale. Questa incidenza tuttavia è inferiore alla media nazionale dei nuovi posti per stranieri, così come è più bassa la capacità della Regione di creare impieghi di media e lunga durata.

- Questo segnale positivo, tuttavia, è da correlare ai settori e alle qualifiche dove gli stranieri trovano occupazione, in generale poco appetibili per la forza lavoro autoctona. I settori in cui gli immigrati trovano più facilmente un posto di lavoro effettivo (assunzioni al netto delle cessazioni) sono i servizi (26,6%

Nuovi posti di lavoro e principali settori di inserimento nel Lazio (2001)

Settore	V.a. totale	%	V.a. stranieri	%	Incidenza stranieri
Agricoltura	1.923	5,5	217	3	11,3
Edilizia	1.093	3,1	814	11,1	74,5
Commercio	2.660	7,6	591	8,1	22,2
Servizi	14.248	41	1.945	26,6	13,7
Amministr.stat./enti pubb.	2.767	8	299	4,1	10,8
altro	12.085	34,8	3.451	47,2	28,6
Totale	**34.776**	**100**	**7.317**	**100**	**21,0**

Fonte: elaborazioni Caritas/Dossier Statistico Immigrazione su dati Inail



del totale dei nuovi posti a livello regionale), l'edilizia (11,1%) e il commercio (8,1%). Dal punto di vista dell'incidenza dei lavoratori immigrati sul totale dei nuovi posti concretizzati, interessano soprattutto gli ultimi due settori: il 74,5% dei nuovi posti nell'edilizia sono stati occupati da immigrati (3 ogni 4!) e il 22,2% nel commercio.

- Altre nicchie fortemente connotate dall'occupazione immigrata sono la ristorazione e il lavoro domestico (3/4 degli addetti al settore a Roma sono stranieri a fronte di circa il 50% a livello nazionale), comparti entrambi caratterizzati da impieghi stagionali o a termine, quando non in nero.

Questa immagine trova conferma nei dati sull'ultima *regolarizzazione* che collocano la provincia di Roma al primo posto per numero di domande presentate:107.476 su 702.156 in tutta l'Italia. Inoltre si deve considerare che a Roma le domande per lavoro domestico (66.949) superano quelle per lavoro subordinato (40.527), invertendo l'ordine nazionale (361.035 domande per lavoro subordinato e 341.121 per lavoro domestico). Segnaliamo come esempio la provincia di Milano, seconda per numero richieste, dove su un totale di 87.165 pratiche di regolarizzazione avviate, 51.243 corrispondono a lavoro subordinato e 35.922 al lavoro domestico.

Un argomento di particolare importanza è quello degli infortuni sul lavoro.

I settori di assunzione degli immigrati sono quelli individuati per il numero maggiore di incidenti sul lavoro. Una ricerca in corso dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale (IIMS) e della Caritas segnala come settori nel Lazio con maggiore concentrazione di infortuni dei nati all'estero: le costruzioni (15,3%); i ristoranti e alberghi (11,7%); il commercio (9,7%)[9].

Il caso dell'edilizia interessa perché è a livello nazionale quello a maggior rischio infortunistico per i lavoratori nati all'estero. Si deve anche considerare che i dati dell'*Inail* fanno riferimento soltanto a un segmento dell'occupazione straniera in questo settore, fortemente caratterizzato dal lavoro in nero e precario. Dalle elaborazioni sui dati Inail per l'anno 1999-2000, il comparto delle costruzioni risultava al primo posto tra i settori produttivi dove si verificano infortuni molto gravi, motivo di inabilità al lavoro compensata quindi con indennizzo permanente, e al secondo posto per il numero di indennizzi a carattere temporaneo (dopo l'industria metallurgica). I dati rivelavano inoltre la maggiore esposizione dei lavoratori nati all'estero al rischio infortunistico in generale: a livello nazionale gli stranieri, che costituiscono circa il 4% della forza lavoro totale, sono il 4,8% degli indennizzati nel 1999 e il 6,9% nel 2000, raggiungendo addirittura il 7,1% tra gli infortuni che portano alla morte del lavoratore.

Nell'anno 2001 circa il 60% degli infortuni denunciati si sono verificati nelle regioni Lombardia, Emilia Romagna e Veneto. Su 76.129 infortuni denunciati corrispondono al Lazio soltanto 2.228 (2,9%), che rappresenta il tasso di infortuni in rapporto alla forza lavoro immigrata più basso di Italia (1,7 infortuni ogni 100 lavoratori di contro al 9,5 della media italiana).

Ci sono forti ragioni per dubitare dei risultati del Lazio. Un indagine del ISAE (gennaio 2000) sul lavoro irregolare nel comune di Roma, rivelava una quota di sommerso pari al 24,8%, con percentuali molto più alte proprio nei settori che danno occupazione ai lavoratori stranieri: 35,7% nelle costruzioni, 30,4% nei servizi, 19,8% nell'industria e 13,3% nel commercio. Anche l'ISTAT, stimando per il 1999 il lavoro irregolare in Italia, evidenziava nel Lazio un tasso di irregolarità pari al 17,9%, superiore alla media italiana (15,1%) e superato solo dalle regioni del Sud.

Il confronto regionale, inoltre, oscura la dimensione del problema per il caso romano. Dati dell'Inail sui lavoratori nati all'estero riferiti ai capoluoghi regionali per l'anno 1999, collocavano la città di Roma al 3° posto per il numero di infortuni gravi con indennizzo permanente (43 infortuni) e al 4° posto per il numero di indennizzi temporanei (925 infortuni denunciati). Secondo questi dati emergeva per Roma un tasso di 4,6 indennizzi permanenti ogni 100 temporanei (3,6% nella media italiana), molto al di sopra di Milano (3,6%) e Bologna (2,4%), capoluoghi delle regioni con maggior numero di denunce.

---

[9] F. Pittau e A. Spagnolo (2003: 171); i dati sono riferiti all'anno 2001.

Indennizzi INAIL a lavoratori nati all'estero per i capoluoghi regionali (1999)

Capoluogo regionale	Indennizzi tempor.	Indennizzi permanenti	% Perm/ temporanei	Capoluogo regionale	Indennizzi tempor.	Indennizzi permanenti	% Perm/ temporanei
Torino	39	1.380	2,8	Roma	43	925	4,6
Aosta	4	85	4,7	*Centro*	*128*	*3.402*	*3,8*
Milano	85	2.355	3,6	L'Aquila	8	198	4,0
Genova	26	320	8,1	Campobasso	2	103	1,9
Nord Ovest	*154*	*4.140*	*3,7*	Napoli	6	102	5,9
Trento	26	823	3,2	Bari	9	242	3,7
Venezia	17	641	2,7	Potenza	2	108	1,9
Trieste	16	265	6,0	Reggio C.	7	51	13,7
Bologna	39	1.609	2,4	*Sud*	*36*	*804*	*4,5*
Nord Est	*98*	*3.338*	*2,9*	Palermo	4	89	4,5
Firenze	27	796	3,4	Cagliari	3	85	3,5
Perugina	45	968	4,6	*Isole*	*7*	*174*	*4,0*
Ancona	13	713	1,8	**Totale**	**423**	**11.858**	**3,6**

Fonte: elaborazioni Caritas/Dossier Statistico Immigrazione su dati INAIL

I decessi di cittadini stranieri

Per lo stesso anno 1999 l'Ufficio Statistica del Comune di Roma ci ha fornito elaborazioni sui decessi di cittadini stranieri disaggregati per classi di età e provenienza. Un utilizzo di questi dati ai fini statistici è senz'altro molto prematuro, tuttavia vogliamo in ogni caso focalizzare l'attenzione su alcune prime indicazioni significative per il tema della nostra ricerca.

Nel corso di quell'anno i decessi di cittadini stranieri erano stati 389, pari al 1,5% del totale dei deceduti a Roma. Il primo elemento da notare è la prevalenza di decessi di uomini stranieri, nonostante la maggioranza femminile tra i residenti stranieri a Roma. I decessi di stranieri hanno infatti un'incidenza molto diversa a seconda dei sessi: 1,8% per gli uomini e 1,1% per le donne.

Un secondo elemento sul quale riflettere è che le morti di stranieri sono particolarmente significative tra i soggetti giovani, anche tenendo conto della maggiore rappresentatività della componente straniera in quelle classi di età. Corrispondono a cittadini stranieri il 16,2% del totale delle morti di soggetti nella classe di età 25-34 anni registrate a Roma, il 12,7% dei decessi nella classe 15-24 anni, l'11,1% dei decessi di bambini di 5-14 anni.

Il 21,6% dei decessi corrisponde a cittadini UE e si tratta di persone di età avanzata. Tra i cittadini non comunitari la maggioranza provengono dall'Europa dell'Est (41,6%). Il dato sui decessi riguarda anche stranieri non residenti, tuttavia è di forte impatto il confronto con il dato anagrafico. Questa provenienza – ricordiamo – rappresentava il 23% dei residenti all'ultima rilevazione. Agli antipodi la situazione dell'Asia Orientale: l'8,5% dei deceduti a fronte del 22% nella fonte anagrafica.

Deceduti per classe di età secondo la cittadinanza (1999)

	CLASSE DI ETA'											TOTALE		
CITTADINANZA	< 1	1 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 - 74	75 - 84	> 84	M	F	MF
ITALIA	265	32	40	138	311	604	1230	2731	5776	7661	7281	13213	12856	26069
CEE	0	0	1	1	3	3	10	7	16	21	22	38	46	84
Ex URSS	0	0	0	1	2	4	0	0	0	0	1	4	4	8
Altri Europa	0	1	2	11	16	25	24	13	8	11	8	85	34	119
Africa E	0	0	0	1	4	2	1	3	1	0	0	6	6	12
Africa CE	0	0	0	0	3	0	3	1	0	0	0	6	1	7
Africa N	0	0	0	2	7	7	5	4	2	1	1	25	4	29
Africa S	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Africa O	0	1	0	1	3	6	1	0	0	0	0	5	7	12
America C	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
America N	0	0	0	0	1	0	2	3	8	7	2	12	11	23
America S	0	1	1	2	10	3	3	8	3	2	6	25	14	39
Asia E	0	0	0	0	2	0	2	1	2	1	0	5	3	8
Asia SE	0	0	0	0	5	0	10	0	1	2	0	11	7	18
Asia S	0	0	0	1	3	3	0	5	0	1	0	11	2	13
Asia O	0	0	1	0	1	1	0	1	2	1	1	6	2	8
Oceania	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1
Sconosciuta	0	0	0	0	0	1	3	0	2	0	1	4	3	7
TOTALE	265	35	45	158	371	659	1.295	2.777	5.822	7708	7323	13457	13001	26458
DI CUI STRAN.	0	3	5	20	60	55	65	46	46	47	42	244	145	389
% STRAN	0,0	8,6	11,1	12,7	16,2	8,3	5,0	1,7	0,8	0,6	0,6	1,8	1,1	1,5

Fonte: Ufficio Statistica del Comune di Roma

2. Lo stato di salute attraverso le principali fonti statistiche

Le schede di dimissione ospedaliera (SDO) hanno costituito negli ultimi anni una delle fonti amministrative maggiormente esplorate per lo studio degli aspetti sanitari dell'immigrazione in Italia. La ragione di questo fatto è che il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) ha inserito a partire dell'anno 2000 il campo obbligatorio della cittadinanza dei pazienti nel tracciato record, informazione che al momento non è ancora disponibile in altri ambiti importanti dell'assistenza sanitaria (visite ambulatoriali, medicina generale, ecc)[10]. Il SIO raccoglie, oltre alle Schede di Dimissione Ospedaliere (SDO), i modelli ISTAT D11 e D12 sulle interruzioni volontarie e spontanee di gravidanze e sui Certificati di Assistenza al Parto (CedAP).

L'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio ha pubblicato lo scorso anno il primo *Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio* (a cura di G. Baglio, L. Cacciani, E. Materia e G. Guasticchi, 2002), che presenta l'elaborazione e analisi delle dimissioni di cittadini stranieri nel Lazio per l'anno 2000. Questo rapporto segue la strada del rapporto curato dal Ministero della Salute per

[10] Per le recenti misure adottate in proposito dalla ASP Lazio si veda il contributo di G. Baglio et al. su questo stesso volume.

i dati sui ricoveri di stranieri nel 1998, a livello nazionale.[11] Sulla base di questo rapporto abbiamo chiesto all'Agenzia regionale ulteriori elaborazioni circoscritte al comune di Roma e alcuni approfondimenti per i gruppi nazionali maggiormente presenti nel territorio del comune capoluogo. Prima di presentare il quadro della situazione emersa per quanto riguarda i ricoveri, è necessario fare alcune precisazioni sul tipo di informazioni contenute nella SDO e avvertire su eventuali rischi di interpretazione.

- In primo luogo si deve segnalare che le schede di dimissione hanno come unità di analisi il singolo ricovero e non il paziente e che quindi un soggetto può essere titolare di più di un ricovero nel corso dell'anno, elemento che si deve tener presente nella lettura dei dati demografici sui pazienti.
- Le SDO inoltre non consentono attualmente di identificare lo status giuridico del paziente: vengono inclusi i ricoveri di stranieri irregolari o temporaneamente presenti sul territorio. Questo significa che il confronto con i dati dell'archivio del Ministero dell'Interno o sui residenti dell'Anagrafe comunale porta necessariamente a sovrastimare i tassi di ricovero ospedaliero di stranieri.
- Si deve tener presente, d'altra parte, che rimangono fuori da questa analisi gli immigrati in possesso di cittadinanza italiana, ovvero la componente di popolazione straniera con tempi più lunghi di inserimento e sicuramente maggiormente integrata, particolarmente significativa tra la popolazione straniera romana.
- Per quanto riguarda la residenza, campo presente nella SDO, il rapporto dell'Agenzia Pubblica nota che non è importante, nel caso del Lazio, il numero di stranieri ricoverati in strutture ospedalieri della Regione ma residenti in altre regioni italiane (intorno al 2,5%).
- Per ultimo si segnala che i dati analizzati riguardano tutti i ricoveri per acuti – in regime ordinario e di day hospital – erogati in istituti pubblici e privati (accreditati e non); non sono quindi trattate le informazioni corrispondenti alla riabilitazione e lungodegenza medica, in considerazione dell'ancora esigua presenza straniera (meno del 1% dei ricoveri di stranieri).

Ricoveri ospedalieri nel Comune di Roma

Come segnalato abbiamo richiesto all'Agenzia delle elaborazioni sui ricoveri in istituti ospedalieri del comune per quanto riguarda i cittadini provenienti da PvS e gli italiani. Il totale dei ricoveri di cittadini dei PvS è pari a 25.537, di cui 19.822 in regime ordinario e 5.715 in day hospital.

---

[11] Fortino, A., Pennazza, F, Boldrini, R., Randazzo, M., Marceca, M., Geraci, S. (2000).

L'incidenza dei ricoveri di cittadini provenienti da PvS a Roma è nel 2000 pari a 3,5% del totale ed è più significativa per i ricoveri ordinari (3,6% di contro al 3,2% nei day hospital).

Dimissioni da reparti ospedalieri nel Comune di Roma nel 2000

	Ordinario	DH	Totale
Totale ricoveri	556.572	178.814	735.386
Stranieri	21.826	5.867	27.693
di cui PvS	*19.822*	*5.715*	*25.537*
Italiani	534.746	172.947	707.693
Incidenza PvS	*3,6*	*3,2*	*3,5*

Fonte: SDO – Elaborazioni ASP Lazio

Il minore ricorso al day hospital è una spia che può aprire diverse questioni: dalla disuguaglianza nell'accesso ai servizi, alla discriminazione o disparità nel trattamento. Una questione correlata è quella dell'appropriatezza dei ricoveri: la letteratura sull'argomento ha rilevato il maggiore rischio ad essere sottomesse a interventi non appropriati per le persone di bassa condizione socio-economica, in particolare rispetto a interventi non necessari (appendicectomia, tonsillectomia, isterectomia) o, in linea generale, per l'utilizzo del ricovero ordinario per prestazioni erogabili senza ospedalizzazione o in regime di day hospital. I ricercatori dell'Agenzia Regionale hanno dimostrato l'inappropriatezza dell'appendicectomia nel caso dei pazienti stranieri: per la popolazione straniera pvs di sesso maschile il tasso di ospedalizzazione per praticare questo intervento risulta quasi doppio rispetto alla popolazione italiana (1,9 volte, 90% di eccesso di rischio), per le donne 60% superiore. L'Agenzia ha anche dimostrato il maggiore utilizzo del regime ordinario di ricovero per le 43 categorie diagnostiche a rischio di inappropriatezza in regime ordinario (DPCM 26/2001 Ministero della Sanità), negli stranieri rispetto agli italiani[12].

Le spiegazioni del maggiore utilizzo del ricovero ordinario possono essere varie: la difficoltà di accesso alle cure di base e l'arrivo all'ospedale quando la malattia richiede già interventi di urgenza (problemi di accesso e fruizione servizi); la mancanza di conoscenza del servizio sanitario italiano molto diverso al proprio, l'inesistenza del concetto di medicina preventiva (differenze di cultura dei servizi); la mancanza di una casa o di una famiglia per il periodo di degenza (difficoltà socioeconomiche); la decisione di ricoveri preventivi da parte del medico per l'incapacità di capire il paziente e i suoi sintomi (difficoltà di comunicazione interculturale); l'utilizzo dei pazienti più deboli allo scopo di incrementare la spesa sanitaria (disparità di trattamento e discriminazione).

[12] Vedi Rossi L. et al. (2002a) e (2002b).

Un secondo elemento da notare riguarda il peso dei ricoveri dei minori. In sistema di regime ordinario sono stati ricoverati 2980 minori provenienti da PvS, che rappresentano il 15% del totale di ricoveri di questo tipo. Per gli italiani la quota di minori si attesta a 10,6%.

Ricoveri ordinari dei minori nel Comune di Roma nel 2000

<18 anni	>18 anni	Totale	% Minori	
Italiani	56.902	477.844	534.746	10,6
Pvs	2.980	16.842	19.822	15,0

Fonte: SDO - elaborazione Asp Lazio

L'ASP ha confrontato i tassi di ospedalizzazione tra stranieri e popolazione complessiva a livello regionale prendendo come denominatori il numero di residenti per la popolazione totale e il numero di soggiornanti per la popolazione straniera adulta (per i minori il numero di residenti). Considerando la diversa composizione per età, i tassi di ospedalizzazione di stranieri di PvS risultano inferiori a quelli della popolazione complessiva: 109 ricoveri ordinari per 1000 soggiornanti di contro al 148 per mille residenti e 29 dimissioni di day hospital per mila soggiornanti di contro al 40 per mille residenti (rapporto tra tassi: 0,7).

Al contrario della popolazione adulta, il tasso di ospedalizzazione dei minori di PvS in regime ordinario è risultato superiore a quello della popolazione complessiva del Lazio: 122 ricoveri ordinari per 1000 residenti di contro all'84 per 1000.

I bambini stranieri non solo vengono più spesso ricoverati dagli italiani ma registrano degenze più lunghe e utilizzano il ricovero ordinario con maggiore frequenza che il day hospital.

È molto consistente anche il ricovero dei giovani: la maggioranza relativa dei ricoveri di stranieri di PvS rientra nella classe 18-29 anni. Questi ultimi rappresentano il 35% del totale di ricoveri degli adulti di PvS mentre nello stesso anno questa classe di età era pari al 17,7% degli stranieri maggiorenni residenti a Roma.

E' molto interessante notare inoltre che questi tassi seguono trend diversi a seconda delle classi di età. Per quanto riguarda i ricoveri ordinari:

- nella classe dei minori (0-17) e dei giovani (18-24) i tassi sono superiori tra la popolazione straniera;
- si avvicinano tra gli adulti in età comprese tra 25 e 50 anni (relativamente inferiori tuttavia quelli degli stranieri);
- sono nettamente inferiori alla popolazione complessiva i tassi di ospedalizzazione di stranieri che superano i 50 anni.

I tassi di ospedalizzazione per day hospital, se eccettuiamo i minori e i ricoveri per parto e aborto, sono invece sistematicamente superiori per la popolazione complessiva.

Rapporto tra ricoveri in regime ordinario e di Day Hospital nel Comune di Roma, anno 2000

	Italiani				
	Ricoveri ordinari	**% Sesso**	**Ricoveri DH**	**% Sesso**	**DHx100 Ord.**
Uomini	245.688	45,9	81.103	46,9	33,0
Donne	289.058	54,1	91.844	53,1	31,8
Totale	534.746	100,0	172.947	100,0	32,3
	Stranieri di PvS				
	Ricoveri ordinari	**% Sesso**	**Ricoveri DH**	**% Sesso**	**DHx100 Ord.**
Uomini	8.017	40,4	1.519	26,6	18,9
Donne	11.805	59,6	4.196	73,4	35,5
Totale	19.822	100,0	5.715	100,0	28,8

Fonte: SDO - elaborazione ASP Lazio

Altro elemento interessante è la prevalenza femminile nei ricoveri ordinari: 16.001 pari al 62,7% del totale degli stranieri pvs (per gli italiani le donne rappresentano il 53,8%). La componente femminile è particolarmente significativa nel Day Hospital (73,4% di contro al 59,6%), per il peso particolare delle IVG nelle donne straniere (56,9% diagnosi del DH a livello regionale). Negli italiani, al contrario, non si riscontrano differenze significative nella composizione per sessi tra entrambe forme di ricovero (54% nel regime ordinario e 53,1% nel DH).

Il sospetto sull'utilizzo del ricovero ordinario in forma impropria per i pazienti stranieri è forte nel caso degli uomini: 18,9 DH ogni 100 ricoveri ordinari, di contro a 33 negli italiani. Per i ricoveri complessivi questo rapporto è di 28,8 DH ogni 100 ricoveri ordinari per i pazienti di pvs e 32,3 DH ogni 100 ordinari per i pazienti italiani; tuttavia l'accesso al DH per gli stranieri riguarda in modo prevalente l'IVG.

Principali diagnosi

Vediamo adesso le diagnosi prevalenti nel confronto con la popolazione italiana, utilizzando il sistema di classificazione in base ad aggregati clinici di codici (Acc) che raggruppano in modo significativo e con omogeneità clinica le diagnosi ospedaliere.

Il rapporto nazionale, su dati del 1998, aveva evidenziato tra le prime cause di ricovero il parto e altre cause legate alla gravidanza (22,5% del totale diagnosi), e i traumi e fratture di varia natura (9,3% del totale). Interessanti differenze emergevano tra gli stranieri residenti e non residenti, che confermavano il forte rischio di salute di questi ultimi legato alle condizioni di maggiore precarietà. In

particolare per il secondo gruppo aumentava il peso relativo dei traumatismi intracranici (seconda causa di ricovero) e delle altre forme di traumatismi e fratture, così come anche i disturbi mentali dovuti ad abuso di alcol e le malattie infettive (Tbc, HIV), gli aborti indotti e spontanei, i ricoveri dovuti a malattie respiratorie.

Dimissioni da reparti per acuti a Roma nel 2000 (<17 anni). Primi 18 aggregati clinici di diagnosi (Acc.)

Diagnosi (totale)	Stranieri (PvS)			Italiani
Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	1	27,3	5	8,8
Traumatismi e avvelenamenti	2	12,5	7	6,6
Mal. Apparato digerente	3	9,5	3	10,0
Mal. Sistema circolatorio	4	6,5	1	16,6
Mal. Apparato genito-urinario	5	6,4	6	6,9
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	6	6,1	10	4,3
Tumori	7	5,3	2	13,1
Mal. Apparato respiratorio	8	4,5	9	5,2
Mal. Infettive e parassitarie	9	4,3	15	1,3
Mal. Sistema nervoso e organi di senso	10	3,8	4	9,4
Disturbi psichici	11	3,6	14	1,7
Mal. Sistema osteomuscolare e tessuto connettivo	12	3,3	8	5,8
Altro	13	1,9	11	3,3
Mal. Pelle e tessuto sottocutaneo	14	1,9	13	2,5
Mal. Ghiandole endocrine, nutrizione, metab. E immunità	15	1,4	12	2,8
Malattie congenite	16	0,6	16	0,8
Mal. Sangue e organi ematopoietici	17	0,5	17	0,7
Ricorso ai servizi per motivi connessi alla riproduzione	18	0,5	18	0,1
TOTALE		**100,0**		**100,0**

Fonte: SDO - elaborazione ASP Lazio

I dati elaborati dall'ASP a nostra richiesta sugli stranieri provenienti da paesi in via di sviluppo ricoverati in istituti ospedalieri del comune di Roma confermano le prime indicazioni emerse dall'analisi nazionale. Considerando soltanto il ricovero in regime ordinario degli stranieri maggiorenni, al primo posto tra le cause del ricovero troviamo le "complicazioni della gravidanza, il parto e il puerperio" (27,3% dei ricoveri ospedalieri, 43,7% per le donne). Questo motivo è al quinto posto per i cittadini italiani (8,8% del totale dei ricoveri, 15,8% per le donne italiane).

Il secondo motivo sono i "traumatismi e avvelenamenti", al 7° posto per gli italiani. Questa causa di ricovero rappresenta il 12,5% del totale per i cittadini di pvs e addirittura il 23% per gli uomini (il 35% nella classe di età 18-29 anni!).

Per la popolazione italiana i gruppi di diagnosi più frequenti sono le "malattie del sistema circolatorio" (16,6% dei ricoveri) e i "tumori" (13,1%) che rappresentano invece il 6,5% e 5,3% dei motivi di ricovero degli stranieri pvs. Negli stranieri, d'altra parte, risultano relativamente più frequenti i ricoveri per "malat-

tie infettive e parassitarie" (4,3% di contro all'1,3% negli italiani), i "disturbi psichici" (3,6% di contro all'1,7%) e una categoria di accorpamento diagnostico denominata "sintomi, segni e stati morbosi mal definiti" (6,1% di contro al 4,3%) dietro la quale può nascondersi la maggiore difficoltà di lettura dei sintomi del paziente straniero, ovvero una difficoltà di comunicazione interculturale. Rientra in questa categoria diagnostica il 7,7% del totale dei ricoveri degli uomini di pvs.

Diagnosi e provenienza nazionale

Per quanto riguarda invece i tassi di ospedalizzazione a seconda delle provenienze nazionali, i dati regionali hanno evidenziato tassi superiori alla media degli stranieri tra i cittadini di Europa dell'Est, Nord Africa, Africa Orientale e America Centro Meridionale. Al contrario i tassi sono molto inferiore alla media per gli asiatici, in particolare dell'Asia orientale (Cina, Filippine, tra i principali paesi di emigrazione) e meridionale (Bangladesh, Sri Lanka, Pakistan, India).

Per quanto riguarda il comune di Roma, abbiamo chiesto la disaggregazione dei ricoveri ordinari della popolazione maggiorenne secondo le principali nazionalità dell'anagrafe dei residenti. Confrontando questi dati con quello anagrafico si notano chiare differenze nella distribuzione.

Stranieri (PvS): dimissioni ospedaliere e residenti a Roma (2000)

Cittadinanza	Dimissioni (% colonna)			Residenti (% colonna)		
	M	F	T	M	F	T
Romania	14,0	12,4	13,0	7,0	4,9	5,9
Polonia	9,3	9,2	9,2	3,8	5,9	4,9
Filippine	2,2	8,4	6,0	8,4	16,0	12,4
Albania	5,8	4,2	4,8	2,0	1,3	1,6
Perù	2,8	5,7	4,6	2,7	5,4	4,1
Egitto	6,9	2,2	4,0	6,4	1,7	3,9
Marocco	4,8	2,4	3,3	2,6	1,2	1,8
Bangladesh	4,8	1,8	3,0	6,0	1,3	3,5
Sri Lanka	2,6	2,3	2,4	3,4	2,4	2,9
Cina	1,4	2,5	2,1	3,4	2,6	2,9
India	2,2	1,6	1,8	2,5	2,5	2,5

Fonte: Asp Lazio, Anagrafe del Comune di Roma.

Le nazioni dell'est europeo presentano una quota superiore nei ricoveri che nella popolazione residente: 13% di contro al 5,9% per la Romania; 9,2% di contro al 4,2% nella Polonia; 4,8% di contro all'1,6% nell'Albania. La stessa situazione si registra per il Marocco (3,3% di contro all'1,8%). Al contrario la quota di residenti raddoppia quella dei ricoveri nel caso delle Filippine (con valori rispettivamente del 12,4% e 6%) e dell'India (2,5% e 1,8%). Una quota maggio-

re di residenti rispetto a quella dei ricoveri si registra anche, sebbene in misura minore, nelle altre principali cittadinanze asiatiche, quali il Bangladesh (3,5% e 3%), Sri Lanka (2,9% e 2,4%) e Cina (2,9% e 2,1%). Il Perù e l'Egitto, altre delle nazionalità maggiormente rappresentante nell'anagrafe romano, hanno una quota di ricoveri leggermente superiore a quella dei residenti.

Se utilizzassimo questi dati per calcolare l'incidenza di ospedalizzazione sui residenti (i ricoveri in realtà includono non residenti), si confermerebbe un tasso mediamente inferiore per gli stranieri che per gli italiani, ad eccezione di due nazionalità: l'Albania, in primo luogo, e la Romania.

Per confrontare la particolare ricorrenza delle cause di ricovero tra i diversi gruppi nazionali, abbiamo calcolato un indice di concentrazione[13].

In primo luogo si deve segnalare che il ricovero ordinario per motivi legati alla riproduzione della donna (27,3% per l'insieme delle provenienze PvS) è prevalente in tutte le collettività indagate: per la Cina (44,8%) per le Filippine (48,1%), per il Perù (34,8%). In queste tre nazionalità oltre il 70% dei ricoveri corrisponde a pazienti femminili. Al contrario, le donne costituiscono la minoranza dei ricoverati dell'Egitto, il Marocco e il Bangladesh, dato che riflette la composizione della popolazione in anagrafe.

I traumatismi e avvelenamenti sono particolarmente significativi per i rumeni e polacchi. Per la seconda nazionalità spicca la diagnosi di ricovero per disturbi psichici (concentrazione più che doppia rispetto alla media), diagnosi importante anche per i marocchini. I filippini e i cinesi vengono ricoverati praticamente solo per la gravidanza (nei cinesi emergono anche altre diagnosi legate alla presenza di popolazione più anziana). Le cause di ricovero maggiormente correlate al disagio socio-economico, in particolare abitativo (infettive-parassitarie, respiratorie) sono significative per i bengalesi, cingalesi, indiani, marocchini, peruviani. Gli albanesi e per certi versi gli egiziani presentano un profilo vicino a quello della popolazione autoctona (per gli albanesi si notano molti ricoveri di persone anziane, forse arrivate in Italia per cure mediche).

---

[13] Attraverso il calcolo di questo quoziente abbiamo confrontato il numero di ricoveri di una determinata nazionalità e diagnosi sia con il numero totale di ricoveri di quella nazionalità che con il numero totale di ricoveri di cittadini stranieri per la diagnosi considerata. Quando il quoziente à minore a "1" si registra una bassa concentrazione di ricoveri di una nazionalità per quella diagnosi, quando invece è maggiore di "1" si rileva una sovrarappresentazione della nazionalità nella diagnosi considerata.

Dimissioni di pazienti dei PvS da reparti per acuti a Roma nel 2000: totale dimissioni e indici di concentrazione delle diagnosi (>1) per i principali gruppi nazionali

Romania (2.187):	traumatismi e avvelenamenti (1,4)
Polonia (1.555):	disturbi psichici (2,3); traumatismi e avvelenamenti (1,2)
Filippine (1.018):	gravidanza (1,8)
Albania (807):	congenite (2,2); tumori (1,8) sist. nervoso e org sens. (1,7); circolatorie (1,4)
Perù (778):	sangue (1,9); infettive-parassitarie (1,4)
Egitto (671):	digerente (1,5); circolatorie (1,4)
Marocco (552):	dist. psichici (1,7); respiratorie (1,5); congenite (1,3)
Bangladesh (500):	infettive-parassitarie (1,7); respiratorie (1,6); digerente (1,5)
Sri Lanka (409):	riproduzione (2,5); respiratorie (1,9) mal definite (1,4)
Cina (353):	gravidanza (1,6); tumori (1,3) genito-urinarie (1,2)
India (303):	riproduzione (2,7); pelle (2,5); respiratorie (1,5) infettive-parassitarie (1,4)

Fonte: ASP Lazio

Parto e IVG

Il Sistema Informativo Ospedaliero comprende anche i modelli CedAP (Certificato di Assistenza al Parto) e i Modelli ISTAT D11 e D12 sugli aborti spontanei e volontari. Vediamo di seguito i dati per il Lazio nell'anno 2000, elaborati dall'Agenzia di Sanità Pubblica regionale.

Tassi di fecondità e abortività volontaria per classi di età e cittadinanza. Lazio, 2000

	Straniere						Totale donne residenti nel Lazio					
Classi di età	Donne soggiorn.	Nati vivi	Ivg	Tasso fecondità	Tasso ivg	Ivg x 1000 nati vivi	Tot. donne residenti	Nati vivi	Ivg	Tasso fecondità	Tasso ivg	ivg x 1000 nati vivi
18-19	1.838	91	123	49,5	66,9	1351,6	54.340	487	767	9,0	14,1	1574,9
20-24	11.424	749	747	65,6	65,4	997,3	159.526	4482	2691	28,1	16,9	600,4
25-29	20.576	1.053	960	51,2	46,7	911,7	200.929	13711	3169	68,2	15,8	231,1
30-34	21.228	838	810	39,5	38,2	966,6	223.567	17791	3020	79,6	13,5	169,7
35-39	16.746	388	443	23,2	26,5	1141,8	220.320	8824	2351	40,1	10,7	266,4
40-44	12.295	74	131	6,0	10,7	1770,3	193.729	1496	931	7,7	4,8	622,3
45 in poi	8.564	7	8	0,8	0,9	1142,9	181.223	104	77	0,6	0,4	740,4
Totale	**92.671**	**3.200**	**3.222**	**34,5**	**34,8**	**1006,9**	**1.233.634**	**46.895**	**13.006**	**38,0**	**10,5**	**277,3**
PSA	13.490	326	124	24,2	9,2	380,4						
PvS	79.165	2.874	3.098	36,3	39,1	1077,9						

Fonte:Agenziadi Sanità Pubblica del Lazio.Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. Anno 2000

Vogliamo richiamare l'attenzione sul fatto che il tasso di fecondità delle donne straniere (34,5 nati per 1000 donne soggiornanti) è inferiore a quello della popolazione femminile complessiva a (38%), anche per le donne provenienti di PvS (36,3 nati x 1000 soggiornanti). Questo elemento è sorprendente nel contesto italiano.

Il dato conferma quanto abbiamo evidenziato dall'analisi dei dati sociodemografici per i residenti nel comune di Roma: nonostante il numero di donne residenti, sono relativamente poche le nascite e il numero di minori.

Un dato interessante fornito dallo studio dell'Agenzia Pubblica regionale è che la maggioranza delle donne straniere che hanno partorito non ha occupazione lavorativa (50% casalinga, 18% senza occupazione); soltanto il 27% sono occupate di contro al 45% delle italiane. Tutto sembra suggerire che il lavoro della donna immigrata (pensiamo soprattutto alle colf) è inconciliabile con la vita familiare.

Nel 2000, 3222 donne straniere hanno optato per l'aborto volontario, che rappresenta il 24,8% del totale delle IVG realizzate nella regione (24,1% nella provincia di Roma).

Il tasso di ivg per 1000 donne soggiornanti è circa quattro volte quello delle donne residenti: 39,1 di contro a 10,5.

Queste cifre sono in linea con i dati nazionali, tuttavia un ulteriore elemento di preoccupazione nel caso romano è che il numero di IVG è superiore al numero dei nati. Nello stesso anno nella provincia di Bologna l'IVG a carico di straniere rappresentava il 25,1% del totale degli aborti, tuttavia il numero di nati (717) superava quello delle interruzioni (448).

Donne dimesse per parto con nato vivo, per aborto volontario e spontaneo per cittadinanza. Lazio 2000

Paese	Permessi soggiorno	Nati vivi	Ivg	Aborti spontanei	Tasso fecondità	Tasso ivg	Ivg x 1000 nati vivi	Abort. spont. x 1000 nati
Filippine	14561	287	188	55	19,7	12,9	655,1	191,6
Romania	8039	455	898	116	56,6	111,7	1973,6	254,9
Polonia	7515	317	178	53	42,2	23,7	561,5	167,2
Perù	4945	121	246	26	24,5	49,7	2033,1	214,9
Albania	3528	196	108	33	55,6	30,6	551,0	168,4
India	2955	70	25	14	23,7	8,5	357,1	200,0
Brasile	2384	54	39	10	22,7	16,4	722,2	185,2
Cina	2312	98	46	17	42,4	19,9	469,4	173,5
Sri Lanka	2245	88	56	5	39,2	24,9	636,4	56,8
Nigeria	1653	48	47	30	29,0	28,4	979,2	625,0
Etiopia	1607	39	90	14	24,3	56,0	2307,7	359,0
Marocco	1603	92	42	19	57,4	26,2	456,5	206,5
Capo Verde	1393	24	30	3	17,2	21,5	1250,0	125,0
Ecuador	1289	73	173	18	56,6	134,2	2369,9	246,6
Colombia	1254	23	50	11	18,3	39,9	2173,9	478,3
Egitto	1198	94	15	16	78,5	12,5	159,6	170,2
Serbia-Montenegro	1025	115	49	27	112,2	47,8	426,1	234,8
Russia	1000	36	43	10	36,0	43,0	1194,4	277,8
Totale stranieri	**92.671**	**3.200**	**3.222**	**684**	**34,5**	**34,8**	**1006,9**	**213,8**
PSA	13.490	326	124	80	24,2	9,2	380,4	245,4
PvS	79.165	2.874	3.098	604	36,3	39,1	1077,9	210,2

Fonte: Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio. SIO: CedAP e modelli ISTAT D11 e D12

L'altro elemento da notare è la differenza di distribuzione nell'età dei parti e delle IVG. I parti si concentrano in età più giovane per le donne straniere. Tra le italiane il numero di IVG supera quello dei parti soltanto tra le donne molto giovani. Per le straniere, invece, questo fenomeno si registra sia tra le giovanissime che tra le donne con più di 35 anni. Oltre alle difficoltà delle condizioni di vita di molte donne immigrate (difficoltà economiche, donne sole, impossibilità di lavorare, fenomeno della prostituzione) sicuramente in alcuni casi incidono anche fattori di tipo culturale (es. l'utilizzo dell'aborto come forma di controllo delle nascite nel paese di provenienza).

La distribuzione per cittadinanza a livello regionale mostra una fecondità elevata soprattutto per le donne serbo-montenegrine e rumene (sicuramente per la presenza delle comunità rom), per le albanesi e per le donne nordafricane (Marocco, Egitto, da dove molte donne sono arrivate per ricongiungimento familiare). E' molto bassa invece per le collettività caratterizzate da immigrazione al femminile, occupata prevalentemente nel lavoro domestico (filippine, capoverdiane, latinoamericane). Il numero di IVG supera quello delle nascite per le immigrate latinoamericane, dell'Europa dell'Est (russe, rumene) e di alcune nazioni africane come Capo Verde, Etiopia.

In relazione alla gravidanza e alla nascita, ci sono sia informazioni statistiche che ricerche puntuali che rilevano importanti fenomeni per la nostra ricerca.

Diversi studi europei hanno rilevato condizioni di maggiore rischio materno infantile nella popolazione immigrata rispetto a quella autoctona: mortalità perinatale e materna, minor peso alla nascita, nati prematuri, abortività spontanea, in gran parte collegati alla scarsità di controlli in gravidanza. Anche nel Lazio sono diversi gli studi che evidenziano la presenza di questi fenomeni.

Un interessante indagine è stata realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) a Roma nel 1995-96 per valutare l'assistenza alla gravidanza, prendendo in esame un campione di donne irregolari assistite in strutture di volontariato e uno di immigrate regolari che hanno partorito nel Policlinico Umberto Primo (150 donne in totale). Lo studio confermava il minor ricorso delle immigrate agli esami prenatali (ammiocentesi, prelievo di villi coriali), ma anche un ritardo nel tempo di attesa per il primo controllo e minore informazione sull'utilizzo di metodi anticoncezionali nel puerperio[14]. Nel 2000 l'ISS ha promosso un secondo studio, coordinato dal dott. Morrone, che ha coinvolto 318 donne straniere che hanno partorito in cinque punti nascita della capitale (Ospedale Policlinico Casilino, Ospedale S. Pertini, Policlinico Umberto I, Ospedale S. Giovanni Calibita Fatebenefratelli, Ospedale S. Eugenio)[15]. Rispetto al primo studio l'accesso e fruibilità dei servizi di assistenza alla gravidanza sembrano essere

[14] Cfr. Spinelli et al. (1998) e Donati et al. (1999).
[15] Cfr. Spinelli A. et al. (2003a) e (2003b).

migliorati, tuttavia sono ancora evidenti le differenze con le donne italiane. Il 96% delle straniere intervistate ha avuto assistenza durante la gravidanza (il 99,5% delle italiane), il 16% aspetta più di tre mesi per la prima visita (10% delle italiane), il numero di ecografie delle straniere (3) è inferiore a quello delle italiane (5). Soltanto il 15,4% ha frequentato corsi di preparazione al parto (nel 1995-96 nessuna). Inoltre il 36,5% delle straniere è stato sottoposto a cesareo, episiotomia, clistere, tricotomia senza aver ricevuto una richiesta di parere, di contro all'11,4% delle italiane. In questo studio il parto cesareo risulta superiore nelle straniere: il 28,6% dei parti di contro al 25,5% delle italiane; addirittura era del 47,4% per le straniere regolari nel 1995-96. La ricerca, oltre a rilevare il bisogno di maggiore informazione delle donne straniere, evidenzia alcune questioni di disparità di trattamento da parte degli operatori sanitari (non consultazione del paziente, rischio di inappropriatezza nell'utilizzo del cesareo, ecc).

Molto interessanti sono i dati emersi nella ricerca sul tipo di parto, che oltre all'informazione sanitaria rivelano i diversi approcci culturali all'evento (rifiuto alla medicalizzazione del parto):

- parto spontaneo il 65% dei parti di donne immigrate di contro al 59% delle italiane;
- cesareo d'urgenza: è relativamente maggiore per le straniere (21% di contro al 19%);
- cesareo volontario: solo l'8% nelle straniere di contro al 16% nelle italiane (è ancora più basso per le marocchine, cinesi e rumene).

Immigrati e tossicodipendenza

La popolazione immigrata è considerata particolarmente a rischio per le sue condizioni di vita. Infatti, gli operatori concordano che la tossicodipendenza è quasi sempre un comportamento acquisito in Italia e dimostrano che la possibilità di assumere sostanze cresce con la permanenza nel paese.

Secondo i dati del Sistema di Sorveglianza TDP del Lazio gli stranieri costituiscono l'8,8% degli assistiti nei servizi pubblici e privati. Il dato allarmante è che sono il 20,8% dei nuovi accessi. Nel comune di Roma i dati dei SerT hanno registrato un incremento tra il 1995 e il 2001 dal 6,5% all'11,8% del totale degli assistiti.

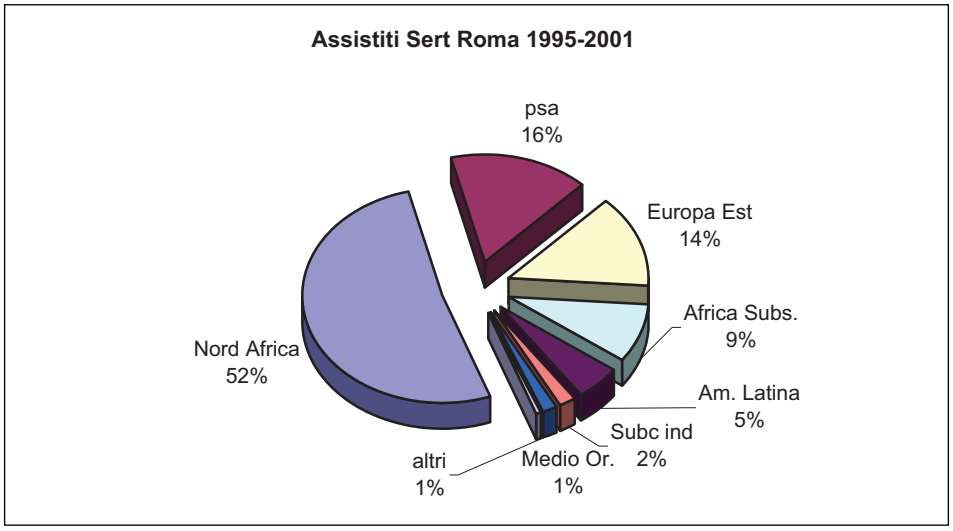
Considerando l'insieme degli assistiti stranieri nel periodo, l'83,9% è cittadino di un paese in via di sviluppo, il 16,1% di paesi a sviluppo avanzato. La maggioranza assoluta dell'utenza proviene dal Nordafrica (51,5%). Le tre prime nazionalità sono la Tunisia, l'Algeria e il Marocco, che insieme raggiungono circa il 48% del totale. Per numero di assistiti segue la Jugoslavia.

I dati dei SerT, ma soprattutto gli operatori impegnati in alcune esperienze di

Cittadini stranieri in trattamento presso i SerT di Roma negli anni 1995/2001. Distribuzione per ASL

Anno			95	96	97	98	99	2000	2001
						16			
	A		25	24	19	142	101	190	311
	B		25	33	155	183	152	202	92
USL	C		21	23	19	16	19	24	17
	D		n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
	E		333	367	294	221	207	251	250
Totale stranieri			**413**	**453**	**501**	**578**	**498**	**676**	**670**
Totale assistiti			**6.375**	**6.322**	**6.354**	**5.663**	**5.836**	**5.939**	**5.669**
% stranieri		6,5	7,2	7,9	10,2	8,5	11,4	11,8	

Fonte: Asp Lazio, U. O Tdp



intervento realizzate a Roma rivolte a questa specifica utenza[16], hanno rilevato alcune importanti differenze con la popolazione italiana. Gli stranieri tendono ad assumere per la prima volta sostanze ad un età maggiore (si tratta di un comportamento acquisito dopo l'immigrazione). Per quanto riguarda la forma di assunzione, al contrario degli italiani, prevale l'inalazione sull'endovena. Differenze significative si registrano anche a seconda delle provenienze: i nordafricani tendono alle poliassunzioni (alcol, psicofarmaci, eroina); gli europei dell'est all'alcolismo, i somali sono dipendenti dal khat; i rom da cocaina di bassa purezza. Tra gli assistiti dell'America Latina è prevalente la popolazione transessuale.

[16] Interventi di riduzione del danno realizzati dalla Coop. Parsec Servizi nella ASL RMA.

Riferimenti bibliografici

Roma Caritas 2. Mensile Caritas di Roma, *1991-2001 Una dieci cento Pantanelle*, marzo-aprile, maggio 2001.

Caritas (2002), *Immigrazione- Dossier Statistico*, Roma, Anterem.

Donati S., Spinelli A., Grandolfo M., Baglio G., Andreozzi S., Pediconi M., Salinetti S. (1999), "L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia", *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 35, 2.

Pittau F. e Spagnolo A. (a cura di), (2003), *Immigrati e rischio infortunistico in Italia*, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma, 2003.

Baglio G., Cacciani L., Materia E. e Guasticchi G. (a cura di), (2002), *Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio – Anno 2001*, Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio.

Fortino A., Pennazza F, Boldrini R., Randazzo M., Marceca M., Geraci S. (2000) *Rapporto annuale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia – Dati SDO 1998*, Roma, Ministero della Salute, Dipartimento della Programmazione Sanitaria.

Rossi L., Cacciani L., Baglio G., Materia E. (2002a), "L'appropriatezza dei ricoveri degli stranieri nel Lazio", in *Stile di vita e frequenza delle malattie in Italia*, Atti della XXVI Riunione annuale della Associazione Italiana di Epidemiologia, Napoli, 24-26 settembre 2002.

Rossi L., Cacciani L., Baglio G., Materia E. (2002b), "Appropriateness of hospital care for immigrants in Rome, Italy", in Atti del *10th Annual EUPHA Meeting*, Dresden, volume 12 number 4, December.

Spinelli A., Baglio G., Donati S., Grandolfo M., Andreozzi S., Geraci S., Baljozovic V., Scassellati G., Ciminelli P., Pollastrini L., Marzano P. (1998) "Gravidanza, parto, puerperio: una ricerca su donne immigrate", *Atti del convegno "Immigrati e salute sessuale riproduttiva: le risposte dei servizi"*, 26-27 novembre 1998, Milano, UICEMP.

Spinelli A., Grandolfo M., Donati S., Andreozzi S., Longhi C., Bucciarelli M., Baglio G. (2003a) "Assistenza alla nascita tra le donne immigrate", in Morrone A., Spinelli A., Geraci S., Toma L., Andreozzi S., *Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze*, Rapporti ISTISAN 03/4 2003.

Spinelli A, Grandolfo M, Donati S, Andreozzi S, Longhi C, Bucciarelli M, Baglio G. (2003b) "Gravidanza e parto tra le donne immigrate a Roma", in Bedetti C., Geraci S., Guerra R. *Salute senza esclusione: impegno internazionale ed esperienze locali*, Rapporti ISTISAN 03/6.

Presentazione della rilevazione dei servizi di assistenza sanitaria agli stranieri nel territorio del Comune di Roma

Chiara Mellina
Istituto Italiano di Medicina Sociale – Laboratorio di Scienze Sociali

L'indirizzario sui servizi di assistenza sanitaria per stranieri nel territorio di Roma nasce nell'ambito del progetto dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale: "Rilevamento e analisi dei fattori di esclusione sociale ed identificazione di interventi mirati alla integrazione socioculturale e sanitaria degli immigrati".

La fase preliminare è stata avviata all'inizio del 2003 e ha contemplato, oltre ad un'indagine di sfondo sul fenomeno immigratorio e le problematiche in ambito sanitario a Roma, una rilevazione degli ambulatori per immigrati presenti nella città. Si tratta di un *work in progress*, pertanto interessato a contributi e collaborazioni.

Nella fase preliminare della ricerca si è resa necessaria una rilevazione degli ambulatori e dei servizi medico sanitari (sia pubblici che del privato sociale e volontariato) rivolti agli stranieri e in particolare modo ai cittadini Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) nel territorio italiano non iscritti al SSN.

Tanto per orientarsi in un campo in cui, ancor oggi, non è mai sufficientemente chiaro dove finisca il *sanitario*, dove inizi il *sociale* e dove si stringano i cordoni della borsa dell'*economico* (campi che dovrebbero essere inscindibili in quanto la salute ormai si definisce in termini di attese di vita e dunque di risorse) è risultata utile una ricognizione sul campo con tanto di verifica di indirizzi, numeri telefonici, orari di accesso al pubblico, visibilità del Servizio.

Dato che per l'assistenza sanitaria agli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano richiesto il rinnovo del permesso di soggiorno in Italia, è prevista parità di trattamento erogato ai cittadini italiani, per ciò che riguarda la ricognizione dei servizi sanitari erogati agli stranieri in ambito pubblico si è soffermata particolarmente l'attenzione sulle strutture dedicate agli STP. Lungi da intenti discriminatori, ma solo per verificare la corrispondenza degli enunciati di principio alle realtà di fatto.

In generale, l'indagine è stata circoscritta ai soli ambulatori dedicati o che presentano un'elevata utenza di immigrati[1].

---

[1] Per quanto riguarda il più ampio panorama dei servizi accessibili agli immigrati nella città, esistono diverse guide ed indirizzari, tra cui la *Guida ai Servizi Sociali e Sanitari a Roma*, molto det-

La rilevazione dei servizi di assistenza sanitaria agli immigrati nel territorio di Roma è stato lo strumento indispensabile per approfondire la conoscenza degli interventi nel settore, per identificare gli attori dell'intervento e per procedere con le interviste in profondità ai testimoni privilegiati.

Le difficoltà incontrate nel cercare di fare ordine tra tante informazioni non sono state poche. Si tratta infatti di realtà dinamiche che mutano continuamente.

Nel corso della rilevazione gli operatori sanitari contattati e gli stessi stranieri richiedenti prestazioni socio-sanitarie hanno dimostrato grande curiosità e interesse per il nostro lavoro. Si è pensato dunque di allargare la prospettiva di applicazione dell'indagine, facendola diventare immediatamente uno strumento operativo attraverso la più ampia diffusione dell'indirizzario[2].

I destinatari ideali di tale informazione sono gli immigrati e gli operatori dei servizi socio-sanitari, ma anche i cittadini informati di tale iniziativa dovrebbero far parte di una pedagogia della salute collettiva.

Il lavoro di mappatura preliminare dei servizi ha tre applicazioni di prospettiva:

- la ricerca sociale, sanitaria, antropologica ed economica dello stato sociale di un paese avanzato;
- formazione e aggiornamento continuo degli operatori socio-sanitari sia pubblici che del privato sociale;
- stranieri: riconoscimento di identità culturali, linguistiche, religiose nella prospettiva di una cultura meticcia.

Come si è accennato, la rilevazione ha focalizzato gli ambulatori e servizi socio-sanitari esistenti sia presso strutture pubbliche del SSN (ASL nelle varie articolazioni territoriali dei distretti e dei Presidi Ospedalieri, Aziende Autonome Ospedaliere, Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico, Policlinici Universitari), sia ambulatori e servizi socio-sanitari del privato sociale e volontariato (strutture che abbiano maturato esperienza nell'ambito dell'immigrazione).

In particolare, riguardo al servizio pubblico sono state evidenziate dettagliatamente:

1. strutture che rilasciano i tesserini STP;
2. ambulatori di prima accoglienza per STP:
   a) poliambulatori distrettuali, ospedalieri e universitari, gestiti da personale dipendente;
   b) DEA ospedalieri (Dipartimento di Emergenza Pronto Soccorso, Accettazione) per le urgenze e servizi per maternità;
   c) strutture del volontariato e privato sociale che abbiano maturato esperien-

---

tagliata e aggiornata, pubblicata dalla Caritas Diocesana di Roma. Di particolare interesse sono anche le informazioni riscontrabili nel sito istituzionale del Comune di Roma e nelle pagine web della Regione Lazio.

[2] L'elenco dei servizi è pubblicato in *www.iims.it*, nella pagina dedicata al relativo progetto di ricerca.

za nell'ambito dell'immigrazione, con le quali le ASL abbiano stipulato convenzioni e protocolli d'intesa.

Riguardo ai Consultori famigliari, SERT e DSM, per i quali è previsto l'accesso diretto, dato che gli STP hanno pari diritti dei cittadini italiani regolarmente iscritti al SSN, sono stati presi in considerazione solo quelli con progetti di interventi mirati e strategie d'integrazione sociale diretta agli immigrati. Tutti gli altri presidi pubblici che prevedono lo stesso trattamento dei cittadini iscritti al SSN, sono stati tralasciati rimandando ai loro siti web, fatta eccezione, anche in questo caso, per quelli che, pur non essendo dedicati, hanno un consistente flusso di immigrati e quindi esperienza in campo di medicina delle migrazioni.

Per ognuna delle cinque ASL romane e per le Aziende Ospedaliere, a completamento delle informazioni, sono stati riportati gli indirizzi dei siti web nei quali sono reperibili le ulteriori informazioni.

Per ciò che riguarda le strutture del privato sociale e volontariato la scelta è stata orientata, come si è detto, verso le associazioni che offrono servizi medici ambulatoriali specificatamente agli utenti stranieri o che hanno comunque un'elevata utenza immigrata. Le prestazioni mediche delle strutture del privato sociale, infatti, non sempre sono rivolte ai soli STP, ma anche ad altre categorie di utenti come stranieri, richiedenti asilo, rifugiati, indigenti, senza fissa dimora, marginali, drop out.

Sarà bene tener presente che si tratta di informazioni di carattere generale (indirizzo, orari di apertura al pubblico, prestazioni...) che, data la materia, devono essere costantemente aggiornate.

Si tratta di un settore molto dinamico. L'esistenza di queste strutture dipende, infatti, da vari fattori: normative, fondi, progetti, sperimentazione, volontariato, finanziamenti, oltre che dalla buona volontà, dalla grinta e dalla determinazione di alcuni operatori del settore, sia nel privato che nel pubblico.

Breve analisi delle differenti logiche di intervento e delle criticità emerse nella indagine preliminare del progetto di Ricerca-Azione Partecipata dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale

Maria Paola Volpini
Istituto Italiano di Medicina Sociale

Il presente intervento verterà su quanto emerso da alcune interviste che l'équipe di ricerca ha avuto con operatori sanitari e socio-sanitari delle ASL romane, di strutture del volontariato e del privato sociale[1].

Alcune di esse hanno iniziato ad operare nell'ambito dei servizi socio-sanitari agli immigrati sin dagli anni '80, svolgendo un grande lavoro di ricerca, di approfondimento ed elaborazione dei problemi connessi al deciso incremento, verificatosi in questi ultimi anni, della presenza di immigrati nel nostro Paese. Infatti, oltre che per l'attività clinica svolta in favore delle categorie emarginate e in particolare degli immigrati irregolari, esse si sono impegnate anche sul piano della proposta politica e della programmazione, svolgendo un ruolo di promozione di un'azione di stimolo nei confronti delle istituzioni, che ha avuto come esito l'allargamento del diritto alla salute agli immigrati non regolari.

In particolare nel volontariato e nel privato sociale sin dall'inizio è stata avvertita l'esigenza di associare in modo programmatico all'opera di assistenza, l'attività di studio, formazione e promozione dei diritti. Ciò all'interno di una logica di cittadinanza propria del principio di sussidiarietà orizzontale, che negli ultimi anni si è sempre più imposto anche nella programmazione del Servizio Sanitario Nazionale che, per mezzo del Piano Sanitario Nazionale**,** si è fatto promotore di un "patto di solidarietà per la salute" che «responsabilizza le istituzioni, i cittadini, gli operatori sanitari, le organizzazioni di volontariato, impegnandoli a ricercare un terreno di collaborazione per la tutela della salute (…) *promuovendo* l'assunzione da parte di tutti i cittadini di una responsabilità personale diretta e consapevole (…) in termini di diritti così come di doveri, avvalendosi di tutti gli organismi di partecipazione e concertazione utili per una gestione territoriale della salute»[2].

Il Piano Sanitario Regionale, a sua volta, ha assunto e dovrebbe sviluppare

[1] Per il quadro complessivo delle interviste effettuate si veda su questo volume la relazione di A. Todisco, par. 4 (III Workshop).
[2] Piano Sanitario Nazionale (1998-2000).

tale "patto di solidarietà per la salute" attraverso la ricerca della collaborazione tra tutti i soggetti interessati. Nel Lazio opera in vista della sua attuazione il Gruppo Regionale Immigrazione e Salute (GRIS), di cui fanno parte operatori del settore socio-sanitario afferenti al pubblico, al volontariato ed al privato-sociale.

A fronte delle dichiarazioni di principio, in realtà una delle prime questioni emerse nella fase preliminare della ricerca, riguarda un panorama costituito dalle diverse soluzioni che, all'interno del quadro legislativo di riferimento, ogni azienda sanitaria ha elaborato per garantire l'offerta di servizi sanitari per gli immigrati. Appare qui evidente, a livello d'intervento, una logica di organizzazione dal basso, dipendente, più che da una politica impostata a livello regionale o locale, dalla sensibilità personale dei singoli operatori e dalla loro capacità di promuovere reti di relazioni informali con gli altri operatori presenti all'interno dei differenti servizi sia della medesima ASL, che del Comune, come pure convenzioni con le associazioni di volontariato, in vista dell'offerta di un servizio che è insieme sanitario e sociale.

Inoltre se è vero che esistono consolidate relazioni, alcune formalizzate con convenzioni tra ASL e le associazioni di volontariato e del privato sociale, tra alcuni operatori del servizio pubblico è avvertito il disagio legato al fatto che l'offerta di servizi sanitari non sia sufficientemente garantita sul territorio dalle stesse strutture pubbliche territoriali. D'altro canto anche in tale ambito i servizi sanitari per gli immigrati molto spesso vivono grazie al volontariato, come nel caso dell'Istituto San Gallicano o del poliambulatorio del Policlinico Umberto I.

Vi è poi la questione inerente al fatto che, generalmente, l'accesso ai servizi sanitari è stato sufficientemente garantito in particolare laddove alcune strutture si sono organizzate, più o meno formalmente, in modo dedicato. La promozione di servizi "dedicati" è vissuta, anche tra gli stessi operatori, con qualche perplessità, in quanto vi è il timore che tale impostazione del servizio possa accentuare ulteriormente la discriminazione tra utenti stranieri ed italiani. Così, in qualche caso, si è scelto di non ricorrere a servizi dedicati, che oltre a poter essere percepiti come ghettizzanti, possono determinare una ricaduta negativa a livello della promozione della comunicazione e del dialogo interculturale ai vari livelli del sistema sanitario. Infatti, vi è la convinzione che, perché si faccia strada una cultura dell'accoglienza, occorra lavorare sul piano della formazione e della sensibilizzazione del personale sia amministrativo che medico e paramedico.

Così in alcune strutture pubbliche e del privato sociale, oltre ad un notevole impegno di risorse nella ricerca, è stata prestata una grande attenzione alla promozione di una effettiva ricaduta sociale di tale bagaglio di conoscenze scientifiche e quindi alla formazione.

Anche in quest'ambito troviamo una molteplicità di proposte formative di grande interesse scientifico, chiaramente caratterizzate dall'iniziativa, dalla sensibilità e dalla levatura culturale delle persone coinvolte a vario livello nelle singole strutture.

Ad esempio, la Comunità di S. Egidio e l'Istituto S. Gallicano promuovono

dei corsi di formazione per mediatori culturali; quest'ultimo, che essendo un I.R.C.S., vive anche grazie ai fondi per la ricerca universitaria, oltre ad aver attivato un consultorio medico-antropologico, organizza un Master di medicina delle migrazioni.

Un'altra struttura pubblica, la ASL RMC, dal luglio 1997, ha attivato un "Progetto di Mediazione linguistico - culturale per la popolazione straniera immigrata, rifugiata e nomade". Si tratta di un progetto sperimentale finanziato dal Comune di Roma che ha trovato applicazione all'interno delle strutture socio- sanitarie sia ospedaliere che territoriali.

Anche la Caritas è molto impegnata nell'attività di ricerca e formazione, ma con un approccio differente, soprattutto per ciò che riguarda la mediazione culturale che viene mantenuta, attraverso corsi di formazione a tutti gli operatori, nell'ambito delle competenze da acquisire direttamente da parte del personale medico e paramedico. La Caritas si occupa anche di formazione degli operatori sanitari al di fuori della propria struttura.

Ci troviamo dunque di fronte a varie modalità di soluzione di un problema di base: la difficoltà di accesso e fruibilità dei servizi sanitari da parte degli immigrati.

Nei colloqui, da parte degli operatori, è stata sottolineata l'esigenza di un servizio non solo sanitario, ma socio-sanitario. Un servizio che assuma su di sé anche le funzioni di orientamento ed accompagnamento, ciò per via della complessità del sistema sanitario, la cui specificità dei codici culturali (a livello giuridico e amministrativo) ne rende altrimenti difficoltoso l'accesso e la fruibilità. Ciò al di là della distinzione tra stranieri e italiani, ma tra fasce della popolazione garantite e fasce non garantite, sia culturalmente che economicamente.

Vi è inoltre da rilevare un problema emergente che mette ben in rilievo la necessità di approfondire tutti gli aspetti critici inerenti la garanzia della parità di diritti, nell'accesso e nella fruizione dei servizi socio sanitari, e di tutela della salute dei cittadini immigrati; negli ultimi anni, infatti, si sta sempre più ponendo un problema legato all'assistenza degli immigrati di prima generazione, connesso alla loro età avanzata, che, come nel caso dei loro coetanei italiani, li rende bisognosi di particolari cure e di sostegno a livello di assistenza sia sociale che sanitaria.

A tali difficoltà si vanno ad aggiungere alcune situazioni di relativa mancanza di organizzazione dei servizi dovuta anche a reali dislivelli di competenze culturali tra gli operatori del sistema sanitario. Nel quadro delle interviste è emerso che in risposta a tali difficoltà, ampi ambiti della società civile italiana e straniera, individuano prioritariamente la necessità di promozione di un dialogo interculturale. La mediazione culturale è uno degli strumenti specifici elaborati per rispondere, nelle varie sedi in cui si erogano servizi ai cittadini, a tali problemi di comunicazione.

Credo per ciò che, nell'ambito di questa ricerca, sia importante focalizzare l'attenzione, oltre che sui temi propri dell'antropologia medica, all'insieme delle

relazioni sociali ed istituzionali che determinano le condizioni di accesso e fruibilità dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata. In quanto è evidente come in tali relazioni si esprimano i contenuti socio-culturali, le criticità, le possibili conflittualità più o meno latenti dei gruppi sociali che vi partecipano e che determinano l'efficacia del sistema stesso.

In particolare sembra necessario analizzare la specificità delle categorie "straniero", "immigrato", "extracomunitario", la cui percezione individuale è collegata alle rappresentazioni che ne vengono elaborate a livello sociale e politico. Credo, infatti, che sia da considerare che, in una realtà come la nostra, lo "straniero" come tale si inserisce all'interno di un sistema di relazioni già estremamente complesso, formato da soggetti sociali che si autodefiniscono, sviluppando alcuni aspetti della propria identità individuale e collettiva, in rapporto di contrapposizione dialettica tra loro. Ad esempio è emerso che, nell'ambito della definizione del sé culturale, all'interno dei diversi ambiti sociali, possono prodursi atteggiamenti di rifiuto di alcuni aspetti di valori, come l'accoglienza, in quanto percepiti come connotativi di altri ambiti socio-culturali con i quali vi è una relazione di conflittualità, quindi "altro da sé". All'interno di queste dinamiche di relazione e comunicazione, interne al contesto della società romana e nazionale, possono quindi manifestarsi quei fenomeni di discriminazione che, come emerso dai colloqui con gli operatori, possono esprimersi anche a livello istituzionale, attraverso interpretazioni restrittive della legge o una mancata circolazione delle informazioni, tramite delibere, circolari, all'interno del sistema dei servizi sanitari sul territorio. A tale proposito, nei colloqui con gli operatori più attenti ed impegnati nella promozione dei diritti anche in sede istituzionale, è inoltre emerso come l'ultima legge sull'immigrazione, la Bossi- Fini, abbia introdotto un fattore di grave rischio per la tutela della salute degli immigrati, ancorché "regolari", ossia lavoratori con regolare permesso di soggiorno, in quanto prevede che tutti i diritti acquisiti con la regolarizzazione del rapporto di lavoro vengano automaticamente a decadere nel momento in cui il cittadino straniero si trovi ad aver perso il lavoro ed a rimanere disoccupato per un periodo superiore ai sei mesi. Tale norma ha prodotto effetti sia diretti che indiretti sull'effettivo diritto alla tutela della salute dell'immigrato; quello diretto si configura chiaramente nel momento in cui da cittadino iscritto al SSN, esso si trova nuovamente a poter accedere solo ai servizi garantiti agli STP[3], ma l'altro grave effetto sulle sue possibilità di tutela della propria salute è prodotto dalla condizione ricattabile nella quale tale norma lo pone nei confronti del proprio datore di lavoro. Abbiamo visto come la possibilità di attuare un percorso di prevenzione sia reso difficile, oltre che da aspetti di carattere culturale, proprio dalle condizioni di lavoro in cui generalmente vengono a trovarsi i lavoratori stranieri, i quali hanno sovente difficoltà a richiedere ai propri datori di lavoro dei permes-

[3] Stranieri Temporaneamente Presenti.

si per effettuare delle visite anche in caso di stato di malattia, figuriamoci in caso di controlli di routine, essenziali per quanto concerne un progetto di prevenzione oltre che di cura.

Appare qui evidente come sia essenziale un ripensamento di tale norma al fine di garantire le condizioni di diritto minime ai cittadini stranieri regolarmente presenti in Italia. E si chiarisce dunque bene quale possa essere l'apporto dell'antropologia nell'ambito di questa ricerca, data l'evidente necessità di un approfondimento delle dinamiche culturali di definizione delle identità sociopolitiche che hanno prodotto l'elaborazione di tale quadro normativo; esse sembrano essere un risultato delle attuali tensioni legate al fenomeno dei nomadismi contemporanei[4] che, ponendo gli individui e i gruppi di emigranti in una condizione di de-territorializzazione produce nuove riterritorializzazioni[5], producendo una discontinuità nella percezione tradizionale dei *luoghi*[6] e dell'identità dei gruppi sociali presenti nei contesti sociali ospitanti. La dialettica *noi/altri* viene così ad essere condizionata dagli effetti delle criticità connesse alle attuali forme di globalizzazione, che sembrano produrre processi identitari sempre più caratterizzati dal fondamentalismo per cui, secondo Bhabha, «si individua un mondo interdipendente a causa dei processi globali che tuttavia continua a produrre localismi esasperati, valorizzazioni di comunità etniche che sembrano sfidare le più ampie unità politiche in cui sono incorporate, rivendicando per se stesse diritti e riconoscimenti propri di nazioni e di stati; la riscoperta di "radici" e di storie che non solo minacciano le nuove unità transnazionali, ma le stesse unità nazionali degli ultimi secoli»[7]. Interessante è vedere come, nel momento in cui l'antropologia ha sottoposto a critica la visione culturalista della società, a livello sociale si assiste a quello che Amselle definisce «il paradosso della mondializzazione attuale… che, lungi dal rendere le identità fluide, le ricolloca e le irrigidisce al punto da far loro assumere la forma di fondamentalismi etnici, nazionali e religiosi»[8] In tal senso assistiamo al sorgere di nuove identità collettive; ad esempio, seguendo l'assunto di Assmann per cui «le società hanno bisogno del loro passato in primo luogo ai fini della loro autodefinizione»[9], possiamo comprendere il caso italiano dell'elaborazione mitica dell'identità "padana", propria di questi ultimi due decenni, che pretendendo di fondarsi sul *vero storico* ricostruisce una storia del popolo padano funzionale, ad alcuni gruppi della variegata realtà socio-culturale presente nel nord Italia, ad attribuire *valore* a ciò che si pretende far riferimento a tale identità, ciò in una logica di autoedificazione identitaria che si realizza in contrapposizione a ogni alterità, al fine di promuovere interessi specifici propri dell'attualità storica, riuscendo ad esprimere tali istanze

[4] M. Callari Galli, 2003.
[5] Inda e Rosaldo, 2002.
[6] Cfr. M. Augè, 1993, 1995.
[7] H. Bhabha, 1997.
[8] J. L Amselle, 2001, p. 42.
[9] J. Assmann, 1997 (1992), p.101.

anche a livello politico. Ma, come sottolinea Aime, «l'affermare che molte forme di identità collettive sono prive di fondamenti storici reali… può avere un valore epistemologico, ma non ne attenua gli effetti pratici»[10] e «dunque ciò su cui occorre soffermarci non è tanto l'identità come categoria mentale, quanto la pratica che ne consegue»[11], ossia il *senso* che *l'uso* di tali categorie identitarie, di volta in volta, esprime all'interno di determinati contesti storico-sociali.

Ma i nomadismi contemporanei sono solo uno degli aspetti della mondializzazione; nel contesto attuale dei servizi socio-sanitari si avverte chiaramente come l'articolazione transnazionale dell'economia si rifletta anche sulle politiche sociali e sanitarie attraverso il tentativo da parte di alcuni di creare le condizioni per uno svuotamento dei sistemi sanitari pubblici in favore di una privatizzazione dei servizi sanitari, promovendo il passaggio da una concezione della salute come *diritto* ad una concezione della salute come *bene*. Tale slittamento di senso non sarebbe chiaramente privo di conseguenze sul piano economico e della salute dei cittadini, comunitari e non. Nella politica sociale e sanitaria del nostro paese tali tendenze sono avvertibili al punto da arrivare a creare oggi alcune situazioni di tensione e sospetto tra i soggetti operanti nell'ambito del SSN e le realtà delle strutture socio-sanitarie e di accoglienza istituite, nell'ambito del volontariato e del privato sociale, da soggetti della società civile con i quali storicamente, invece, si è sviluppata una efficace collaborazione, anche attraverso l'istituzione di protocolli d'intesa finalizzati allo sviluppo dell'efficienza dei servizi sanitari nell'ottica di quella sussidiarietà orizzontale che punta al rafforzamento del sistema di sanità pubblica attraverso forme attive di partecipazione e concertazione sociale. Se negli ultimi anni, a fronte dei tagli alle spese sanitarie del SSN, alcuni finanziamenti a rilevanti soggetti del terzo settore sono apparsi come un tentativo di svuotamento dello stesso in vista di una ghettizzazione del servizio pubblico e della creazione di uno spazio, nell'ambito dell'utenza rappresentata dai cittadini con un reddito medio-alto, per la sanità privata e quindi per le assicurazioni sanitarie, non sembra emergere una effettiva possibilità che le realtà del volontariato e del privato sociale possano accettare di divenire strumenti di tale processo di depauperamento del SSN; in ogni caso la crisi dei sistemi di *Welfare* è avvertibile in tutta Europa e rappresenta un evidente esempio della complessità dell'articolazione dei rapporti tra le politiche degli stati nazionali e le realtà economiche che muovono, pur non essendo gli unici attori in campo, in maniera determinante i processi di globalizzazione economica e culturale. Realtà economiche che se da una parte trovano la loro espressione istituzionale nell'Organizzazione Mondiale del Commercio (WTO) - il quale tra l'altro è l'unico organismo internazionale ad avere un effettivo potere coercitivo nei confronti degli stati nazionali, benché le decisioni dei suoi tribunali manchino della necessaria trasparenza e indipendenza degli organi giudicanti - dall'altra opera-

[10] M . Aime, nella presentazione del libro di J. L Amselle, 1999.
[11] *Ivi.*

no sia con azioni di lobby, sia attraverso l'elaborazione di nuovi modelli di riferimento culturali, tendenti a promuovere le condizioni per l'affermazione dei propri interessi, veicolati attraverso un attento e capillare uso dei media.

Ed è a questi diversi livelli di comunicazione e relazione che la nostra analisi deve porre attenzione, dalle pratiche di interazione sociale locali alle loro connessioni con le altre realtà sociali, istituzionali, politiche e di comunicazione - penso ad esempio al ruolo dei *media* ed alla loro capacità di promuovere la definizione di griglie interpretative che preludono a orizzonti di senso funzionali all'affermazione di interessi particolari - che sono alla base dello sviluppo delle pratiche di interazione sociale dei diversi soggetti che si relazionano poi a livello locale nel complesso quadro delle società contemporanee, all'interno del quale si inserisce il contesto specifico dei servizi socio-sanitari del Comune di Roma.

Riferimenti bibliografici

Amselle, J. L., 1999 (1990) *Logiche meticce*, Bollati Boringhieri,Torino.

Amselle, J. L., 2001, *Connessioni*, Bollati Boringhieri,Torino.

Appadurai, A., 2001 (1996) *Modernità in polvere*, Meltemi, Roma.

Assmann, J., 1997 (1992) *La memoria culturale, scrittura. Ricordo e identità politica nelle grandi civiltà antiche*, Einaudi, Torino.

Augé, M., 1993 (1992), *Nonluoghi*, Elèuthera, Milano

Augé, M., 1995 (1994) *Il senso degli altri*, Anabasi, Milano.

Bhabha, H., 1997, *Nazione e narrazione*, Meltemi, Roma

Bhabha, H., 2001 (1994), *I luoghi della cultura*, Meltemi, Roma.

Callari Galli, M., 2003, *Nomadismi contemporanei*, Guaraldi, Rimini.

Geraci, S., 2001 (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*, n. 13.

Inda J.X. e Rosaldo R., 2002 *The Anthropology of Globalization* (a cura di), Blackwell pub. Malden.

Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.

Piano Sanitario Regionale - Regione Lazio 1999-2001.

Cultura, salute, immigrazione

Gioia Di Cristofaro Longo
Titolare Cattedra di Antropologia Culturale, Facoltà di Sociologia, Università "La Sapienza"

1. Rapporto cultura e immigrazione

L'immigrazione è un fenomeno sociale, economico e culturale che mette più culture a confronto in posizione, per così dire, asimmetrica. La posizione, infatti, del paese di accoglienza è senz'altro più forte: è l'espressione di un potere che costringe l'immigrato in una situazione svantaggiata che, però, non cancella assolutamente la realtà di un incontro/confronto, che più spesso è uno scontro tra due differenti culture.

Alla base dello scontro c'è senz'altro l'incomprensione culturale, che parte proprio dal rifiuto, più o meno consapevole, del punto di vista dell'altro.

Proprio l'assunzione dell'esistenza di diversi punti di vista, di diverse posizioni di osservazione consente di fare i conti con i problemi collegati all'identità culturale.

Tra cultura, salute e immigrazione esiste uno strettissimo rapporto. Alcune precisazioni, dunque, sul piano teorico consentiranno meglio di inquadrare questa realtà che vede due soggettività, a livello individuale e collettivo, interagire e legarsi in un rapporto reciproco.

Ogni persona è parte di una cultura. Possiamo, anzi, affermare, che la cultura è essa stessa elemento distintivo delle persone: non c'è cultura senza persona, così come non c'è persona senza cultura. Se l'intelligenza, sotto certi aspetti e con le dovute differenze, è comune anche agli animali, la cultura, invece, è tratto peculiare ed essenziale degli esseri umani.

In termini molto sintetici, "cultura" può essere definita il modo di pensare, sentire, agire proprio di ogni persona facente parte di un determinato gruppo. Senza nulla togliere all'unicità e originalità della persona, bisogna al tempo stesso tenere presente che non esiste individuo che non sia inserito in un determinato gruppo, più o meno ampio, che ne definisce l'esistenza socio-culturale.

In termini più analitici, cultura può essere definito un complesso di valori, aspirazioni, atteggiamenti, orientamenti, nei confronti del quale si forma e si con-

solida un consenso per cui vengono prodotti attività, modi e tecniche di soluzione, strumenti di diffusione che gli appartenenti a un determinato gruppo, società percepiscono come ottimali e, quindi, degni di essere perseguiti. Kroeber definisce la cultura *superorganica*[1]. Più precisamente egli afferma che la cultura è "sia superindividuale, sia superorganica". E' interessante ripercorrere le motivazioni che spingono Kroeber ad attribuire queste caratteristiche alla cultura. Egli, infatti, precisa che superorganico non significa "non organico", indipendente, cioè, dalla vita organica; vuol dire semplicemente che la "cultura che ci troviamo di fronte è qualcosa che è organica, ma che è anche qualcosa che è più di organica, se vogliamo comprenderla pienamente". Kroeber identifica il "più" della cultura in alcune sue proprietà quali la possibilità di essere trasmessa, la capacità di variare enormemente, di crescere, di avere standard di valori e influenza su oggetti in termini differenziati. In breve, conclude Kroeber, "la cultura è superorganica e superindividuale in quanto benché portata e prodotta da individui organici è, però, acquisita per apprendimento".

Il contenuto della cultura viene trasmesso da un individuo all'altro e non è un patrimonio innato. La caratteristica, infatti, di ogni gruppo umano è quella di ereditare un patrimonio culturale rispetto al quale si rapporta in termini di originalità, dinamicità, processualità, interdipendenza, reciprocità.

a) Originalità. Ogni soggetto è unico, sia sotto il profilo biologico che culturale, aspetti inscindibili in ogni momento della sua esistenza. La sua interazione con la comunità di appartenenza lo porta ad avere caratteristiche comuni ad altri, quella che Ralph Linton chiama *personalità di base*[2], la matrice culturale, cioè, condivisa dagli appartenenti ad un certo gruppo; ma la sua personalità culturale complessiva sarà il risultato creativo, assolutamente personale e irrepetibile, delle sue azioni e reazioni all'ambiente in cui vive, agli eventi auto ed etero-diretti che segnano la sua esperienza.

b) Dinamicità. La cultura agita dal soggetto, che è sempre in divenire sia nel pensiero che nelle azioni, è anch'essa un divenire, legata, cioè, a mutamenti che il soggetto vive quotidianamente.

c) Processualità. E' un aspetto correlato alla dinamicità. Le modalità con le quali si esplica la dinamicità rimandano alla complessità delle interazioni e interrelazioni esistenti tra soggetti presi sia singolarmente che in gruppi più o meno estesi. Relazioni che danno luogo a processi culturali secondo i quali si elaborano ed organizzano gli elementi caratterizzanti l'identità stessa.

d) Interdipendenza. E' l'elemento che caratterizza ogni tipo di relazione e ne

[1] Cfr. A.L. Kroeber (1983).
[2] Cfr. R. Linton (1945).

descrive i livelli di interazione. Ogni identità, infatti, stabilisce un rapporto ineliminabile con *l'alterità*, intesa sia a livello individuale che collettivo.

e) Reciprocità. All'interno dell'interdipendenza si stabiliscono rapporti *reciproci*. La reciprocità, infatti, coglie l'interdipendenza partendo dall'esplicitazione del punto di vista, dalla prospettiva dalla quale si conduce l'analisi e, insieme, i suoi riflessi complementari nei soggetti e da parte dei soggetti che interagiscono nella stessa relazione reciproca.

L'aspetto peculiare da tenere in considerazione è che nella relazione interdipendente e reciproca i soggetti, pur riferendosi a una medesima situazione, la interpretano con orientamenti e comportamenti diversi, come diversi sono i mondi culturali, gli interessi e i punti di vista che rappresentano, pur nella convergenza del rapporto che li vede legati ed interagenti.

Proprio la caratteristica della reciprocità può aiutare a formulare in termini corretti il rapporto identità-cultura. Se, come si è detto, non esiste persona senza cultura e viceversa, appare evidente come, riferendosi alla cultura, la cultura attraverso la quale i songoli soggetti formulano le proprie scelte e orientano i propri comportamenti coincida con la loro identità culturale, con l'apparato, cioè, simbolico, normativo e strumentale attraverso il quale essi si collocano in un determinato contesto culturale caratterizzato nel tempo e nello spazio.

L'identità culturale, in sostanza, è la forma che la cultura assume nella concretezza storica del singolo soggetto.

L'oblio della dimensione della cultura nelle analisi segna una mancanza centrale: dal dato psicologico individuale, si passa alla considerazione socio-politica collettiva saltando un anello centrale per la comprensione dei fatti umani: una dimensione al contempo personale e collettiva.

Non c'è dubbio che il fenomeno delle migrazioni sia uno dei più potenti fattori di acculturazione. L'impatto tra due culture, anzi tra più culture come si verifica nei paesi di immigrazione provoca senz'altro delle trasformazioni culturali caratterizzate spesso da situazioni di incertezza culturale, conflitti, irrigidimenti, contraddizioni, disorientamenti, alle quali si fa fronte attraverso strategie più o meno riuscite di mediazioni culturali che spesso falliscono nel loro intento, proprio per la mancanza di alcune fondamentali consapevolezze legate alla conoscenza dei meccanismi di comunicazione e di formazione dei processi culturali.

Accenniamo ad alcune:

a) non si ha consapevolezza, ad esempio, che sotto la parola immigrati si nasconde una realtà segnata da differenze maggiori che tra un singolo gruppo di immigrati ed i nativi;
b) il paese di accoglienza pensa di potersi collocare in un atteggiamento di "neutralità" ed "estraneità" rispetto alla vicenda migratoria come a dire: "è una realtà che tocca gli altri". Non si colgono, infatti, gli elementi di interdipendenza sia a livello macroculturale, sia a livello microculturale;

c) sfugge che la molteplicità di culture presenti si concretizza in un pluralismo culturale che è una delle caratteristiche salienti della nostra realtà globalmente intesa, favorita proprio dall'affermarsi sempre di più di una cultura planetaria che fa esistere e convivere, grazie anche ai mezzi di comunicazione di massa, realtà e dimensioni profondamente diverse. Tale pluralismo culturale non segna soltanto la differenza tra individuo e individuo, gruppo e gruppo, ma, proprio in considerazione della forte transizione culturale che attraversiamo, passa anche dentro la stessa persona che vive una sorta di pendolarismo culturale più o meno accentuato;
d) l'assenza di questa consapevolezza comporta l'incapacità di elaborare modelli interpretativi delle differenze, di cogliere, cioè, i sistemi di senso all'interno dei quali solo è possibile comprendere i comportamenti umani. Ciò con un duplice opposto rischio: quello di ignorare le differenze, oppure di ritenere che, per un corretto approccio interculturale, la cultura del paese di accoglienza debba conoscere ogni singola cultura.

Tale ultimo orientamento, anche se generoso e apparentemente democratico, si traduce in un'assurdità: se pensiamo, ad esempio, che a Roma sono presenti immigrati di 173 diverse nazionalità (11 di paesi dell'Unione Europea, 28 di altri paesi europei non presenti nell'Unione Europea, 46 dell'Asia, 48 dell'Africa, 31 dell'America Latina, 9 dell'Oceania) si comprende immediatamente come questo obiettivo sia irrealizzabile e, per fortuna, anche sbagliato.

2. Rapporto salute e immigrazione. La categoria del disagio culturale

Il problema del disagio culturale, assunto come categoria euristica autonoma, è particolarmente fertile per cogliere gli aspetti di carattere generale, legati a fenomeni culturali che, pur incidendo sui singoli soggetti sono, però, comuni a tutti coloro che si trovano a vivere una vicenda esistenziale simile.

Per disagio culturale[3] si intende fare riferimento alla realtà problematica e spesso conflittuale che si verifica in seguito all'impatto tra due culture a causa di fenomeni di migrazione. Tale realtà provoca disturbi culturali in senso antropologico che sarebbe un errore assimilare a disturbi di carattere psicologico.

Sotto questa prospettiva si profila l'opportunità di uno specifico ambito di antropologia medica che si fa carico dello studio della malattia inquadrandola nelle concezioni e rappresentazioni culturali generali in cui è inserita e che riguardano molteplici aspetti, da quelli ecologici e biologici a quelli sociali e culturali all'interno di un sistema di valori complessivo di riferimento.

Si tratta di un'analisi situazionale all'interno della quale tener conto, da una

[3] Cfr. G. Di Cristofaro Longo e A. Morrone (a cura di), (1994: 68).

parte, dei processi di adeguamento delle aspettative e dell'immaginario culturale dell'immigrato alla realtà incontrata nel paese di arrivo, dall'altra, dell'immaginario, altrettanto ricco sul piano simbolico, del paese che accoglie e che ha una visione sintetica, generica, omologata del migrante, così come in termini del tutto riduttivi e assimilati vengono percepiti i suoi tratti culturali.

Tralasciare tale dimensione culturale equivale ad "oscurare" una parte importante, "prima" in tutti i sensi, della personalità culturale di entrambi i soggetti che entrano in relazione nella vicenda migratoria, sia a livello singolo che collettivo, a scapito della possibilità di instaurare processi comunicativi positivi.

Per disturbo culturale[4] conseguentemente s'intende una situazione di disagio, più o meno forte, connessa ad una situazione ritenuta negativa dall'individuo o dal gruppo di cui fa parte perché contraria alle proprie aspettative/aspirazioni (lavoro, rapporti interpersonali, relazioni sociali, ecc.) e perché le condizioni di vivibilità sono notevolmente inferiori ad uno standard ritenuto minimo. E' improprio parlare in questi casi di disturbi psicologici o, quanto meno, è pericoloso far assorbire dall'ambito psicologico una realtà che *in primis* è prettamente culturale: il rischio è quello di nascondere nel dato individuale (il livello psicologico), il dato culturale che è fuori dell'individuo e che lo attraversa nel suo vissuto esistenziale creando inevitabilmente nell'individuo stesso un disagio che può e deve essere considerato *patologia culturale* con riferimento, quindi, alle condizioni di vita e di ambiente in cui la persona si trova ad agire e a reagire..

La comprensione dell'origine delle malattie, l'analisi delle motivazioni culturali soggettive alla base della loro insorgenza e le modificazioni avvenute nella percezione dell'evento patologico in seguito all'emigrazione, sono premesse necessarie per la ricerca di soluzioni adeguate per la cura e prevenzione di malattie nelle persone immigrate e che tendono inevitabilmente ad interagire con la popolazione residente.

L'impatto tra due culture diverse provoca, infatti, trasformazioni culturali significative, irrigidimenti, conflitti, incertezze, disorientamento da una parte, nuove conoscenze ed esperienze dall'altra, che sono il frutto di vere e proprie operazioni di "mediazioni culturali". Esse incidono sensibilmente sulle identità culturali che nel processo migratorio sono soggette a profonde modificazioni.

3. Una proposta: l'istituzione di un Consultorio medico-antropologico

La sfida che si propone da più di un decennio il Consultorio medico-antropologico presso l'Istituto ospedaliero S. Maria e S. Gallicano di Roma, nell'ambito del servizio di Medicina preventiva dell'immigrazione, in collaborazione con la Cattedra di Antropologia culturale della Facoltà di Sociologia

---

[4] *Ibidem*.

dell'Università di Roma "La Sapienza", è proprio quella di documentare *in medias res* la dimensione autonoma del disagio e dei conseguenti disturbi in termini culturali.

E', infatti, opportuno fare riferimento al significato socioculturale della sofferenza che non può prescindere da un'attenta analisi dei fenomeni sociali ed economici che sono alla base delle "condizioni in cui si costruiscono, si sviluppano, si modificano e si utilizzano i significati culturali"[5].

Tali significati riguardano le modalità di rappresentazione e le pratiche elaborate da una cultura per gestire sofferenze, malattie, angosce.

Nell'incontro interculturale tali rappresentazioni e relative pratiche non coincidono. La non esplicitazione di questa realtà è fonte di disagio culturale che è bene precisare non riguarda solo i "pazienti", ma anche i medici e la struttura sanitaria nel suo complesso, pur se diversi in termini di *potere* e relative conseguenze.

Il Consultorio si propone di favorire un incontro reale tra le culture che vengono in contatto, prendendo coscienza e sperimentando nel concreto un'esperienza bilaterale o multilaterale, complementare e reciproca che, come ogni realtà culturale, si caratterizza per la sua dinamicità e processualità.

Si tratta di assumere contemporaneamente la duplicità dei punti di vista, quello del paziente e quello dell'operatore sanitario cogliendo gli elementi di interazione in un contesto socialmente prodotto e culturalmente significativo. Per entrambi gli attori si può e si deve produrre un processo di rielaborazione sintetica delle esperienze vissute avendo consapevolezza che si attua sempre un processo di *reinterpretazione bilaterale*.

Dobbiamo ad Herskovitz il concetto di *reinterpretazione*[6], opportunamente ripreso da Roger Bastide nella sua analisi dell'acculturazione formale.

Tale processo deve essere inteso realmente in termini di reciprocità: si tratta, infatti, di reinterpretazione di realtà occidentali in termini di culture che chiameremo sinteticamente "altre" per indicare semplicemente che non sono occidentali e reinterpretazioni di realtà "altre" in termini di culture occidentali.

Questo processo di reinterpretazione ha riguardato innanzitutto il gruppo di ricercatori che ha dovuto fare i conti con prefigurazioni che non hanno trovato riscontro nella realtà.

Il Consultorio, inoltre, operando in una dimensione interdisciplinare dà conto dell'opportunità di una coesistenza di analisi sia di carattere biomedico, sia socioculturale che va ad integrare ed arricchire entrambi gli ambiti disciplinari. E' un tentativo di riportare ad unità ciò che in *laboratorio* viene studiato separatamente, pur riferendosi ad un soggetto unico, una donna o un uomo in carne ed ossa, con la propria storia, problemi, aspirazioni, desideri, progetti all'interno

---

[5] Cfr. E.L. Menéndez (1996: 111-134).
[6] Cfr., G. Di Cristofaro Longo-A. Morrone (a cura di), (1994:73).

della propria cultura di riferimento, sottoposto a un particolare stress culturale dovuto ai processi di cambiamento e adattamento che la vicenda migratoria comporta.

All'interno di questo quadro teorico generale alcune dimensioni assumono particolare rilievo:

La dimensione interculturale

La quotidianità di incontro con la popolazione straniera pone in termini inequivocabili l'esigenza di un passaggio da una visione multiculturale ad una concezione e relativa prassi interculturale.

Il multiculturalismo, infatti, si limita a presentare in termini puramente descrittivi un fenomeno complesso ed inedito quale quello dell'immigrazione. Il passaggio ad una concezione interculturale deve tradursi in una *cultura dell'intercultura* intendendo con tale denominazione quel *complesso di valori, orientamenti, atteggiamenti, e comportamenti ai quali ispirare le scelte individuali e collettive di soggetti appartenenti a culture diverse che convivono in una stessa comunità*.

L'intercultura indica, quindi, i termini di una gestione culturale di una realtà multiculturale evidenziandone direzione, opzioni e operatività.

La dimensione "glocale"

Il contatto culturale legato al fenomeno migratorio rappresenta una delle situazioni più evidenti in cui l'intreccio tra locale e globale non è solo questione teorica, ma si traduce in vissuti, esperienze, problemi specifici.

Attraverso l'attività presso il Consultorio si tocca con mano questa realtà. I colloqui con i singoli stranieri portano immediatamente in evidenza i processi culturali che toccano direttamente le singole vite in termini molto spesso drammatici e certamente non scelti e che contemporaneamente incidono nella vita del paese di "accoglienza".

In concreto viene riformulata la griglia interpretativa dell'evento malattia e si offrono nuove indicazioni su come affrontare la stessa. L'esigenza è di superare una segmentazione/frammentazione di elementi culturali che insistono su sistemi culturali diversi, ma che, nel concreto dell'esperienza, devono subire modificazioni e adattamenti in relazione alla nuova realtà. Il riconoscimento dell'essenziale funzione coordinatrice della cultura nell'ambito del rapporto salute-malattia entra in crisi nei casi di contatti tra culture diverse per cui si trovano ad interagire, senza un'adeguata preparazione e consapevolezza, stili di vita diversi, valutazioni, percezioni culturali delle singole patologie che vanno a modificare l'area delle attese e delle aspettative. Si pone, quindi, l'esigenza di una riorganizzazione della concezione culturale della malattia sia a fini terapeutici, sia di convivenza con essa nei casi più gravi. Si tratta di riformulare strutture di significato che connettano in termini nuovi saperi biomedici e saperi culturali.

Dimensione della reciprocità

La sfida che si propone il Consultorio è quella di assumere teoricamente e praticamente la coesistenza dei due punti di vista, delle due prospettive esistenziali che si incontrano in situazione, situazione che si pone per eccellenza in termini di mutamento essendo legata alla vicenda migratoria.

L'assunzione della dimensione della reciprocità costituisce, pur nella consapevolezza delle difficoltà legate all'innovazione metodologica, una fonte preziosa di superamento di genericità di conoscenza, atteggiamenti, più o meno consapevolmente pregiudiziali, consapevolezza dell'interazione delle realtà culturali espresse dai diversi attori e dei diversi *sfondi* che orientano i comportamenti dei medesimi.

L'esperienza ripetuta, alla fine, consegna una verità molto semplice, ma estremamente importante: l'incontro umano è sempre nuovo, è sempre unico, è sempre irrepetibile. Si fa esperienza concreta dei limiti e degli errori a cui può portare un atteggiamento più o meno consapevole che si fonda sul concetto del "già conosciuto". Anche quando le situazioni apparentemente possono sembrare uguali, la sensibilità del ricercatore, la sua capacità teorico-metodologica, accresciuta nell'esperienza, di attenzione e di ascolto nei confronti delle persone che si trova ad incontrare, gli farà capire sia gli elementi si similarità, sia gli elementi di assoluta novità legati all'unicità delle singole persone.

Il Consultorio si pone, dunque, come occasione - tempo e spazio - di conoscenza, scambio, comunicazione bilaterale, verbale e cinesica a livello individuale e inter-relazionale.

La riflessione sull'attività dei 6 anni di vita di Consultorio ci spinge a porre in termini molto chiari un aspetto, quello della *scelta di campo* che consiste nell'operare nell'ottica di una cultura dell'accoglienza. Tale cultura passa per tre direttrici fondamentali:

a) conoscenza: il primo presupposto è quello di avere consapevolezza che l'area conoscitiva si implementa ogni giorno in ogni momento. Un'attenzione, quindi, a cogliere tutti i segnali di novità, di specificità;
b) comunicazione: il passaggio dalla conoscenza alla comunicazione è essenziale e, in parte, inevitabile. Ciò che è da studiare ed approfondire sono le modalità più opportune e produttive attraverso le quali promuovere i canali comunicativi;
c) comprensione reciproca: è il risultato dei processi precedenti. L'aspetto che va curato è la socializzazione dei contenuti emersi.

L'esperienza di questi tre stadi nel rapporto reciproco ha consentito di svelare nel corso delle ricerche alcuni orientamenti che abbattono pregiudizi e stereotipi consolidati quali[7]:

[7] Cfr. G. Di Cristofaro Longo (1998: 155).

- gli immigrati non sono tutti uguali: esistono a volte, o spesso, più differenze tra loro che tra noi e loro;
- gli stranieri non portano malattie: si ammalano in Italia a causa di un disagio culturale legato a condizioni di stress o materiali di esistenza;
- hanno un'alta percentuale (65,9%) di istruzione universitaria tra cui il 26,9% risulta in possesso di laurea. L'incontro con alcune persone, laureate e specializzate, costrette all'emigrazione per motivi economici o politici, ha profondamente cambiato noi stessi: non è stato più un incontro "gentile" o dettato da "buone intenzioni", per cercare, nel caso specifico, di assicurare un diritto umano incedibile quale il diritto alla salute - diritto a molti immigrati negato - ma un'occasione preziosa nella quale capire processi e meccanismi che, man mano che aumentava la nostra comprensione degli stessi, ci faceva sentire gli immigrati sempre meno estranei, più vicini;
- gli stranieri hanno rapporti buoni con gli italiani per più della metà; soffrono di episodi di razzismo veri e propri e, inizialmente, sorpresa per noi, sono infastiditi anche da atteggiamenti che considerano immotivatamente "buoni" e che, coerentemente, avvertono come stigmatizzanti. Può esistere, infatti, un pericolo di razzismo dell'antirazzismo.
- Un'altra sorpresa: lo stesso straniero può vivere, a volte, una condizione di *straniero* a se stesso. Nella nuova situazione si trova ad elaborare una cultura nuova frutto di sincretismi, innesti, ibridazioni, rifunzionalizzazioni e riplasmazioni che rendono faticosa ed inedita la sua nuova vita quotidiana.

In questa prospettiva si profila l'opportunità di un'educazione permanente, interculturale che sviluppi nuovi saperi, nuovi atteggiamenti, abilità e attività, in una parola, nuova cultura nel senso di pensieri, sentimenti, azioni. Bisogna avere consapevolezza che l'apprendimento e lo sviluppo personale rappresentano dei "viaggi permanenti" nei quali entrambi i soggetti coinvolti nella vicenda migratoria debbono contestualizzarsi correttamente e sviluppare le ragioni della solidarietà al posto di quelle dell'indifferenza e della sordità culturale.

Il testo della *Carta d'intenti del Consultorio medico-antropologico* che si ritiene utile riportare è una testimonianza del processo delineato.

Testualmente si afferma:

« Presso l'Istituto Scientifico S. Maria e S. Gallicano di Roma (Servizio di Medicina Preventiva dell'Immigrazione), opera un'équipe di antropologi che si propone di individuare il rapporto tra disagio culturale ed insorgenza di patologie nella popolazione immigrata.

Attraverso migliaia di colloqui, interviste e osservazione partecipante a cittadini provenienti da diverse aree geografiche (Africa, Europa Centro Orientale, Asia, America Latina), è stato possibile approfondire il tema "Cultura, Salute, Immigrazione". I dati emersi hanno consentito di individua-

re con sufficiente precisione il profilo di un nuovo servizio denominato "Consultorio Medico-Antropologico".
Tale servizio nasce dall'esigenza di connettere in termini reali e contestuali i saperi e le competenze in campo medico e antropologico. Ciò deriva dall'impossibilità di scindere nell'essere umano l'aspetto clinico da quello culturale. L'ipotesi di partenza vede nel disagio culturale e nel conseguente disturbo culturale la categoria centrale finora non adeguatamente presa in considerazione. Con il concetto di disagio culturale si intende fare riferimento al complesso dei problemi di carattere economico, culturale, sociale e politico conseguenti all'impatto tra due culture dovuto a fenomeni di migrazione.
Sotto questa prospettiva si profila l'opportunità di uno specifico ambito di antropologia medica.
Si tratta di un'analisi situazionale all'interno della quale è necessario tenere conto, da una parte, dei processi di adeguamento alla nuova realtà dell'immaginario e delle aspettative dell'immigrato prima della partenza; dall'altra, dell'immaginario, altrettanto ricco, sul piano simbolico, del Paese che accoglie e che ha una visione generica ed omologata del migrante. Tralasciare tale dimensione significa "oscurare" una parte di primaria importanza della personalità culturale di entrambi i soggetti che entrano in relazione nella vicenda migratoria, sia a livello singolo che collettivo, rendendo difficile la possibilità di instaurare processi comunicativi positivi.
Il fenomeno migratorio è un fenomeno che per eccellenza crea interdipendenza diretta tra le comunità che sono ad esso interessate, indiretta tra tutte le realtà toccate dal fenomeno, anche se in misura differenziata. E' fondamentale acquisire nell'analisi culturologica una dimensione di reciprocità: i problemi che riguardano le due realtà sono vissuti dai soggetti interessati, sia dal punto di vista della percezione, sia nella oggettività della situazione, in maniera diversa, anche se ovviamente correlata. In sintesi, si pone in atto un procedimento bilaterale, comparato di reinterpretazione della nuova realtà di cui è importante avere consapevolezza.
Il Consultorio ha pertanto la funzione di raccordare gli aspetti medici con quelli socio-culturali ed individuare situazioni ed eventi personali e collettivi che incidono sia sull'insorgenza della malattia, sia successivamente sulla cura delle varie patologie. Diventa così possibile, attraverso un accurata anamnesi culturale messa in relazione con quella medica, rendere più efficace la risposta ai bisogni dell'immigrato.
L'attività del Consultorio prevede tre tipi di attività.

- La prima è di carattere scientifico ed è costituita da: (a) un archivio-dati con il quale stabilire un rapporto tra la fenomenologia culturale ed il quadro clinico che può condurre il soggetto ad una struttura medica; (b) la realizzazione di ricerche su campioni di immigrati distinti per provenienza, età, istruzione, stato civile e malattia da seguire per un determinato periodo di tempo.

- La seconda attività è volta ad individuare, attraverso l'intervento antropologico, alcuni nessi fondamentali quali: (a) stress, emozioni e malattia; (b) alimentazione clima; (c) il contesto socio-culturale della malattia; (d) la percezione della malattia; (e) i vissuti esperienziali dei pazienti.

- La terza attività consiste nell'offrire un'occasione di incontro, comunicazione e confronto reciproco che l'esperienza dimostra fondamentale nel vissuto dell'immigrato, sia ai fini strettamente terapeutici che di carattere socio-culturale. Il vantaggio è duplice sia per il singolo immigrato che si trova ad affrontare una situazione di malattia potendo vivere un'esperienza che non neghi la sua dimensione di "umanità" in un rapporto di dialogo e reciproco riconoscimento, sia per la stessa struttura ospedaliera che viene messa in grado di offrire un servizio più efficiente ed adeguato alle aspettative degli assistiti.

Non va dimenticata, inoltre, la funzione di Osservatorio Permanente che consente di individuare, in un'ottica interdisciplinare, un'analisi approfondita diacronica e sincronica del rapporto cultura, salute ed immigrazione, evidenziando, inoltre, "in tempo reale" problemi e temi emergenti da comunicare alle Istituzioni competenti in materia di immigrazione».

Riferimenti Bibliografici

A.L. Kroeber (1948), *Antropologia. Razza, lingua, cultura, psicologia, preistoria* (tr. it., Feltrinelli, Milano, 1983).

G. Di Cristofaro Longo (1998), "Il rischio di "razzismo" dell'antirazzismo" in M. Delle Donne (a cura di), *Relazioni Etniche, stereotipi e pregiudizi. Fenomeno immigratorio ed esclusione sociale*, EdUP, Roma.

G. Di Cristofaro Longo e A. Morrone (a cura di), (1994), *Cultura Salute Immigrazione. Un'analisi interculturale*, Armando Ed., Roma.

E.L. Menéndez (1996), "Struttura sociale e struttura di significato nel processo salute/malattia/cura: il punto di vista dell'attore" in *Rivista della società italiana di antropologia medica*, Ed. Argo, nn. 1-2.

R. Linton (1945), *The Cultural Background of Personality*, New York.

Vent'anni dopo: considerazioni su immigrazione e salute

Aldo Morrone, Ottavio Latini ***

** Direttore della Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale, Istituto Scientifico San Gallicano (IRCCS), Roma*
*** Project Manager della Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale, Istituto Scientifico San Gallicano (IRCCS), Roma*

"Lo scopo della medicina
è di prevenire le malattie
e di prolungare la vita.
L'ideale della medicina
è di eliminare
il bisogno del medico".
(William J. Majo)

Introduzione

Riflettendo oggi sull'esperienza più che ventennale, che è ormai trascorsa, possiamo affermare che il fenomeno immigratorio in Italia è divenuto una componente strutturale della nostra società: ciò emerge inequivocabilmente dai dati raccolti, dagli studi condotti e dalla stessa esperienza personale che ciascuno realizza nella propria città.

La convinzione che non si tratti più di un fenomeno emergenziale è patrimonio comune di coloro che lavorano in questo settore, ma nondimeno le conseguenti modificazioni legislative, economiche e culturali implicate da tale nuova realtà non sono condivise da tutti. Infatti occorrerebbe oltrepassare il livello delle iniziative sull'immigrazione, dettate dall'emergenzialità e dalle politiche umanitarie che tutti a parole dicono di condannare, ma che in pratica molti accettano perché foriere di fondi e contributi economici; poiché attuate soprattutto con la giustificazione dell'emergenza, sono difficilmente controllabili e verificabili riguardo all'efficacia e alla validità. Si tratta di un pantano melmoso di iniziative che spesso contribuiscono solo peggiorare il quadro sociale dell'immigrazione e a dilapidare finanziamenti pubblici, pagati dai contribuenti. Inoltre si tratta di ambigua gestione di fondi, talora concessi a pioggia, pur di evitare di scontentare qualche associazione o lobby pseudo-solidaristica. Proprio chi ha lavorato in questi anni in ambito di aiuti umanitari nazionali o internazionali denuncia questi rischi. Rony Brauman medico che per molti anni è stato presidente di *Médecins sans frontiéres* ha prodotto numerose relazioni critiche sull'azione umanitaria, che egli stesso definisce sempre in oscillazione fra giustizia e potere, tra verità dell'azione e artificio mediatico (Brauman, 2000). Giulio Marcon

che si è prodigato molto a livello di aiuti umanitari, nel 2002 pubblicò un libro assai critico sulla politica delle emergenze umanitarie (Marcon, 2002). Anche Marc Augé afferma che l'uso sistematico del termine "compassione" e dell'aggettivo "umanitario" coincide con l'avvento di un mondo globalizzato dove regnano fianco a fianco nella complicità, il signor Profitto e la signora Carità" (Augé, 2002).

Oggi abbiamo di fronte una sfida alla quale eravamo fortemente impreparati, ma che dobbiamo affrontare in termini di analisi serie e di interventi altrettanto elaborati e competenti. Non è più il tempo per iniziative empiriche e prive di prospettive.

La dinamica internazionale dell'immigrazione

Il fenomeno immigratorio rappresenta sempre più una realtà planetaria, dovuto ad una serie impressionante di fattori politici, economici, sociali e culturali. Secondo i dati dell'ONU, nel 2000 sono risultati oltre 175 milioni i migranti nel mondo, con una incidenza del 2,9% sulla popolazione mondiale di allora: 6 miliardi e 67 milioni. Sul Pianeta, ogni 35 persone residenti, una è nata all'estero. Da sempre inoltre i migranti sono concentrati maggiormente nei Paesi in via di sviluppo (98.678.000, pari al 56,3%), dove trovano più facilmente aiuto, rispetto ai Paesi a sviluppo avanzato (76.441.000, pari al 43,7%).

L'incidenza degli immigrati sulla popolazione residente è del 8,9% nei PSA, rispetto all'1,9% negli altri Paesi.

L'emigrazione da sempre rappresenta una dolorosa esperienza causata dalla povertà o dalle guerre. Si tratta di un esodo forzato, dalle dimensioni ancora più vaste e tragiche di quello biblico. L'emigrazione per milioni di persone significa il dolore per l'abbandono spesso definitivo delle proprie radici, dei propri affetti, alla ricerca di una nuova vita, di una speranza che per molti si tramuta in tragedia. Basti pensare alle migliaia di persone assassinate in mare, gettate dalle "carrette naviganti" e fatte annegare, nell'indifferenza di una società sempre meno accogliente e sempre più dedita alle "guerre preventive".

Secondo i dati della Banca Mondiale nel 2002 il prodotto lordo mondiale era di 47.400 miliardi di dollari. Se fosse equamente suddiviso, garantirebbe una cifra di 7.636 dollari pro capite, cioè il doppio di quello attualmente a disposizione nei PVS (3.822 dollari). I Paesi a sviluppo avanzato, che rappresentano solo il 14% della popolazione mondiale con 866 milioni, detengono un reddito pro capite di 31.150 dollari che è quasi dieci volte superiore di quello spettante al restante 86% della popolazione mondiale dei PVS, con 5,3 miliardi di persone. Solo gli Stati Uniti d'America, con il 4,6% della popolazione del pianeta, hanno a disposizione quasi un quarto della ricchezza mondiale. Secondo la Banca Mondiale 2,4 miliardi di persone nel mondo sopravvivono con circa sei dollari al

giorno e più della metà di queste persone in realtà sopravvive con meno di un dollaro al giorno. Paradossalmente una mucca europea è "più ricca" di uomo su due del Sud del mondo, grazie ai sussidi di cinque euro al giorno per capo di bestiame che l'Unione Europea concede agli allevatori, mentre la metà della popolazione mondiale cerca di vivere con meno di due dollari al giorno.

Queste cifre sono talmente ben conosciute in molti ambienti, che rischiano di lasciare del tutto indifferenti i lettori: sarebbe sufficiente recarsi, anche per poco tempo, in un Paese in via di sviluppo, per avere un'immediata e tragica percezione di queste cifre.

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 2003 sono state oltre un miliardo e duecento milioni le persone che l'OMS definisce *Human Mobile Population*, cioè immigrati, rifugiati, richiedenti asilo, esuli, lavoratori in transito, viaggiatori e turisti. Di questi, 175 milioni sono emigranti in cerca di lavoro. Un serbatoio di disperazione in crescita: negli anni Ottanta erano 70 milioni. Allargando lo sguardo sull'orizzonte più vasto dell'universo immigratorio, si scopre che la maggior parte di questi immigrati del nostro pianeta, è accolta e ospitata soprattutto dai paesi più poveri e non, come comunemente si crede, dai paesi del Nord e dell'Occidente: solo il 41,2% è accolto dall'America del Nord, dall'Australia e dall'Europa. Il 58,8%, è ospitata dal Sud del pianeta.

Questo rilievo è particolarmente importante, perché evidenzia come la maggioranza degli immigrati nel nostro pianeta, sia a carico dei paesi più poveri che vengono in tal modo doppiamente penalizzati da una politica di chiusura da parte del Nord del mondo, che non solo consuma l'86% delle ricchezze mondiali, ma nega agli abitanti dei paesi più poveri il diritto alla mobilità, previsto invece dalla Dichiarazione Universale sui Diritti dell'Uomo.

Quali sono le condizioni di vita di quei Paesi che spesso confusamente chiamiamo del terzo mondo? Cominciamo, per intanto, a distinguere: "paesi tropicali", "paesi in via di sviluppo" e "paesi del terzo mondo" vengono usati impropriamente come sinonimi mentre, invece, rivestono significati e valori assai diversi tra loro.

Perché "terzo mondo?" Questa definizione risale al 1952, quando venne formulata per la prima volta dall'economista francese A. Sauvy su *L'observateur*, prendendo come riferimento la situazione sociale esistente in Francia prima della rivoluzione del 1789. Sauvy divise i paesi del mondo in tre categorie: *primo* mondo, quello dei paesi industrializzati di tipo capitalistico; *secondo* mondo, comprendente i paesi socialisti; *terzo* mondo per comprendervi tutti gli altri. Vi è anche chi classifica i paesi "meno sviluppati" come *quarto* mondo: quelli, prevalentemente dell'Africa sub-sahariana, privi di industrie e di materie prime. Con la caduta del muro di Berlino, è evidente che una parte di questo mosaico è venuta a mancare.

Per le definizioni dei paesi come *sottosviluppati* e *in via di sviluppo* bisogna risalire al 1949, quando il presidente americano Truman in un discorso davanti al

Congresso divise i paesi del mondo in sviluppati e sottosviluppati. Auspicando, peraltro, che questi ultimi prendessero a modello i paesi industriali di tipo capitalistico.

Quanto alle espressioni *Nord* e *Sud*, esse sono state introdotte dal Rapporto Brandt nel 1980, per differenziare i paesi a sviluppo industriale avanzato dagli altri.

Non è dunque facile utilizzare in maniera storicamente e didatticamente corretta le varie espressioni, anche se sarebbe meno improprio definire i paesi in via di sviluppo come paesi *impoveriti*: la loro povertà, infatti è la logica conseguenza delle politiche di vera e propria rapina da parte dei PSA (Paesi a Sviluppo Avanzato).

E siccome quel miliardo e trecento milioni di abitanti della terra che sono praticamente senza futuro e senza un'accettabile condizione igienico-sanitaria vive nei paesi tropicali, spesso si fa confusione tra paesi *tropicali* e paesi *in via di sviluppo*: ma non sono certo l'ambiente climatico o la latitudine a determinare povertà e mancanza di salute. Proviamo a prendere in esami le principali aree del mondo.

Africa subsahariana

Rispetto alle altre regioni del pianeta, in Africa i progressi nella tutela della salute dell'infanzia e degli adulti sono stati più lenti. Il rischio di morte per i bambini sotto i cinque anni è ancora molto elevato, nonostante sia diminuito da 223 (per mille nati vivi) nel 1970 a 172 del 2001. Nel 2001, in alcuni Paesi (come il l'Angola, il Niger, la Sierra Leone, il Mali) i bambini morti prima dei cinque anni erano due o tre ogni dieci nati. E la speranza di vita alla nascita, aumentata da 37 a 46,5 anni tra il 1950 e il 2001, rimane la più bassa del mondo. Sempre nel 2001, poco più della metà dei bambini risultava vaccinata contro la malaria e la tubercolosi.

E ancora: il tasso di malnutrizione riguarda mediamente il 33% della popolazione totale (con valori superiori alla metà in Eritrea, Zambia, Angola, Mozambico, Burundi) e oltre un terzo dei bambini soffre di ritardo nella crescita. In compenso, il numero dei bambini per madre continua a essere superiore a sei, cioè il più elevato di tutte le regioni in via di sviluppo.

Nell'Africa sub-sahariana è presente ancora la febbre gialla, insieme con altre infezioni da *arbovirus* tropicali, in particolare nelle foreste e nelle savane limitrofe. In alcuni villaggi portuali dell'est è segnalata la *dengue*; nelle regioni sahariane dove è molto sviluppata la pastorizia, invece, *tubercolosi* e *lebbra* sono endemiche, così come la *rickettsiosi*, il *carbonchio* e la *brucellosi*. Il *pian* e il *bejel* presentano notevoli recrudescenze, soprattutto nella foresta e nella zona sahariana.

Se si studia lo sviluppo umano della regione, riportando i dati del UNDP 2003 (*United Nations Development Programme*), si possono capire molti *perché* su povertà, miseria, speranza e immigrazione:

- da uno a circa 10 medici ogni 100.000 persone (mentre sono circa 100 ogni 100.000 persone nel mondo in via di sviluppo e oltre 300 in quelli industrializzati);
- più di 28 milioni di persone contagiate dal virus HIV, i due terzi dei sieropositivi di tutto il mondo;
- più di un terzo (il 37,6%) della popolazione analfabeta;
- meno della metà degli iscritti al primo anno di scuola che raggiunge il quinto;
- 183,3 milioni di persone (un terzo della popolazione regionale) che non hanno cibo a sufficienza;
- rapporto tra spese militari e sociali raddoppiato (dal 27% nel 1960 al 43% nel 1991);
- il più alto tasso di mortalità materna (da 400 a 1.100 per ogni 100 mila nati vivi);
- 23 milioni di bambini malnutriti; dal 10 al 24% dei neonati sottopeso;
- desertificazione che ha eroso in media 1,3 milioni di ettari di terra produttiva l'anno negli ultimi 50 anni;
- ancora 13 governi rappresentativi di un partito unico e di un regime militare nel 1999;
- circa tre milioni di persone rifugiate (0,5% della popolazione);
- l'accesso all'acqua potabile è possibile solo per il 44% della popolazione rurale della regione.

Africa del nord e Medio oriente

Qui si è registrata una riduzione del tasso di mortalità infantile più rapida che in qualsiasi altra parte dei PVS: se nel 1960 il 25% dei bambini moriva prima di aver raggiunto i 5 anni, nel 2001 il tasso di mortalità è sceso al 6,5%. Malgrado ciò, le prospettive di sopravvivenza dei bambini in questa regione sono inferiori a quelle dei bambini che vivono in altre regioni con reddito analogo; e malgrado il fatto che tra il 1975 e il 2001 il tasso di alfabetizzazione tra le donne sia più che raddoppiato, i due terzi dei 113 milioni di adulti analfabeti sono donne.

Principali malattie presenti: la *tubercolosi* è endemica e relativamente frequenti sono la *lebbra*, la *difterite*, il *carbonchio* e la *brucellosi*. Tra le tribù nomadi della penisola arabica si osserva ancora il *bejel*.

Asia meridionale

Un quarto dei bambini del mondo vive in Asia meridionale. Le loro prospettive di sopravvivenza sono lievemente migliorate negli ultimi trent'anni, nonostante la persistente e gravissima povertà. Nel 1960 un bambino su quattro

moriva entro i cinque anni, mentre nel 2001 la percentuale era di un bambino su dieci. Si segnalano forti disparità all'interno della regione: un bambino nato nello Sri Lanka, ad esempio, ha una speranza di vita di 72 anni, mentre uno nato nel Nepal di appena 59 anni; addirittura, chi nasce nell'Afghanistan ha una speranza di vita alla nascita di 43 anni, con un tasso di mortalità infantile sotto i cinque anni del 257 per mille. La malnutrizione colpisce oltre il 40% dei bambini, percentuale di gran lunga più elevata rispetto a qualsiasi altra regione ed in totale riguarda 333,6 milioni di persone. In questi paesi sono presenti anche 4.389.000 rifugiati.

Le principali malattie tropicali presenti nella regione registrano la diffusione endemica della *dengue*, della *tubercolosi* e della *lebbra*.

Asia orientale

Qui si registra un drastico miglioramento delle condizioni di salute e di istruzione dell'infanzia, dovuto al rapido miglioramento del livello di reddito: il tasso di mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni è diminuito del 20% dal 1960 al 4,2% del 2001. Ma i progressi contro la malnutrizione sono ancora troppo modesti, colpisce ancora 193,3 milioni di persone. Nel 2001 un quinto dei bambini soffriva di ritardo nella crescita, in confronto a un terzo del 1975. Dai primi anni 80 la percentuale dei bambini immunizzati contro le malattie infettive tramite vaccinazione è aumentata dal 20% all'80%. In Cina, nella repubblica di Corea e nel Vietnam si è raggiunto l'obiettivo della vaccinazione di quasi tutti i bambini; tuttavia, paesi quali la Cambogia e il Laos registrano dei tassi di vaccinazione inferiori al 60%. L'accesso alle strutture sanitarie è possibile solo per il 48% della popolazione, ovvero ben 995,3 milioni di persone non hanno un accesso adeguato. La crisi economica che ha colpito la regione nel 1997 e ancora nel 1998, con particolare drammaticità in Indonesia, ha nuovamente fatto crollare la speranza di ripresa economica e di equilibrio socio-culturale.

Molto diffusa è la *dengue*, insieme con infezioni da *arbovirus*; di routine si riscontrano *tubercolosi*, *lebbra* e *leptospirosi*.

America latina

Due sono stati i vantaggi di cui hanno usufruito negli ultimi cinquant'anni i bambini dell'America latina rispetto a quelli delle altre regioni: genitori con un migliore livello di istruzione (soprattutto le madri) e un alto grado di urbanizzazione. Il tasso di mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni era del 20% nel 1960 e del 3,4% nel 2001, il più basso nel mondo in via di sviluppo. Tuttavia si registrano gravi differenze all'interno della regione: un cubano ha una speranza di vita analoga a quella di un danese, mentre quella di un boliviano è molto simile a quel-

la di un abitante dell'India. In Brasile un bambino povero ha cinque volte più probabilità di morire prima di aver compiuto un anno rispetto a un bambino ricco; in Venezuela un bambino povero ha dieci volte più probabilità di essere malnutrito rispetto a uno ricco. Il Brasile è il paese in cui vive il 48% di tutti i cattolici del mondo, eppure vi sono il 6% dei bambini denutriti e ancora milioni di bambini abbandonati. In tutta la regione ci sono 54,9 milioni di persone denutrite.

Nella foresta amazzonica è sparsa la *febbre gialla*; sulla costa dell'America centrale e del sud è presente la *dengue non emorragica*, mentre, tra le infezioni batteriche, endemiche ovunque sono la *tubercolosi*, la *lebbra*, la *leptospirosi* e la *peste*. Nelle zone a maggior altitudine si osserva soprattutto la *brucellosi*. Questo il bilancio dello sviluppo umano secondo i dati UNDP:

- accesso all'acqua potabile per il 94% della popolazione nelle aree urbane, ma solo per il 65% in quelle rurali;
- quasi due milioni di persone contagiate dal virus HIV;
- meno della metà degli iscritti alla prima elementare che raggiunge la quinta;
- circa 20 milioni di ragazze e ragazzi che abbandonano la scuola alle secondarie;
- circa 57 milioni di persone che vivevano al di sotto della soglia di povertà nel 1999;
- le donne occupano solo il 7% dei seggi parlamentari, in confronto a una media complessiva del 10%;
- tasso di mortalità materna ancora 15 volte più elevato che nei paesi industrializzati (188 su 100mila nati vivi) ;
- più di 200.000 bambini che vivono per strada in alcune metropoli;
- ancora più di 5 milioni di bambini malnutriti nella regione;
- solo il 10% delle foreste destinato alla conservazione del suolo e dell'acqua; solo il 35% di flora e fauna selvatica protetto;
- 36 mila persone rifugiate presenti alla fine del 2001.

Caraibi e Antille

Questi paesi stanno vivendo un momento favorevole particolare dal punto di vista economico con la diffusione del turismo, fenomeno che porta valuta pregiata ma che, al contempo favorisce la prostituzione, soprattutto quella minorile, e la dispersione scolastica, con prospettive gravissime per il futuro della regione.

Le malattie endemiche sono la *tubercolosi* e la *lebbra*; nelle Antille in particolare la *dengue* presenta ricorrenti episodi epidemici.

Oceania

In questa regione sono particolarmente frequenti la *dengue emorragica* e le altre *virosi tropicali eruttive*. La *lebbra* è presente in numerosi focolai.

L'emigrazione italiana nel mondo

Le coordinate lungo le quali tracciare un nuovo percorso strutturale nei confronti dell'immigrazione dovrebbero essere più facilmente rintracciabili, se riusciamo a trarre i giusti insegnamenti dall'esperienza storica che ha caratterizzato il nostro Paese per oltre un secolo come un Paese di emigrazione.

In Italia dal 2001, è stato istituito un nuovo ministero, definito Ministero degli Italiani nel Mondo. Si tratta di un'iniziativa che dimostra quanta presenza italiana esista ancora oggi nel mondo, figlia di un'Italia della povertà, dell'emigrazione e dei viaggi della speranza in terra d'America, d'Europa del Nord e dell'Australia. Si trattava di una sorta di "Ulisse collettivo": un grande fiume in piena alla ricerca del suo mare.

Un passato che sarebbe importante non dimenticare, se non vogliamo perdere le nostre radici e comprendere meglio il presente. Infatti con la perdita della memoria storica, l'immigrazione suscita paure, fantasmi, preoccupazioni e pregiudizi, accelerando sempre più il processo di frantumazione sociale e culturale.

La storia dell'emigrazione italiana nel mondo è essenzialmente una storia di disperazione e di speranza, di bastimenti e piroscafi che partivano da Genova o da Napoli, portando con loro un carico di umanità dolente. Tra il 1861 e il 1981, sono oltre 130 milioni gli Italiani emigranti nel mondo. Nel corso dell'ottocento la popolazione mondiale passa da un miliardo, a un miliardo e cinquecento milioni di abitanti: l'incremento demografico riguarda soprattutto l'Europa, che da un quarto sale a un terzo del totale. Le regioni economicamente più deboli sono quelle che registrano i maggiori flussi di persone costrette a cercare lavoro e futuro altrove, soprattutto America del Sud e Stati Uniti, dove tra il 1870 e il 1914 arriveranno oltre 25 milioni di emigranti provenienti soprattutto dalla Gran Bretagna, Germania, Italia, Russia e Polonia. Nel 2000 quasi sedici milioni di americani hanno dichiarato di avere antenati italiani: gli italo-americani di oggi discendono da circa sei milioni di immigrati che giunsero negli Stati Uniti nel corso di un secolo e mezzo (1850-2000)[1].

Nei primi anni Cinquanta l'Italia è il primo tra i paesi europei esportatori di manodopera, solo negli anni sessanta il primato passa a Spagna e Portogallo, seguiti dalla Grecia e Jugoslavia.

Nel 1970, i principali paesi esportatori di manodopera in direzione dei 6 principali paesi importatori (Germania, Francia, Svezia, Belgio, Svizzera e Austria) erano l'Italia con 820.000 persone, la Turchia con 770.000, la Jugoslavia con 540.000, l'Algeria con 390.000 e la Spagna con 320.000. Dopo la chiusura delle frontiere nei principali paesi di accoglienza dell'Europa occi-

---

[1] U.S. Census Bureau, American Fact Finder, QT-02 Profile of Selected Social Characteristics 2000. Data Set: Supplementary Survey. Ancestry Table. Si veda per completezza di dati LaGumina, Cavaioli, Primeggia, Varacalli (a cura di), (2000).

dentale, la popolazione straniera continuò a crescere per incremento naturale, per i ricongiungimenti familiari e per il protrarsi dell'afflusso di lavoratori stranieri entrati per vie diverse.

Gli italiani attualmente emigrati all'estero sono oltre 4 milioni, ripartiti per il 35,26% in Europa, il 10,90% in Nord America, 49,67% in America Latina, 2,05% in Oceania e solo l'1,60% in Africa. Secondo le stime di Eurostat relative al 1 gennaio 1993 e del Ministero degli Affari Esteri della fine del 1994, gli italiani emigrati in Europa occidentale erano 1.552.400, per i tre quarti concentrati nei paesi dell'Unione Europea. Rispetto a tutti gli immigrati originari dei paesi dell'Unione Europea, gli italiani rappresentano un quarto del totale. In Germania superano il 36%, in Belgio il 42%, in Svizzera sono quasi la metà (45,35%) di tutta l'immigrazione comunitaria. Le più consistenti comunità di italiani sono insediate in Germania (557.000 italiani), Svizzera (374.900), Francia (252.800), Belgio (117.500) e Regno Unito (73.000).

Per gli altri continenti le stime del Ministero degli Affari Esteri indicano i seguenti valori:

- Nord America 480.112 persone, per circa i due terzi negli Stati Uniti (330.632) e la restante parte in Canada (149.500);
- America latina 2.186.982, con una schiacciante maggioranza in Argentina (1.361.982) e in Brasile (448.817);
- Africa 70.719 persone, per più di due terzi (45.350) concentrate in Sudafrica;
- Oceania 90.259, quasi tutti in Australia;
- Asia 21.794.

Componendo le due fonti, gli Italiani nel mondo risultano essere 4.402.285, così ripartiti: Europa 35,26%, Nord America 10,90%, America latina 49,67%, Oceania 2,05%, Africa 1,60%.

Ben più consistente (13 volte di più) è il numero degli oriundi italiani (figli, nipoti, pronipoti, o comunque parenti stretti di italiani che hanno acquistato la cittadinanza estera) sulla base della stima resa nota alla fine del 1994 dalla Direzione Generale dell'emigrazione presso il Ministero degli Affari esteri alla commissione Esteri del Senato. Si tratterebbe di 58.509.526 persone così ripartite:

- 1.963.983 in Europa (con più di mezzo milione in Francia);
- 16.098.248 in Nord America, tutti negli Stati Uniti, ad eccezione di 596.000 in Canada;
- 39.840.571 in America Latina, di cui 22.753.000 in Brasile, 15.880.000 in Argentina e 1.000.000 in Uruguay;
- 546.035 in Oceania;
- 55.519 in Africa.

Degli italiani all'estero si occupano 138 sedi consolari, dove i responsabili sono coadiuvati da circa 2.000 funzionari: ogni anno queste sedi rilasciano quasi

400.000 passaporti e più di 700.000 visti, provvedono a più di 200.000 atti notarili, organizzano corsi di lingua italiana per più di 350.000 studenti[2].

L'emigrazione interna

La nostra memoria storica ha già dimenticato anche i treni pieni di emigranti che, agli inizi degli anni Sessanta, abbandonavano la loro terra d'origine, il sud, per recarsi in quel nord d'Italia vissuto come speranza e paura. L'Italia era un paese in rapida trasformazione e i processi d'industrializzazione procedevano a ritmi sempre più rapidi. Torino, Milano e Genova rappresentavano il triangolo industriale dei lavoratori meridionali.

Eppure già agli inizi del Novecento si emigrava dal Sud verso l'Italia settentrionale. Tra le due guerre mondiali si potevano contare a Torino, come a Milano numerose comunità regionali, tra le quali assumevano dimensioni notevoli veneti e pugliesi. E già allora alcuni studiosi cercavano di scoprire le cause di malesseri e patologie legate all'emigrazione nel Nord Italia. Virginio Porta e Giorgio Calderini[3] della divisione neuropsichiatrica dell'Ospedale "Ca' Granda" premettevano in una loro indagine medico-sociale del 1967 sul tentato suicidio:

> " ... Milano è in certo modo all'avanguardia del progresso economico e socio-culturale italiano ... In quanto all'epoca in cui si è svolta la nostra inchiesta, si tratta del periodo di massima espansione economica ... Cioè il periodo in cui il capitale industriale del nord italiano ha drenato, per le sue necessità di forza-lavoro, enormi correnti migratorie alle quali non aveva preparato alcuna forma di recettività oltre al posto in un cantiere o davanti ad una macchina".

In particolare il rapporto tra suicidio e immigrazione è uno dei problemi indagati da Porta e Calderini. Testualmente essi scrivevano:

> " ... In tema di immigrazione ... sono soprattutto i primi tempi dopo l'arrivo a Milano che offrono incentivi allo sconforto o anche alla protesta: poiché sono questi i grandi moventi del TS degli immigrati ... da questi dati emerge che entro un anno dall'arrivo a Milano circa 1 donna ogni 90 immigrate e 1 uomo ogni 200 compiono un TS ... Le meridionali sono caratterizzate dal basso livello socio-culturale: spesso analfabete o illetterate, viventi in abitazioni incongrue come baracche, cantine ecc. ... da poco tempo a Milano e disoccupate o addette a lavori non qualificati ... pare sia questa la categoria nella quale gioca con la massima importanza il trauma immigratorio come espressione di frustrazione e disadattamento economico e socio-culturale... Si può aggiungere che manca completamente nella donna, come rimedio alla frustra-

---

[2] Cfr. Di Liegro (1997:59-60).
[3] Cfr. Porta e Calderini (1967).

zione, quella fuga nell'alcolismo che è invece presente, sia pur con frequenza moderata, nel maschio immigrato ...".

Pagine dimenticate, storie d'oblio quasi antiche, che sarebbe opportuno ricordare, per meglio comprendere il presente.

Nuova configurazione dell'immigrazione

Le migrazioni hanno rimescolato completamente la geografia umana del pianeta e l'Italia si è trasformata quasi improvvisamente da terra di emigranti a Paese d'approdo per migliaia di persone in cerca di futuro e speranza, per sé e per i propri cari. L'immigrazione inoltre ha assunto tempi così rapidi, come mai l'umanità avrebbe potuto prevedere, cogliendo spesso impreparati i governi e le stesse popolazioni. Il nostro Paese rappresenta ormai un importante punto di attrazione migratoria da almeno una ventina d'anni, interessato da un complesso movimento migratorio le cui linee principali sono dirette dal Sud verso il Nord e da Est verso Ovest.

L'Italia attualmente, dopo la Germania, la Francia e la Gran Bretagna, rappresenta il quarto Paese dell'Unione Europea per la consistenza numerica degli immigrati che ospita.

Uno dei danni più gravi prodotto da una cattiva gestione economico-finanziaria e culturale del fenomeno immigrazione è la cattiva immagine degli immigrati che si percepisce in Italia e il rilancio di un sempre più diffuso sentimento di intolleranza, se non di aperto razzismo. Molti cittadini si vanno sempre più convincendo che i contributi versati ad associazioni di italiani che lavorano per gli stranieri, avrebbero potuto avere un migliore destino se utilizzati per i cittadini italiani. Su questo anche occorre riflettere. Paradossalmente è più fiorente oggi una cultura xenofoba e apertamente intollerante, rispetto a solo pochi anni fa. La tragedia dell'undici settembre sicuramente ha cambiato il modo di percepire la realtà di molti nel mondo. La guerra in Afghanistan e in Iraq sono apertamente vissute da molti cittadini e da intellettuali come una forma di "giusta rivendicazione" dei valori dell'occidente contro la barbarie islamica. Molti autorevoli rappresentanti politici ed intellettuali hanno affermato più volte la superiorità della cultura occidentale nei confronti di quella islamica. Come agire in un contesto dove sempre di più la diversità è percepita come rischio e pericolo per la propria identità e nel contempo richiedere finanziamenti per progetti che in teoria dovrebbero aiutare gli stranieri a partecipare a processi di integrazione culturale, umana e sanitaria? E poi di quale integrazione si tratta? Inoltre la realtà dell'immigrazione dovrebbe destare un minimo di interesse sui problemi reali dei Paesi dai quali provengono gli immigrati. Quali sono le condizioni di vita? Perché si decide di mettere a repentaglio la propria esistenza pur di fuggire da queste terre?

Eppure come afferma Saskia Sassen sarebbe necessario ricordare che l'emigrazione è una scelta che interessa e coinvolge sempre e soltanto una piccolissima parte della popolazione. Le persone, come magistralmente ricorda anche Manzoni nei *Promessi Sposi*[4], abbandonano malvolentieri i loro luoghi natii, i loro cari, a meno che non siano costrette a fuggire da guerre o da regimi di terrore. Solo una minoranza di messicani è emigrata negli Stati Uniti e solo pochi polacchi tentavano di entrare in Germania, fino al 1° maggio 2004. La maggior parte degli immigrati arrivati in Germania dall'Est alla fine degli anni ottanta erano sinti e rom provenienti dalla Romania oppure tedeschi per origine etnica, ossia due gruppi che avevano ragioni molto precise per allontanarsi. Sempre e solo una minoranza è fortemente determinata a emigrare e non si lascia scoraggiare da nulla, mentre vi è una zona grigia di emigranti potenziali per i quali la decisione di partire o restare dipende da diversi fattori[5].

La grande massa della popolazione di un paese povero non è in grado di emigrare. In Italia meridionale nel periodo di maggiore intensità emigratoria non è mai partito più del 40 per mille degli abitanti. Inoltre nella popolazione di un Paese gli immigrati sono e saranno sempre una minoranza. I 20 milioni di immigrati regolari presenti nell'Unione Europea, costituiscono il 7% della popolazione complessiva ed oltre il 40% di essi è già cittadino dell'Unione.

Dal 1° maggio 2004 tutti gli stranieri provenienti da Polonia, Ungheria, Estonia, Lettonia, Lituania, Cipro, Malta, Slovenia, Repubblica Ceca e Repubblica Slovacca, non possono più essere considerati immigrati extracomunitari, perché a partire da quel giorno questi dieci paesi sono entrati a far parte dell'Unione Europea che così viene allargata a 25 paesi. Complessivamente nessun Paese dell'Unione Europea, ad eccezione del Lussemburgo che come è noto viene scelto come residenza fiscale da molti cittadini, presenta una quota di stranieri superiore al 10%. Inoltre in Germania e in Francia, i cittadini di quegli stati rappresentano il 93% della popolazione. In Spagna, in Portogallo e in Grecia oltre il 98% degli abitanti sono cittadini autoctoni.

Il ritorno al paese di origine è frequente qualora non sia ostacolato dalla situazione politico-militare. Infatti oltre il 55% degli italiani emigrati negli Stati Uniti alla fine del XIX secolo hanno fatto ritorno in patria.

Negli ultimissimi anni si osserva una tendenza progressiva all'insediamento permanente che riguarda però sempre e soltanto una percentuale variabile di immigrati. Tale fenomeno rimane presumibilmente stabile anche in presenza di quote rilevanti di ritorni in patria e di una politica volta ad ostacolare l'insediamento permanente. Questo fenomeno si osserva in tutti i paesi di emigrazione, sia in società estremamente chiuse come il Giappone e l'Arabia Saudita, sia in

---

[4] Cfr lo struggente addio di Renzo nei *Promessi Sposi* "… Addio monti sorgenti dall'acque ed elevati al cielo, cime ineguali e note a chi è cresciuto tra voi …". Intere generazioni di studenti hanno dovuto imparare a memoria durante gli anni scolastici queste parole.

[5] Cfr. Sassen S. (1999:134).

società relativamente aperte come i paesi dell'Unione Europea. Di questo processo i paesi europei hanno percezioni molto diverse. Nel Regno Unito i politici avevano previsto sin dall'inizio dell'immigrazione che gli insediamenti sarebbero stati stabili, mentre invece la politica tedesca si è sempre attenuta alla concezione del lavoratore ospite *"gastarbeiter"*. In Italia solo recentemente si sta avvertendo attraverso il mondo della scuola e del lavoro, la dimensione strutturale del fenomeno e da più parti politiche ci si è avviati verso la concessione del diritto di voto amministrativo agli immigrati con specifici requisiti. Al di là delle differenze politiche di ogni paese dell'Unione Europea, è ormai stabilmente presente in questa area una popolazione di immigrati residenti, in parte nati in Europa: tutti però sono considerati "stranieri", indipendentemente che siano cittadini in virtù della nascita o che abbiano semplicemente domicilio fisso nel paese. In Francia nonostante la naturalizzazione, sono definiti "immigrati"; nei Paesi Bassi, in Svezia e in Belgio, sono "minoranze"; nel Regno Unito "minoranze etniche", sebbene il paese abbia oltre a queste "straniere", anche le proprie minoranze etniche: scozzesi, gallesi, irlandesi. In Italia si continua ad utilizzare il termine semantico ed ambiguo di "immigrati extracomunitari" nonostante non esista più la Comunità europea, sostituita dall'Unione Europea, e la novità che dal 1° maggio 2004 molti di questi cittadini fanno parte dell'Unione Europea allargata.

L'immigrazione è comunque sempre stata e rimane un processo altamente differenziato. Vi possono prendere parte sia coloro che hanno un progetto migratorio definitivo, sia quelli con una mentalità solo conoscitiva e temporanea. Attualmente i due modelli più importanti sono la migrazione circolare e l'insediamento permanente.

Secondo le analisi più aggiornate ed elaborate sul fenomeno immigratorio, oggi assistiamo ad una nuova realtà rispetto a soli 10-15 anni fa. Un numero sempre maggiore di immigrati non cerca una nuova patria in un paese straniero, ma si considera parte di un mercato del lavoro transnazionale, addirittura globale. È noto che dopo la regolarizzazione molti immigrati clandestini trasferiscono nuovamente la residenza nella terra d'origine, continuando a lavorare nel paese di accoglienza solo alcuni mesi all'anno. Molti immigrati egiziani, marocchini e senegalesi, ad esempio, tornano a lavorare in Italia come cuochi o venditori ambulanti solo nella stagione estiva, per vivere e lavorare il resto del tempo nel loro paese. Il numero degli immigrati che desiderano una residenza permanente nel paese di destinazione sembra considerevolmente inferiore in percentuale e in assoluto a quanto non lasci supporre il numero complessivo degli abitanti stranieri.

Nella recente regolarizzazione degli immigrati irregolari e clandestini, da pochi mesi conclusasi in Italia, è emerso, tra l'altro, l'assoluto disinteresse della maggioranza di loro a conoscere gli altri diritti correlati all'ottenimento del permesso di soggiorno per poter lavorare. Moltissimi di loro non sapevano del diritto-dovere di iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale per meglio tutelare la loro

salute. Era infatti prioritaria per loro la possibilità di poter continuare a lavorare in Italia e tornare la loro paese d'origine per periodi più o meno lunghi.

In Europa, negli anni Settanta, gli immigrati si sono trasformati da "riserva di manodopera straniera" in comunità di immigrati o comunità etniche. Questo ha reso insufficienti i meccanismi di integrazione che avevano funzionato sino ad allora, comportando conflitti di livello nazionale e locale nei vari paesi dove l'immigrazione era maggiore. In Francia i sindacati non sono stati più capaci di integrare i lavoratori stranieri e lo stesso sistema scolastico ha perduto efficacia in quanto strumento di integrazione culturale[6]. In Germania il concetto di "lavoratore ospite" che aveva esplicitamente escluso l'integrazione, si è scontrato con la riunificazione delle famiglie e con il crescente numero di immigrati residenti, la cui seconda generazione aveva raggiunto nel frattempo l'età scolare. In Gran Bretagna, un numero sempre maggiore di immigrati dalle ex colonie e dal *Commonwealth* si è avvalso della cittadinanza britannica, cosa che il governo non aveva previsto. Fino ad allora gli immigrati erano stati considerati prevalentemente forza lavoro, un contingente relativamente strutturato la cui integrazione faceva automaticamente seguito all'impiego, mentre la forza propulsiva dell'immigrazione era l'elevata domanda di manodopera. Ora con la riunificazione familiare e la crescita della seconda generazione emergevano in primo piano questioni quali alloggio, scuole, associazioni e commercio. Le questioni relative all'integrazione non sono più rimaste confinate nei luoghi di lavoro e si sono considerevolmente ampliate le basi da cui formulare richieste. L'esperienza dimostra che l'integrazione è agevolata anche dalla promozione di associazioni e attività culturali. Si deve cercare di realizzare un'integrazione molto diversa da quella originariamente pensata in Francia, in Germania o nel Regno Unito e alla quale gli immigrati dovevano adeguarsi.

Todorov rifiutava nella logica dell'attenzione all'altro i classici tre modelli dell'assimilazionismo etnocentrico francese, del pluralismo ineguale britannico e del modello tedesco dell'istituzionalizzazione della precarietà. Probabilmente oggi potremmo proporre di riconoscere la diversità nell'uguaglianza a livello cosmico, rinunciare definitivamente alla pretesa che l'Occidente sia punto di riferimento per tutti gli uomini.

L'esule moderno, sostiene Todorov[7], è un essere che «ha perduto la patria senza acquistarne un'altra, uno che vive di una doppia esteriorità». Per esemplificare questa affermazione aggiunge che oggi l'esule incarna, modificandone il senso originario, l'ideale formulato nel XII secolo da Ugo di San Vittore: «L'uomo che trova dolce la sua patria non è che un tenero principiante; colui per il quale ogni terra è come la propria è già un uomo forte; ma so lo è perfetto colui per il quale tutto il mondo non è che un paese straniero». E conclude con un inciso molto significativo: «Io che sono un bulgaro che vive in Francia, prendo a pre-

---

[6] Cfr. Martin A. Schain (1985).
[7] Cfr. T. Todorov (1992: 302-303).

stito questa citazione da Edward Saïd, palestinese che vive negli Stati Uniti, il quale l'aveva trovata, a sua volta, in Erich Auerbach, tedesco esule in Turchia».

La mescolanza di culture è una caratteristica dell'intellettuale moderno che per ragioni di ordine personale, politico, culturale ha intrapreso un cammino che lo ha portato in contesti diversi da quello di appartenenza.

Afferma Eduardo Galeano[8]: «L'esilio è una prova del fuoco della propria identità. Non dà nessuna identità. E' una sfida: mette alla prova l'identità che porti con te. Questo è drammatico soprattutto per i latinoamericani di Rio de la Plata. Noi […] non discendiamo dagli Incas, né dai Maya, né dagli Atzechi, ma dalle navi. Spesso sentiamo di portare con noi un'identità fragile».

L'immigrazione in Europa e in Italia

In Europa a partire dal 1993 sono diminuiti i flussi immigratori regolari e le richieste d'asilo, mentre sono andati aumentando i ricongiungimenti familiari, le migrazioni temporanee ed irregolari. Al 1° gennaio 2001 l'Unione Europea contava 19.584.000 stranieri che rappresentavano il 5,2% della popolazione residente (378.137.000 abitanti). L'incidenza dei soli immigrati extracomunitari era del 3,6%.

Nel contesto dell'immigrazione europea, al 1 gennaio 2001, per valori assoluti il primo Paese con il maggior numero di stranieri era la Germania, con 7.296.800 immigrati, seguita dalla Francia con 3.263.200 e dal Regno unito con 2.450.000. Al quarto posto si collocava l'Italia.

Confrontando la presenza immigrata con altri grandi paesi di immigrazione, si può osservare che gli immigrati, rispetto alla popolazione residente, sono:

- il 25,1% in Svizzera (1.801.000);
- il 24,6% in Australia (4.705.000);
- il 18,9% in Canada (5.826.000);
- il 12,4% negli Stati Uniti d'America (35.000.000).

Gli stranieri con regolare permesso di soggiorno presenti in Italia al 1° gennaio 2003 erano 1.512.325 così ripartiti:

- 642.353 appartenenti all'Europa di cui:
  - 154.076 Unione Europea
  - 488.277 Europa dell'Est
- 401.440 dall'Africa:
- 178.593 dall'America;
- 279.816 dall'Asia;
- 3.509 dall'Oceania;
- 6.614 non classificati[9].

---

[8] Cfr. R. Campra (1982:148).
[9] Cfr. Caritas (2003).

I maschi diminuiscono al 52% le donne invece aumentano al 48% confermando la tendenza crescente degli ultimi anni.

I principali 10 paesi di provenienza al 1 gennaio 2003, dopo la regolarizzazione seguita alla legge 189/2002, sono i seguenti:

1. Romania 240.000
2. Marocco 227.000
3. Albania 224.000
4. Ucraina 127.000
5. Cina Popolare 98.000
6. Filippine 74.000
7. Polonia 69.000
8. Tunisia 61.000
9. Senegal 51.000
10. Ecuador 49.000

Se si tiene conto anche del numero di domande legate al processo di emersione, che sono state 704.000, del fatto che circa 650.000 sono state accolte, il totale degli stranieri presenti aumenta di circa il 43%. Se a queste persone si sommano anche i minori a carico dei genitori si arriva ad una presenza di circa 2,5 milioni di immigrati, pari al 4,2% della popolazione residente.

La provenienza continentale degli stranieri

Il milione mezzo di stranieri soggiornanti in Italia (esclusi i regolarizzandi) risulta così ripartito per aree di provenienza:

Provenienza continentale degli stranieri 1990-2002

Aree continentali	1990 %	2001 %	2002 %	2002 v.a.
EUROPA	33,5%	41,4%	42,5%	642.353
- di cui Paesi Est	5,6%	28,9%	32,3%	488.277
AFRICA	30,5%	26,9%	26,5%	401.440
ASIA	18,7%	19,1%	18,5%	279.816
AMERICA	16,4%	11,6%	11,8%	178.593
OCEANIA/APOLIDI	0,8%	0,9%	0,6%	10.123
Totale				**1.512.325**

Dalla tabella si evidenzia come la presenza degli immigrati provenienti dall'Europa sia cresciuta in 12 anni di quasi dieci punti percentuali mentre è diminuita del 4% la quota degli stranieri provenienti dall'Africa e di più del 5%

la quota relativa al continente americano. All'interno dell'incremento della provenienza dall'Europa il progresso più rilevante è stato quello degli stranieri provenenti dall'Est Europa, che è aumentato di quasi sei volte.

Motivazioni del soggiorno e insediamento nel territorio

Analizzando le motivazioni del soggiorno, riportate in tabella, si può sottolineare, come costante degli ultimi anni, la netta tendenza alla stabilità: quasi 9 immigrati su 10 sono presenti per motivi di lavoro e di famiglia. Anche tra quelli presenti per altri motivi una buona parte lo è per motivi di soggiorno di una certa durata. Occorre notare che la provenienza dai Paesi dell'Unione Europea assume un peso significativo soprattutto per i motivi religiosi e di studio.

Motivi del soggiorno al 1° gennaio 2003

Motivo del soggiorno	N. permessi	%	% UE
Lavoro	834.478	55,2	8,3
Di cui lav. subord.	682.747	45,1	7,8
Motivi familiari	479.330	31,7	7,0
Motivi religiosi	54.128	3,6	24,9
Motivi di studio	43.058	2,8	16,1
Altri motivi	101.330	6,7	28,8
Totale	**1.512.324**		

Soggiornanti per aree geografiche

Aree geografiche	2002	%	2001	%	Var. % 2002/2001
Nord Ovest	495.609	32,8	444.876	32,7	11,4
Nord Est	392.211	25,9	328.488	24,1	19,4
Centro	428.510	28,3	396.834	29,1	8,0
Sud	134.678	8,9	133.263	9,8	1,1
Isole	61.316	4,1	59.169	4,3	3,6
Totale	**1.512.324**	**100**	**1.362.630**	**100**	**11,0**

Alla luce di quanto è avvenuto nell'ultimo biennio, si evidenzia che al Nord sono presenti oltre il 50% dei soggiornanti stranieri, ed al suo interno il Nord Est ha mostrato la massima variazione percentuale rispetto all'anno precedente (+19,4%). Anche l'insediamento nel Centro ha mostrato un significativo aumento (+8,0%), con una incidenza sul piano nazionale pari al 28,3%. Tali variazioni

della presenza nelle diverse aree sono il frutto dei nuovi arrivi e della mobilità crescente sul territorio nazionale degli immigrati residenti. La maggiore concentrazione nel Nord e nel Centro è legata alla maggiore offerta di lavoro, che risulta essere la motivazione principale del soggiorno.

Le religioni degli immigrati: policentrismo di paesi e religioni

La stima dell'appartenenza religiosa degli immigrati regolarmente soggiornanti in Italia, che la Fondazione Migrantes e la Caritas di Roma effettuano ormai da dieci anni, con il supporto tecnico del "Dossier Statistico Immigrazione", acquista una particolare rilevanza in considerazione della necessità di un maggiore dialogo con i seguaci delle diverse fedi[10].

Analizzando le stime sulla ripartizione religiosa degli stranieri regolari nell'ultimo decennio, realizzate utilizzando le percentuali dell'appartenenza religiosa riscontrata nei paesi d'origine, si perviene alla mappa delle diverse religioni mostrata nella tabella successiva.

Confessioni religiose	**1991**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**Var. % 2002/1991**
	%	**%**	**%**	**%**	**%**	
Cristiani	44,6	45,9	45,1	45,2	45,7	135,8
Ortodossi	6,6	11,9	12	12,6	13,5	372,6
Cattolici	26	25,1	24,5	24,3	24,1	113,4
Protestanti	8,7	6,5	6,2	6	5,8	53,1
Altri Crist.	3,3	2,5	2,4	2,3	2,3	59,1
Musulmani	38	36,8	37,2	36,4	36,6	121,5
Ebrei	0,6	0,3	0,3	0,3	0,3	10,8
Induisti	2,1	2,5	2,6	2,6	2,6	190,6
Buddisti	2,5	2,5	2,5	2,6	2,5	131,4
Animisti	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4	110,6
Altri	10,8	10,5	10,9	11,6	11	135,7
Totale (v.a.)	**656.757**	**1.251.994**	**1.388.153**	**1.362.630**	**1.512.324**	

Dall'esame di tali stime emerge che i cristiani (cattolici, ortodossi, protestanti ed altri) sono il gruppo principale (pari ad una media del 45%) seguito dai musulmani (circa 37%) e che la ripartizione delle diverse comunità religiose è piuttosto stabile nel decennio. La variazione più significativa nel gruppo dei cristiani riguarda la forte crescita degli ortodossi che raddoppiano il loro peso percentuale per l'aumento degli stranieri provenienti dai Paesi dell'Est Europa.

[10] Cfr. Caritas (2003).

Il numero dei rifugiati

I permessi concessi per asilo nel nostro paese, nel 2002, sono stati nell'insieme 1.270 su un totale di circa 18.000 domande presentate. All'inizio del 2003 la somma dei rifugiati, dei minori e di coloro che hanno ottenuto lo status di protezione umanitaria in Italia era pari a circa 15.000 persone, di cui i rifugiati costituiscono la parte maggioritaria (9.169 persone). Le richieste d'asilo presentate nello scorso decennio (oltre 100.000) provenivano per la maggioranza da Albania, ex Jugoslavia, Iraq, Romania, e Turchia, con un picco di oltre 33.000 domande nel 1999 provenienti dalla ex Jugoslavia e dal Kosovo, in concomitanza con gli eventi bellici. Di tali domande ne sono state accolte meno di un decimo. Questo valore numerico così contenuto rispetto ai circa 16 milioni di rifugiati diffusi nel mondo, indica la difficoltà ad acquisire nel nostro Paese una cultura dell'accoglienza per questa tipologia di stranieri.

In Europa il numero dei rifugiati è notevolmente più alto, sia in valore assoluto (si va dalle 903.000 persone in Germania, alle 152.338 nei Paesi Bassi, alle 148.550 nel Regno Unito, alle 131.601 in Francia), che in rapporto alla popolazione residente (i rifugiati sono fra 9 e 16 abitanti ogni mille nei Paesi Bassi, Germania, Danimarca e Svezia, mentre in Italia hanno una presenza cento volte inferiore, pari allo 0,16 per mille abitanti).

Oggi gli immigrati in Europa e in Italia, in particolare se di religione islamica, continuano ad essere percepiti generalmente come una minaccia: stranieri che vogliono entrare in paesi più ricchi di quelli da cui provengono e chiedono che siano loro aperti i cancelli, i confini, e che, in caso di rifiuto li abbattono con la violenza, oppure cercano di attraversarli di nascosto. E i paesi ricchi si comportano come se di tutto ciò non portassero alcuna responsabilità, o quanto meno come se subissero passivamente gli eventi. Niente di più falso!

I movimenti immigratori internazionali non nascono per il semplice fatto che alcuni individui desiderano migliorare le proprie condizioni di vita, bensì sono conseguenza di una complessa serie di processi economici e geopolitici. Chi si proponga di capire il problema dell'immigrazione deve pertanto analizzare in che modo, quando e per quali ragioni governi, poteri economici, media e popolazione dei paesi sviluppati si trovano coinvolti in tali processi. Anche i flussi di rifugiati sono il risultato di numerosi processi che si intersecano.

Se i flussi immigratori fossero motivati esclusivamente dal desiderio individuale di vivere in condizioni migliori, in presenza dell'incremento demografico e del progressivo impoverimento di ampie zone della terra, dovremmo assistere all'invasione di massa dei paesi sviluppati ad opera dei poveri del mondo, a un enorme e disordinato esodo di esseri umani dalla miseria, verso la ricchezza. Ma così non è e così non è mai stato.

I processi migratori sono estremamente selettivi, poiché soltanto determinati gruppi di individui lasciano il proprio paese d'origine; né costoro si dirigono

alla cieca verso qualsiasi paese ricco che prometta di accoglierli. Le vie dell'emigrazione hanno una struttura ben riconoscibile, connessa con le relazioni e interazioni che si stabiliscono tra i paesi di partenza e di arrivo.

Dal momento che politici e opinione pubblica perseverano nell'errore di individuare la spinta a emigrare nella povertà o nelle persecuzioni subite in patria, rimangono ben poche occasioni politiche di reagire al fenomeno. La risposta apparentemente logica alla "invasione" di massa sarebbe infatti la chiusura delle frontiere, e xenofobia e razzismo altro non sono che le espressioni estreme di questa opzione nella cultura di uno stato. Peraltro non vi è paese avanzato in cui non siano manifeste versioni più o meno temperate di tale politica.

E' necessario partire dall'Europa, dalle sue storie di emigrazioni, di lavoratori e rifugiati, per capire il fenomeno, poiché è in questo contesto che prende forma la partecipazione attiva dei paesi ricchi all'odierno sistema dei flussi migratori.

Nel momento in cui non sia più possibile ricondurre i flussi migratori soltanto a persecuzioni, povertà e sovrappopolazione, perdono di forza anche le immagini e le metafore dell'invasione, e una politica dell'immigrazione che si limiti ad affrontare un fenomeno circoscritto, un'esperienza strutturata, un processo governabile, offre molto più spazio all'innovazione.

All'epoca dell'espansione coloniale sappiamo che ogni fase di forte crescita economica rende necessario mobilitare manodopera "straniera". Il ricorso alla schiavitù ha rappresentato una forma estrema di tale fenomeno e nelle miniere e nelle piantagioni si è fatto ampio ricorso anche al lavoro coatto. Milioni di lavoratori a contratto furono mandati dal subcontinente indiano ai Caraibi e milioni di europei furono destinati a prestare servizio in qualità di domestici in America settentrionale. La popolazione indigena dell'America meridionale fu costretta entro sistemi di lavoro forzato come le *encomiendas*, drammaticamente descritte da Bartolomé De Las Casas già nel XVI secolo[11].

Oggi paradossalmente si lavora da un lato sempre più efficacemente per istituire aree economiche libere da controlli doganali e, dall'altro, a ripristinare proprio tali controlli per impedire l'arrivo di immigrati e profughi. Negli ultimi anni, a dispetto di ogni politica di controllo dei flussi immigratori, il numero degli stranieri immigrati, sia regolarmente che illegalmente, è aumentato in tutti i paesi a sviluppo avanzato, segno dell'importante ruolo che essi svolgono nell'economia e nella società dei paesi sviluppati. Persino il Giappone, attualmente dipende fortemente, nei settori agricolo e industriale, dalla presenza immigrati. Sarà difficile non tenerne conto nel momento in cui si adotteranno indirizzi di politica migratoria da parte dell'Unione Europea.

La Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, approvata a New York il 10 dicembre 1948 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, all'articolo 13, comma due, puntualizza: "Ogni individuo ha il diritto di lasciare qualsiasi paese, incluso il proprio, e di ritornare nel proprio paese". L'articolo 14 rileva: "Ogni

---

[11] Cfr. Sassen S. (1999: 13-18).

individuo ha il diritto di cercare e di godere in altri paesi asilo dalle persecuzioni". Ma il problema vero è rappresentato dall'Europa, sempre più chiusa in se stessa, paurosa dell'incontro con l'antico colonizzato. Eppure a scuola ci hanno insegnato che la tolleranza, l'ospitalità sono il segno della civiltà di un paese. Che Dio perdoni l'Europa bianca, scriveva Léopold Senghor.[12]

Le disuguaglianze nella salute

Numerosi studi hanno documentato che la mortalità in Italia, come in altri Stati, cresce con il crescere dello svantaggio sociale. Alcune ricerche mostrano che le diseguaglianze nella mortalità non si riducono nel tempo, anzi sembrano ampliarsi, almeno tra gli uomini adulti.

Effetti diretti della povertà e dell'emarginazione sono misurabili sulla mortalità delle persone e delle famiglie assistite dai servizi sociali per problemi di esclusione (malattie mentali, dipendenze, povertà, disoccupazione), che in alcune zone presentano uno svantaggio nella aspettativa di vita di 13 anni per gli uomini e 7 per le donne, rispetto al resto della popolazione.

Altri studi epidemiologici sottolineano dati che coloro che lavorano tra i più poveri e gli emarginati ben conoscono: i disoccupati hanno una probabilità di morire tripla rispetto a quella degli studenti loro coetanei, e più che doppia rispetto a chi ha una occupazione. La possibilità che un disoccupato contragga l'AIDS, muoia di overdose, si tolga la vita o sia colpito da cirrosi è enormemente più alta rispetto a chi ha un lavoro. Tra le persone in attesa di trapianto renale, la probabilità che i poveri muoiano è tripla. Queste affermazioni con dati sovrapponibili le aveva già espresse Maccacaro[13] nel 1972 in un interessante testo. Egli, riprendendo uno studio apparso sull'American Journal of Public Health, dimostrava che il divario tra il tasso di mortalità tra individui con reddito tassabile e individui senza reddito era spaventosamente alto: si osservavano 138.5 morti ogni 1000 vivi tra i senza reddito, rispetto ai 32.9 per quelli con reddito.

Il bambino che nasce oggi in un paese industrialmente sviluppato ha una prospettiva di vita media intorno ai 75-80 anni, mentre dai tempi greco-romani a tutto il XVIII secolo questa attesa di vita non eccedeva il trentennio. La stessa differenza corre, oggi, tra un bambino che nasce nei nostri paesi industrializzati ed un neonato dei paesi in via di ulteriore sottosviluppo. Notizie di questo gene-

---

[12] "Signore Iddio, perdona l'Europa bianca!/ Signore, perdona coloro che hanno mutato gli Askia/ in partigiani, i miei principi in marescialli,/la gente della mia casa in servi e i miei contadini in salariati;/ perché è bene che tu perdoni coloro che hanno dato la caccia/ ai miei ragazzi come a elefanti selvatici.../ Perché è bene che tu dimentichi chi ha portato via dieci milioni/ dei miei figli nei lazzaretti delle loro navi/ chi ne ha ucciso duecento milioni./ Ed essi mi hanno dato una vecchiaia solitaria tra la foresta/ delle mie notti e la savana dei miei giorni". (da *Hosties noires*, in *Anthologie de la poésie d'Afrique noire d'expression francaise*, Parigi, Haitier).

[13] Lettera al presidente dell'Ordine dei Medici di Milano, in J.C. Pollack (1972).

re sono oggetto di costante e persino scolastica divulgazione: tutti le conoscono, ma nessuno agisce conseguentemente. Però non si sa che la vita media non usava distinguere per classi sociali, per livelli culturali, fino all'inizio della rivoluzione industriale: è in questo periodo che la vita, la morte e la malattia imparano a discriminare sempre più severamente ed attentamente, entro una stessa collettività, tra ricchi e poveri, tra autoctoni e immigrati. Numerosi studi epidemiologici dimostrano questa semplice tesi: si vive, ci si ammala e si muore di classe, come sulla tragica tolda del Titanic[14].

In questi studi, in maniera molto secca si afferma: più sei istruito e meno muori. Infatti, a Torino gli uomini di età compresa tra i 30 e i 59 anni, senza alcun titolo di studio, hanno una probabilità di morire doppia, rispetto ai laureati. Quelli con la sola istruzione elementare hanno il 40% di probabilità in più di morire rispetto ai laureati. A Livorno il rischio di avere un tumore ai polmoni è, se non si ha titolo di studio, 4 volte superiore a quello di un laureato. Per la cirrosi epatica il rischio è addirittura di 6 volte superiore per l'analfabeta rispetto al laureato. Esiste inoltre una stretta correlazione tra titolo di studio della madre e peso registrato alla nascita: una partoriente con la sola licenza elementare ha un rischio di oltre il 50 % superiore rispetto a una laureata di dare alla luce un bambino di peso inferiore ai 2 chilogrammi e mezzo.

Se tutti ci laureassimo avremmo il 20 % di morti precoci in meno. Nel corso degli ultimi 10 anni le disuguaglianze di salute tra i vari gradi di istruzione sono aumentate, nel senso che l'aspettativa di vita per i più istruiti cresce molto più rapidamente rispetto a quella dei meno istruiti.

L'istruzione è oggi l'indicatore più efficace per rappresentare le disuguaglianze sociali nella vita e nella mortalità. Che fare?

Occorre trovare, allora, una modalità di azione accanto a quella politica, che rimane centrale. Ma occorre anche cercare di superare la *sindrome del samaritano*, di non creare delle società fatte per compatimenti e per deleghe ai più deboli nel sociale (nel senso del volontariato), che è una tendenza strutturale attraverso cui si cerca di dare, in varie forme, uno spazio di vivibilità o di agibilità. In quest'ottica va visto, ad esempio, il tentativo che ha fatto anche la Banca Mondiale creando un dipartimento per le ONG, concetto interessante per far vedere come, di fatto, si stimoli la presenza di elementi non strutturati per limitare il danno, la conflittualità e la tensione che altrimenti sarebbero esplosive.

---

[14] Quando il Titanic andò a cozzare contro un iceberg durante il viaggio inaugurale nel 1912, si ebbe la dimostrazione di quanto affermato. In quella catastrofe, la classe sociale di ciascun passeggero fu uno dei fattori che determinarono se egli sarebbe annegato o sopravvissuto. La lista ufficiale delle vittime dimostrò che, su un totale di 143 viaggiatrici di prima classe, solo 4 perirono (delle quali 3 avevano scelto volontariamente di rimanere sulla nave). Fra le viaggiatrici della seconda classe, le vittime furono 15 su 93 e nella terza classe 81 donne su 179 affondarono con la nave. I passeggeri della terza classe ricevettero l'ordine di rimanere sotto coperta ed in alcuni casi l'ordine fu fatto eseguire sotto la minaccia delle armi. (W Lord, A Night to Remember. H. Holt & Co, New York, 1955, p.107, cit. da A.B. Hollingshead e F.C. Redlich, 1965:12).

Occorre dare una visibilità, un corpo sociale a questa dispersione della disuguaglianza, occorre che ci sia un rapporto delle comunità accanto a quello dell'ISTAT, che chiami queste disuguaglianze nei termini delle *disuguaglianze evitabili*, che attribuisca le cause specifiche a livello locale, non soltanto generale. Ai ministri della Sanità e della Ricerca scientifica, si dovrebbero chiedere studi su queste realtà, non soltanto ricerche su come limitare l'assegnazione dei fondi o come ottimizzare l'uso delle tecnologie. È necessario che si possa documentare punto per punto, luogo per luogo, o in luoghi modello, che cosa significa la aziendalizzazione di un diritto e quanti sono quelli che ne vengono esclusi, per basso profitto prodotto. Se c'è un'economia informale, ci può essere anche una epidemiologia informale, nel senso che *non è quella che parte dai dati ufficiali, ma che crea i dati a partire dalle persone reali*. È importante darsi dei criteri comuni per identificare alcune aree, alcune popolazioni, e cominciare a creare una cultura complementare, se non alternativa, non per contrapporsi, ma per completare, integrare, opporsi.

Migrazioni e salute

Le migrazioni sono fonte di stress e di pericoli per la salute, perché comportano una nuova organizzazione della vita con un conseguente totale sradicamento dall'ambiente di origine, dalle proprie sicurezze. Per tale motivo la tutela della salute dei migranti assume un'importanza strategica, anche nell'ottica di una salvaguardia della salute di tutte le persone a rischio di emarginazione.

Questi pazienti presentano un atteggiamento assai diverso dinanzi all'esperienza della malattia, del dolore, della sofferenza e della morte. La diversa percezione dei sintomi in rapporto alle differenti culture di provenienza è valida per tutte le popolazioni. È noto che gli italiani e gli ebrei, per esempio, a parità di quadro clinico, accusano un maggior numero di sintomi e i francesi prestano al fegato un'attenzione del tutto particolare; mentre l'attenzione degli iraniani è attirata dai disturbi cardiaci; i pazienti irlandesi invece si lamentano in particolare di disturbi agli occhi, alla testa e alle orecchie. Benché esistano varie malattie tipiche di determinate regioni del nostro pianeta e più frequenti in alcune etnie, come il Kwashiorkor, il morbo di Kaposi non correlato all'infezione da HIV, e le treponematosi non veneree, è quasi sempre la fascia più povera delle diverse popolazioni che presenta un rischio maggiore di contrarre le malattie tipiche di quella regione, e questo indipendentemente dalla latitudine.

Bisogna tenere conto che spesso gli immigrati usano delle metafore somatiche come la via più breve e facile all'espressione di emozioni e sentimenti altrimenti non comunicabili. Molto spesso accusano sintomi di tipo cenestopatico (cefalea, disturbi digestivi, dolori vaghi e diffusi, prurito, bruciori alla minzione, preoccupazioni sulla propria salute fisica), senza che vi siano riscontri somatici. Il processo di cambiamento cui deve fare fronte l'immigrato richiede una continua messa in crisi della propria identità storica o culturale. Si dirà che l'immigra-

to sa in anticipo che gli verrà richiesto un adattamento a situazioni completamente diverse e che questo comporterà un prezzo gravoso; non è tuttavia pensabile che l'anticipazione di una sofferenza sia sufficiente per eliminarla.

Anche la malattia, come la cultura, è diversamente percepita dalle diverse persone che la vivono. Il termine stesso di malattia esprime in realtà significati diverso rispetto a chi la subisce e a chi la cura. Il modello antropologico statunitense ha distinto due diversi concetti di malattia: "*disease*" e "i*llness*". "*Disease*" è la malattia intesa come realtà oggettiva, misurabile con metodi matematici-sperimentali, con visualizzazione dei diversi organi, separati dal contesto culturale.

"*Illness*" esprime la malattia così come è vissuta e percepita dal paziente, con tutta la sua cultura, i suoi sentimenti ed emozioni (Fabrega, 1974). E stato affermato che "*illness*" è quello che vive e sente il paziente quando va dal medico, "*disease*" è quello che ha, quando torna dall'ambulatorio". (Cassel, 1976). Immaginiamoci se ciò accade nella stessa cultura, quanto diverse sono le percezioni tra persone appartenenti a culture diverse. Lo stesso può affermarsi per quanto riguarda il concetto di "salute".

Dare una definizione di malattia non è certamente facile. Esiste una fondamentale differenza tra "*essere malato*" e "*avere una malattia*". Gli autori anglofoni contemporanei hanno introdotto una sottile e fondamentale distinzione con l'uso dei termini "*illness*" e "*disease*", che si ritrova anche in autori di lingua tedesca (*Erkrankung* e *Krankheit*), mentre nel francese, italiano e spagnolo è assente ogni distinzione.

Il termine "*illness*" dovrebbe essere usato per designare l'esperienza diretta del malato, il *vissuto della malattia*, mentre "*disease*" dovrebbe essere riservato alla concettualizzazione della malattia da parte del medico. Esiste però anche una differenza fra *essere malato* (sentirsi tale) e *essere un malato* (e cioè essere riconosciuto come tale), da cui deriva la necessità di introdurre un terzo termine, "*sickness*", per indicare la percezione della malattia da parte dell'ambiente non medico che circonda il soggetto. Nella malattia concepita come "*disease*", possiamo distinguere le perturbazioni anatomiche e fisiologiche constatate "oggettivamente" dal medico (il *pathos*) dalla loro interpretazione medica in forma di entità clinica o anatomo-fisiologica (il *nosos*).

Un'altra difficoltà è rappresentata dalla confusione fra *la* malattia e *le* malattie, cioè tra la concettualizzazione della malattia in generale (definizione del patologico rispetto al fisiologico), e la concettualizzazione delle malattie particolari (definizione delle entità nosologiche). Nel primo caso, il problema fondamentale è l'ambiguità del concetto di *norma* biologica e sociale; nel secondo, la difficoltà deriva invece dallo *statuto ontologico* delle malattie. (Grmek, 1993).

Scoperta delle entità o costruzione dei concetti? Le malattie sono delle entità o dei processi? Le loro definizioni sono il risultato di una realtà oggettiva, o soltanto una maniera comoda di dominare intellettualmente una realtà complessa e fluttuante? In altre parole, le entità nosologiche vengono scoperte o vengono inventate? Queste domande che riassumono un antico conflitto medico-scientifi-

co, appaiono estremamente importanti nella realtà della medicina delle migrazioni, dove spesso la diagnosi può essere il risultato di un pregiudizio culturale. Infatti la concettualizzazione iniziale dello stato morboso comporta sempre un criterio oggettivo, cioè l'incapacità di produrre lavoro per se stessi e per la società, e un criterio soggettivo, che va dall'indisposizione al dolore. Radici comuni designano la malattia da un lato e il male, il cattivo e il brutto dall'altro. Il concetto di malattia non è socialmente neutro, ma si lega a un giudizio morale ed estetico.

Le politiche sanitarie delineate dalle disposizioni vigenti, in un'ottica di complessiva tutela della salute pubblica mirano a garantire la verifica e l'eventuale ripristino della salute di tutti gli immigrati presenti e, per realizzare tale scopo, hanno eliminato barriere di natura giuridica e cercato di contrastare eventuali barriere di natura economica. L'obiettivo generale del sistema sanitario pubblico riconoscibile nelle disposizioni vigenti è quello dell'accessibilità ai servizi sanitari pubblici, quindi la loro organizzazione in funzione di una reale fruibilità per i pazienti stranieri.

Considerazioni conclusive

Il fenomeno immigratorio, benché sempre più strutturato, si presenta ancora molto diversificato, nel territorio e nel tempo e per le caratteristiche dei vari progetti immigratori. Si può disegnare una mappa delle presenze di immigrati, legate al lavoro e alle possibilità di fuga dai vari Paesi in guerra.

Le persone provengono da oltre 180 nazioni diverse, in rapporto alla situazione politica, sociale ed economica di quel determinato paese: la Cambogia nel 1979, la Polonia nel 1986, gli altri paesi dell'est nel 1989, l'Albania o il Pakistan nel 1990, la Somalia e l'ex Jugoslavia nel 1994, e, a seguire, di nuovo l'Albania, la Cina, il Kurdistan, la Sierra Leone, il Marocco e il Ruanda, la Romania, l'Egitto, l'Ucraina. Certamente più è lontano geograficamente un Paese dall'Italia, più diventa difficile la possibilità di emigrare. Nonostante le guerre, pochissime persone hanno raggiunto l'Italia dall'Afghanistan o dall'Iraq.

Gli accordi internazionali, possono determinare accelerazioni o rallentamenti delle migrazioni in particolare in rapporto alla politica dei visti, alle guerre recenti o in corso come in Sudan, Eritrea, Somalia, ex Jugoslavia, ex Zaire oggi Repubblica democratica del Congo, Ruanda, Albania e Kurdistan.

Ma in questo variegato mondo di lingue, culture, tradizioni diverse, ci sono alcuni dati assimilabili e di grande importanza. Sono soprattutto persone giovani, tra i 20 e i 40 anni; è presente un costante aumento di bambini, molti dei quali nati in Italia; negli ultimi anni sono presenti anche molti anziani, specie tra gli sfollati da zone di guerra o tra gli immigrati provenienti dall'est o, ancora più recentemente, grazie ai ricongiungimenti familiari. Attualmente si osserva una progressiva equiparazione tra uomini e donne, ma con rapporti che cambiano in relazione alle zone considerate. Nelle città, sedi di ambasciate, di agenzie di emi-

grazione, e di associazioni, le donne sono in costante aumento, e per alcune etnie sono in percentuale maggiore rispetto agli uomini.

Certamente, la presenza di famiglie ha cambiato notevolmente lo scenario immigratorio. Di conseguenza, avremmo dovuto modificare il modello di assistenza sanitaria proposto dal nostro Servizio Sanitario Nazionale. Eppure, così non è stato. Invece di accettare la presenza di persone provenienti da culture altre, e rimodellare una offerta di servizi socio-sanitari diversificati, elastici e soprattutto a misura umana, si è preferito cercare di rivolgere agli stranieri quei servizi che non erano più attenti alle persone, ma solo alle malattie. Si è travasato nei servizi una massa di persone straniere che hanno sostituito nelle fruibilità del servizio stesso gli italiani che ormai, ad eccezione dei servizi di emergenza e di alta tecnologia, si rivolgono al privato. Si tratta di una percentuale di oltre il 25-30 % dell'intera popolazione che si serve dei servizi pubblici. È ancora lontano però lo sviluppo di una medicina attenta alle complesse problematiche delle persone con il rispetto delle diverse dignità e culture, non solo straniere, ma anche dei diversi strati sociali degli italiani.

Occorrerà in futuro impegnarsi perché la presenza degli stranieri rilanci una politica socio-sanitaria più attenta alle fasce deboli della popolazione, alle famiglie che vivono in precarie condizioni socio-economiche e culturali. In questo contesto occorre ribadire che il "Sistema Sanità" debba essere nazionale, universale, solidale e pubblico. Infatti anche negli anni caratterizzati da una fase economica difficile, pur in presenza della consapevolezza della necessità di riformare il Sistema Sanitario Nazionale, non era mai stato messo in discussione il diritto universale alla salute, così come sancito dall'art. 32 della Costituzione.

Paradossalmente, potrà essere il fenomeno immigratorio a contribuire a determinare un nuovo modello di sanità più attento alla realtà delle persone che ai profitti nell'erogazione di prestazioni. Infatti al 31 dicembre 2003 sono terminate le procedure per la regolarizzazione di tutti gli immigrati che ne avevano diritto secondo quanto previsto dalla legge n. 189 del 2002 (nota come legge Bossi-Fini). Le domande di regolarizzazione presentate nel periodo di tempo intercorrente fra il 10 settembre ed il 10 novembre 2002 sono state 702.156. Dal giorno in cui questi immigrati hanno presentato tali domande sono diventati cittadini a tutti gli effetti nei confronti del Sistema Sanitario Nazionale ed hanno acquisito il diritto a tutte le forme di prevenzione, diagnosi e cura come gli altri cittadini italiani. Il Sistema Sanitario Nazionale in questo caso ha rappresentato uno straordinario strumento di inclusione sociale e di integrazione. Ma quest'evento invece di rilanciare il diritto alla tutela della salute per tutti nelle modalità in cui viene concretamente garantito si presenta sempre meno equo. Infatti negli ultimi anni sembra di assistere ad un progressivo slittamento verso una gestione della sanità improntata ad un forte economicismo, con il risultato di mettere in secondo piano la complessa strategia necessaria per promuovere e tutelare la salute dei cittadini: sembra emergere una riduzione impropria della tutela della salute al mero processo di erogazione di prestazioni sanitarie. In questo contesto spesso le regioni si sono limi-

tate ad erogare o "vendere" prestazioni sanitarie senza intervenire sulle cause delle malattie e senza promuovere un'adeguata prevenzione.

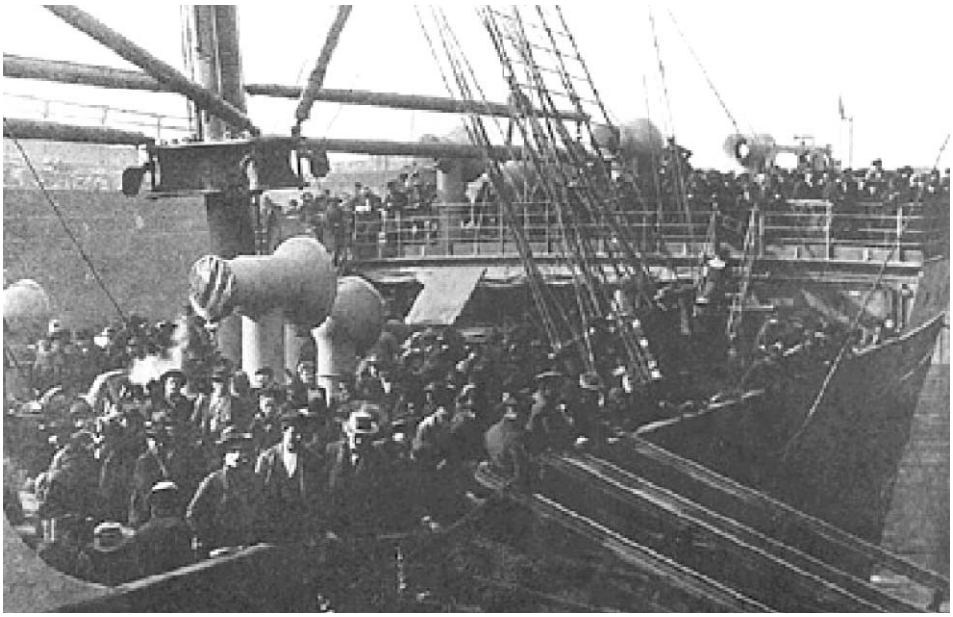
Oggi siamo riusciti a rendere fruibili alcuni servizi alle famiglie immigrate, ma senza che la medicina indagasse sulle cause di malattie dovute al lavoro nero; siamo capaci di praticare interruzioni volontarie di gravidanza nelle strutture pubbliche, ma siamo ancora lontani dal favorire la maternità responsabile per le donne immigrate che percepiscono spesso la gravidanza come l'anticamera del licenziamento. Ancora molta strada si dovrà fare perché la salute delle fasce più povere della popolazione, siano esse straniere o italiane, venga tutelata davvero.

Riferimenti bibliografici

Augé M. (2002), *Diario di guerra*. (tr. it.), Torino, Bollati Boringhieri.
Bianchini C., Marangi M., Meledandri G., Morrone A. a cura di (2000), *Medicina Internazionale*, Roma, Società Editrice Universo (SEU).
Brauman R. (2002), *L'Action humanitaire*, Paris, Flammarion.
Campra R. (1982), *L'identità e la maschera*, Roma, Editori Riuniti.
Caritas (2003), *Immigrazione-Dossier Statistico*, Roma, Anterem.
Cassel E. J. (1976), *The healer's art: a new approach to the doctor-patients relationship*, New York, Lippincott.
Castiglioni M.(1997), *La mediazione linguistico-culturale. Princìpi, strategie, esperienze*, Milano, Franco Angeli
Cavalli-Sforza L., Cavalli-Sforza F. (1994), *Chi siamo. La storia della diversità umana.* Milano, Mondadori.
Commissione per le Politiche di Integrazione degli Immigrati (2002), *Secondo Rapporto sull'Integrazione degli Immigrati in Italia*.
Del Lago A. (2000), *Non persone. L'esclusione dei minori in una società globale*, Milano, Feltrinelli.
Di Cristofaro Longo G. (1993) *Identità e cultura*, Roma, Studium.
Luigi Di Liegro (1997), *Immigrazione. Un punto di vista*, Roma, Sensibili alle foglie.
Fabrega H. (1974), *Disease and social behaviour*, London, Mit. Press.
Ferrarotti F. (1988), *Oltre il razzismo*, Roma, Armando Editore.
Giordano M. (2003) *Attenti ai buoni. Truffe e bugie nascoste dietro la solidarietà*, Mondatori, Milano.
Grmek M. D. (1993), "Il concetto di malattia", in Grmek M.D. (a cura di) *Storia del pensiero medico occidentale*, Roma-Bari, Laterza, vol.1.
Haller S. (1997), "Il mediatore familiare", in *Famiglia Oggi*, anno XX, 11 novembre.
Hancock G. (1989), *Lords of poverty*, London, MacMillan London Limited.
Hollingshead A.B. e Redlich F.C. (1965), *Classi sociali e malattie mentali*, (tr. it.), Torino, Einaudi.
Illich I. (1976), *Nemesi medica*, tr. it. Milano, Mondadori.

Ismail Mohamed Marian (2001), *Il corpo violato. Le mutilazioni genitali femminili*, Roma, Percorsi Editoriali.
La Gumina S., Cavaioli F., Primeggia S., Varacalli J. (a cura di), (2000), *The Italian American Experience: An Enciclopedia*, New York, Garland publishing.
Marcon G. (2002), *Le ambiguità degli aiuti umanitari. Indagine critica sul terzo settore*, Milano, Feltrinelli.
Morrone A. (1999), *L'altra faccia di Gaia. Salute, migrazione e ambiente tra Nord e Sud del Pianeta*, Roma, Armando Editore.
Morrone A., Mazzali M., a cura di (2000), *Le stelle e la rana. La salute dei migranti: diritti e ingiustizie*, Milano, Franco Angeli.
Morrone A., Mazzali M., Tumiati M.C., a cura di (2000), *La Babele ambulante. Parole intorno ai mondi che migrano*, Roma, Edizione Sensibili alle foglie.
Pittau F., a cura di (2001), *La nuova realtà socio-demografica dell'immigrazione femminile*, Roma, Percorsi Editoriali.
Pollack J. C. (1972), *La medicina del capitale*, (tr. it.), Milano, Feltrinelli.
Porfiri E. (a cura di), (2000), "Dossier: l'immigrazione in Italia", *Il Mondodomani*, gennaio.
Porta V. e Calderini G. (1967), "Indagine medico-sociale sul tentato suicidio", in *Suicidio e tentato suicidio in Italia*, Milano, Giuffrè.
Sassen S. (1999), *Migranti, coloni, rifugiati* (tr.it.), Milano, Feltrinelli.
Schain M. A. (1985), "Immigrants and Politics in France", in John S. Ambler (a cura di), *The French Socialist Experiment*, Philadelphia
Todorov T. (1992), *La conquista dell'America*, Torino, Einaudi.
UNDP (2003), *Human Development Report 2003. Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty.* Oxford University Press.
UNFPA (2003), "Population and Poverty: Achieving Equity, Equality and Sustainability" New York PDS Number 8.
WHO (2002), *Poverty and health – Evidence and action in WHO's European Region*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (EUR/RC52/8).

Ellis Island, New York 1905: punto d'approdo per gli emigranti negli Stati Uniti.



L'arrivo in nave a New York nel 1900.

Italiani che sbarcano dalla nave a vapore Princess Irene a Ellis Island nel 1905.

Esame degli occhi e della pelle degli immigrati a Ellis Island nel primo novecento.

Visita medica di giovani donne immigrate a Ellis Island nel primo novecento.

Immigrati italiani respinti da Ellis Island, in attesa di essere reimbarcati nel 1924.

Assistenza sanitaria agli immigrati: politiche locali e diritto sovranazionale

Salvatore Geraci - Barbara Martinelli* - Pierfranco Olivani°*
Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

** Area sanitaria Caritas Roma, ° Naga Milano*

Le basi etiche del diritto alla salute

E' ormai diffusamente accettato che la tutela della salute di ogni individuo risponde a un'esigenza di solidarietà umana e, contemporaneamente, ad una logica di prevenzione collettiva. Ma nella storia dell'uomo il diritto alla salute è una acquisizione recente; alcuni autori implicitamente lo ritrovano nel diritto più nobile e antico che è quello alla vita, indicando che «il significato etico della salute è strettamente legato al valore intrinseco della vita umana, valore che contemporaneamente si presenta come dono ricevuto e come compito da realizzare; il valore morale della salute - la preziosità - non corrisponde solo a quello della vita come dono che deve essere preservato e protetto, ma anche a quello della vita come compito che dovrebbe essere realizzato in modo compiuto» (I. Carrasco de Paula, 1996). La vita è quindi condizione per tutti gli altri beni ed è il primo dei beni: in questo senso il diritto alla vita fonda il diritto alla salute. Per altri la salute è sempre stata un'aspirazione ed un bisogno, ed «un bisogno può trasformarsi in un diritto quando esistono le condizioni storiche per dargli risposta su scala universale» (G. Berlinguer, 1994). L'apparente dualismo tra diritto intrinseco alla vita o conquista storico-sociale potrebbe essere colmato considerando la salute come un principio morale che ha valore in sè e che si associa ad un obiettivo giuridico-politico: appunto il diritto alla salute. Comunque, quello alla salute è un diritto positivo ed ormai universalmente acquisito, e ciò è evidente nelle politiche che ne conseguono: non si sollecita la società a non interferire, in modo da proteggere genericamente la salute, ma al contrario questo diritto crea alla società obblighi attivi di promozione della salute. Questo diritto si esplicita nel non subire minacce o danni contro la propria integrità psico-fisica (e qui rientra tutto il concetto di medicina preventiva, igiene ambientale, tutela sul lavoro, ...), a non essere impedito o discriminato all'accesso ai mezzi di prevenzione e cura delle malattie. Ed ancora, la società deve complessivamente muoversi per assicurare condizioni di vita che non ledano lo stato di salute dell'individuo nel bene del singolo e della collettività. Da parte sua l'individuo ha l'obbligo di partecipare al

diritto alla salute, avendo possibilità di scelta consapevole delle stesse cure e di avere attenzione per primo del proprio corpo e di usare i mezzi adeguati a tale scopo. La salute è quindi una condizione di equilibrio o meglio di compromesso tra scelte individuali, quando queste sono possibili, e l'ambiente naturale, familiare e sociale, dove la norma, la prassi del diritto, la scelta della politica sanitaria e sociale dovrebbe assicurare il migliore compromesso possibile.

Ciò è stato applicato nelle politiche sanitarie dei vari Stati in modo diverso. La storia contemporanea evidenzia che nelle Nazioni che hanno impiantato sistemi assicurativi sociali obbligatori (Francia e Germania) o che si siano mossi in un'ottica di servizi sanitari nazionali (Italia, Spagna, Gran Bretagna) è stata prodotta una minore spesa sanitaria e un livello complessivo di salute migliore (in termini di forbice più stretta tra popolazione sana e 'sofferente', cioè in condizione di disagio socio-sanitario) rispetto ad esempio agli Stati Uniti dove ha prevalso un sistema, basato sulle assicurazioni private, a volte più efficiente ma più costoso e meno efficace in termini collettivi e di protezione delle classi più svantaggiate (G. Maciocco, 2002). Nonostante ciò, alcune 'storture' del sistema e cioè l'incondizionata garanzia del superfluo, la richiesta generalizzata di gratuità confusa spesso con l'equità, la rinuncia a governare 'la macchina' in un ottica di sanità pubblica ma piuttosto con una aziendalizzazione dettata da parametri economici, hanno manifestato i limiti o meglio le tendenze regressive del welfare state.

Nonostante i progressi della medicina e una diffusa democratizzazione delle politiche, dalla metà degli anni Ottanta la differenza nello stato di salute tra i gruppi all'interno di ogni paese con particolare riferimento alle Nazioni industrializzate, calcolata per classi sociali, reddito e livello d'istruzione, è in una fase dilatativa e questa tendenza non accenna a modificarsi (G. Maciocco, 2002; E. Buiatti, M. Geddes, 1990). Ciò perchè non sempre il diritto alla salute si è integrato con altri diritti, con riferimento a quelli sociali (lavoro e reddito, salubrità degli ambienti di vita, adeguata alimentazione, ...) ed in particolare con il diritto all'assistenza sanitaria: di fatto non c'è eguaglianza tra diritto alla salute e diritto all'assistenza che è condizionato da situazioni economico-sociali e scelte politiche contingenti e dalla capacità di organizzazione dei cittadini per dare voce a tale diritto.

Il diritto all'assistenza viene definito come un diritto di seconda generazione basato sull'idea di uguaglianza e di giustizia (a differenza del diritto alla vita o alla salute, di prima generazione basati sulla libertà) e ciò porta a concepire l'assistenza sanitaria come un diritto esigibile secondo giustizia (D. Gracia, 1994), quindi con la possibilità, quando le politiche non sono 'illuminate', di escludere più o meno ampie fette della popolazione. Tutto ciò assume drammatica evidenza parlando di immigrati: discriminati socialmente e politicamente, più a rischio per le condizioni di vita, nella migliore delle ipotesi tollerati e comunque esclusi da forme partecipative. Se a ciò aggiungiamo per alcuni di loro, per altro quelli maggiormente a rischio per mancanza di ogni forma di tutela, anche la condizione di irregolarità giuridica, è facile comprendere la precarie-

tà della loro condizione di salute e della loro 'protezione'.

Diritto alla salute degli immigrati in Italia in un ottica locale

La Costituzione italiana all'art. 32 recita: *"La Repubblica Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"*. Considerando che l'art. 2 afferma il rispetto dei *"diritti inviolabili dell'uomo"* nonchè *"l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale"*, appare evidente come la Costituzione, stabilisca il principio del diritto alla tutela della salute, riconoscendo come destinatari tutti gli individui: non solo i cittadini italiani ma *chiunque* si trovi all'interno dei confini della Repubblica. Ovviamente la Costituzione ha una valenza programmatica ma non attuativa: infatti, per i cittadini italiani il diritto alla tutela della salute ha conosciuto un'evoluzione costante in campo giuridico e, di riflesso, nell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Partendo dalle sollecitazioni costituzionali e dalla riforma sanitaria del 1978, gli stranieri in Italia progressivamente sono stati "inclusi" nei percorsi dei diritti e dei doveri per quanto attiene la tutela sanitaria.

Per lungo tempo nel nostro Paese questo ambito è stato disciplinato da un numero impressionante di norme, aventi diverso 'peso specifico'; alcune questioni rilevanti sono state addirittura affrontate attraverso l'emanazione di decreti legge ripetutamente reiterati, di cui parte poi decaduti. Ne é risultata una pletora, una frammentazione e una provvisorietà normativa, che evidentemente non ne ha favorito una diffusa conoscenza e corretta applicazione. La 'svolta' è avvenuta con l'emanazione, nel marzo del 1998, della Legge 40, poi confluita nel D.Lgs. 286 del luglio 1998, dal titolo: "*Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*" (TU) e nonostante la nuova legge sull'immigrazione a firma di Bossi e Fini[1] abbia una impostazione diversa dalla precedente, di cui modifica alcuni passaggi sostanziale (essenzialmente sull'ingresso e sulle espulsioni), gli articoli di tutela sanitaria per gli stranieri contenuti nel TU non vengono modificati, a sottolineare una sostanziale condivisione politica circa questo tema. Ciò per altro è dimostrato dal fatto che Regioni di colore politico diverso da chi ha predisposto l'articolato sanitario (in quel periodo era ministro della sanità l'on. Rosy Bindi che a sua volta riprendeva una impostazione specifica sul tema proposta dal suo predeces-

[1] Legge nazionale n. 189 del 30/07/2002: "Modifica alla normativa in materia di immigrazione ed asilo".

sore, prof. Elio Guzzanti) hanno non solo cercato di far conoscere ed applicare la normativa ma l'hanno implementata a livello locale (due esempi per tutti sono la Regione Lazio e il Veneto).

Attualmente coloro che sono presenti regolarmente in Italia con un permesso di media e lunga durata, devono (è un diritto/dovere) essere iscritti al Servizio Sanitario Nazionale ed anche coloro che sono presenti temporaneamente, sebbene in condizione di irregolarità giuridica, hanno garantite le prestazioni urgenti, essenziali, continuative e preventive in una logica di tutela del singolo che diventa tutela della collettività. Per i minori e le donne straniere si è costruito un sistema che permette di intercettare con certezza il bisogno sanitario, spesso intrecciato con quello sociale, e che fornisce gli strumenti, almeno normativi, per rispondere concretamente.

Tuttavia affinché il diritto formale (possibilità di accesso) garantito dalla legge si trasformi in diritto reale (fruibilità delle prestazioni) è indispensabile un'efficace politica sanitaria a livello locale: è a livello regionale, considerato anche l'avanzato federalismo proprio in sanità, che bisogna guardare perchè delle buone norme nazionali diventino prassi ed il diritto dalla carta si realizzi nella quotidianità; bisogna vigilare perchè la burocrazia, nazionale e locale, non ricominci a tessere la sua ragnatela che spesso paralizza anche le migliori intenzioni di tutela.

Dal 1996, l'Area sanitaria della Caritas romana ha raccolto e monitorato gli atti regionali in questo specifico ambito (Osservatorio per le politiche sanitarie locali per immigrati e zingari). Sono state analizzate e confrontate oltre tutte le normative nazionali sull'immigrazione e per la tutela della salute per questi "nuovi cittadini", 20 leggi regionali (3 sono state abrogate più 3 proposte), 1 legge provinciale ed 1 progetto di legge provinciale sull'immigrazione, 12 modifiche, 37 altre leggi regionali collegate, 90 delibere regionali, 9 delibere di Giunta provinciale, 69 circolari e note regionali e 2 provinciali con specifica attenzione circa gli aspetti sanitari, 56 progetti specifici, 18 piani sanitari regionali e 2 bozze di piano, 1 decreto regionale dell'Assessorato alla Sanità (S. Geraci, B. Martinelli, 2002).

La maggior parte delle leggi regionali sono state emanate nel 1990 e si sono ispirate alla legge n. 39/1990[2], alcune alla legge 943/1986[3] e al decreto 489/1995[4], mentre solo 4 alla 286/1998, di cui 3 sono ancora proposte/progetti di legge.

---

[2] Legge nazionale n. 39 del 28/02/1990:"Norme urgenti in materia di asilo politico, di ingresso e soggiorno dei cittadini extracomunitari e di regolarizzazione dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea".

[3] Legge nazionale n. 943 del 30/12/1986:"Norme in materia di collocamento e di trattamento dei lavoratori extracomunitari immigrati e contro le immigrazioni clandestine".

[4] Decreto legge n. 489 del 18/11/1995:"Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea".

Dopo l'uscita del Testo Unico solo la Puglia ha emanato una nuova legge regionale sull'immigrazione (in cui però manca un riferimento specifico all'ambito sanitario), la Provincia di Trento ha presentato (maggio 2001) un disegno di legge: "*Politiche per l'integrazione degli stranieri e la convivenza interculturale*", in cui è ampiamente trattato il tema della salute e nell'ambito dell'assistenza agli stranieri non iscritti al SSN è previsto un ampliamento degli ambiti garantiti rispetto all'attuale normativa nazionale (Prevenzione, Cura e Riabilitazione dei soggetti Tossicodipendenti, persone con HIV e Tutela della Salute Mentale).

La regione Lazio ha elaborato una proposta di nuova legge regionale (marzo 2003) concernente "*Iniziative regionali in favore dell'integrazione sociale degli stranieri immigrati e delle loro famiglie*", infine l'Emilia Romagna ha prodotto un progetto di legge*: "Norme per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati*" che la Giunta regionale (luglio 2003) ha deliberato di proporre al Consiglio Regionale per l'approvazione definitiva.

Comunque c'è da dire che diverse Regioni, pur non avendo emanato una nuova legge regionale sull'immigrazione, hanno recepito le nuove direttive nazionali attraverso iniziative a carattere locale, concretizzatesi in Delibere e Circolari regionali e Piani per la politica immigratoria (anche se in quest'ultimi raramente si sono riscontrati progetti in ambito sanitario, possibilità prevista dalla normativa nazionale).

Attualmente il panorama delle politiche locali sull'assistenza sanitaria agli immigrati appare nel complesso variegato e diversificato nelle varie regioni come dimostrano gli esempi che riportiamo.

Il Veneto, sulla spinta di una crescente consistenza numerica degli stranieri nella regione, ha costantemente governato le problematiche sanitarie con delibere, note e circolari regionali, prontamente adeguatesi alla normativa nazionale (già dal 1991 varie indicazioni e nel 1996 con la D.G.R. 3264 ha definito un "*Progetto regionale in materia di assistenza agli immigrati ed emarginati*") ed enfatizzando l'importanza della formazione di tutti gli operatori socio-sanitari. Per altro questa Regione ha istituito, ai sensi della D.G.R. n° 5105 del 28.12.1998, un gruppo tecnico regionale per proporre, organizzare e monitorare "*Iniziative sanitarie in materia di immigrazione*" che dal 2000, dopo alcune esperienze pilota, ha pianificato un percorso formativo destinato agli operatori delle Aziende Sanitarie della Regione che negli ultimi due anni ha coinvolto 15 Az. Ulss e formato quasi 1.000 operatori sanitari.

La normativa della Regione Lazio è densa di delibere e circolari regionali tra cui segnaliamo quelle per la regolamentazione dell'accesso all'assistenza sanitaria per lo straniero temporaneamente presente. Con tali strumenti la Regione si è prontamente adeguata alla normativa nazionale ed anzi ha chiarito ambiti di possibile ambiguità della stessa con riferimento anche alla componente regolare. Per prima in Italia ha emanato delle *Linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri* che si caratterizzano per chiarezza e completezza. Anche nel recente Piano Sanitario Regionale ampio e significativo spazio è stato dedicato a questo tema.

La Regione Marche si caratterizza per avere emanato una nuova legge regionale, anche se subito prima dell'emanazione del TU sull'immigrazione. In particolare, nell'articolo specifico dell'assistenza sanitaria si parla di campagne di prevenzione collettiva e di indagini epidemiologiche (comprese le campagne di educazione sanitaria e di prevenzione anche per l'immigrato) e di promuovere attività formative specifiche per gli operatori socio-sanitari, indispensabili per migliorare la capacità di lettura, interpretazione e comprensione delle differenze culturali intrinseche nel concetto di salute. Infine la Regione, per stimolare l'aggiornamento dei responsabili dei servizi sanitari, promuove seminari periodici di alto livello o direttamente o attraverso le aziende sanitarie, gli organismi nazionali, internazionali e le associazioni del volontariato che operano in ambito specifico.

La Puglia è stata l'unica regione ad avere prodotto una nuova legge locale dopo l'emanazione del Testo Unico sull'immigrazione ed il relativo Regolamento d'attuazione. Tale legge ha dato ampio spazio alle azioni e agli interventi di competenza dei Comuni ed alla programmazione degli interventi di competenza della Regione; nessun cambiamento rilevante, invece, si è avuto in ambito sanitario: nonostante sia stato abrogato l'art. 8 della L. 29/1990 (la vecchia legge regionale sull'immigrazione) relativo alla tutela della salute, nella nuova legge manca un articolo in merito. Un chiaro segnale positivo è stato apportato dal nuovo Piano Sanitario Regionale 2002-2004 - *Piano della Salute e Sistema integrato di Interventi e Servizi Sociali* - in cui nell'assistenza a *categorie particolari* sono stati inseriti anche gli stranieri extracomunitari non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, ai quali deve essere garantito quanto previsto dalla normativa nazionale attraverso una capillare opera di educazione e sensibilizzazione.

La Campania e la Sicilia, seppure lentamente, si stanno adeguando con circolari e Piani Sanitari Regionali alla normativa nazionale. In particolare recentemente la Sicilia ha emanato le "*Linee guida per l'assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari*", al fine di impartire alle aziende sanitarie siciliane precise direttive sul tema e fornire idonea modulistica uniforme per la rendicontazione delle prestazioni erogate per cure ambulatoriali e ospedaliere. Un accenno viene dato sul tema, a nostro avviso strategico, della formazione.

Solo la Basilicata, la Calabria, la Sardegna ed il Molise non hanno provveduto ad aggiornarsi adeguatamente rispetto ai riferimenti nazionali.

A fronte di una buona politica sanitaria regionale, non sempre corrisponde una capillare attivazione dei servizi a livello territoriale, ma viceversa è anche capitato che la lettura di delibere e atti formali spesso nasconda un impegno maggiore e più capillare di quanto l'atto formale non indichi.

Dopo la legge Bossi-Fini e la legge n. 222/2002: "*Disposizioni urgenti in materia di legalizzazione del lavoro irregolare di extracomunitari*", alcune Regioni (Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Umbria, Provincia autonoma di Bolzano, Provincia autonoma di Trento, Veneto) hanno emanato circolari o delibere precisando che gli stranieri extracomunitari che hanno fatto domanda di regolarizza-

zione possono iscriversi temporaneamente al SSN. Il primo atto è quello della Regione Lazio (ottobre 2002), l'ultimo è della Campania (luglio 2003).

Questa eterogeneità regionale in termini di tempi e di scelte programmatiche specifiche, ci rende consapevoli di come il tema dell'immigrazione abbia notevolmente risentito in questi anni di un approccio esasperatamente ideologico e di come sia spesso strumentalizzato dalle parti politiche in modo demagogico. Riteniamo che ciò in generale non favorisca un confronto pacato ed un dibattito onesto, con una eccessiva attenzione all'aspetto della clandestinità che, del fenomeno immigratorio, è componente certamente minoritaria. Questo è però tanto più necessario in campi, come quello della salute, ove è possibile radicare i ragionamenti e le decisioni su solide basi scientifiche. Ed è su queste basi - ed in particolare su quell'approccio di sanità pubblica che connota le attuali politiche sanitarie - che esprimiamo il nostro apprezzamento sulla strada intrapresa (S. Geraci, M. Marceca, 2002). Pensiamo che l'esperienza italiana possa essere modello per politiche sanitarie sovranazionali che sappiano unire attenzione alle persone, equità e convenienza in termini di sanità pubblica (prevenzione delle malattie in particolare quelle trasmissibili) ed anche economicità del sistema (percorsi assistenziali appropriati producono minore dispersione di risorse).

Tutela della salute degli immigrati in Europa: per un diritto sovranazionale

Negli anni '70-'80, caratterizzati dai primi grandi flussi migratori da Paesi extracomunitari verso l'Europa, il diritto alla salute è stato progressivamente esteso anche agli immigrati regolarmente presenti negli Stati dell'Unione Europea. Quindi, negli ultimi decenni questo diritto, nelle moderne legislazioni degli Stati dell'Unione, si è affermato sempre più, non solo come diritto del cittadino, ma come diritto di ogni individuo. Vogliamo approfondire il tema della tutela della salute dell'immigrato in condizione di irregolarità giuridica, come indicatore di equità nel sistema e lungimiranza in termini di sanità pubblica. Nel corso degli ultimi dieci anni alcuni Stati hanno provveduto a legiferare su questo tema e indipendentemente dall'orientamento politico dei propri amministratori, in tali Paesi ci si è resi conto della necessità di porre rimedio ad una situazione di grave lesione di diritti dell'individuo e si è pertanto cercato di adottare disposizioni che prevedessero l'accesso alle cure, se pur in modo variabile ed eterogeneo, anche per gli stranieri irregolarmente soggiornanti.

In altri Stati si è scelto di operare attraverso limitazioni o sospensioni delle decisioni di allontanamento al fine di consentire ai soggetti interessati la permanenza sul territorio dello Stato ed il conseguente accesso alle strutture sanitarie.

Paesi quali Italia, Francia, Belgio, Germania, Regno Unito e Spagna hanno già da tempo avviato procedure al fine di garantire ai cittadini dei paesi terzi tem-

poraneamente non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sul proprio territorio, varie forme di accesso alle cure mediche essenziali.

In Spagna, sin dal gennaio 2000, l'accesso alle cure degli stranieri in posizione irregolare è garantito dalla legge, se pur subordinato, dal gennaio 2001, all'iscrizione in apposite liste comunali.

Nel 1997 la nozione di "sospensione temporanea di espulsione" è stata introdotta nella legislazione tedesca al fine di proteggere dal rimpatrio le persone gravemente malate o già in terapia per determinate patologie.

In Belgio l'accesso alle cure mediche, per stranieri privi di permesso di soggiorno, è previsto dalla legge, ed è ottenibile dietro semplice presentazione di una domanda al Centro pubblico di assistenza sociale del Comune per "un'assistenza medica urgente".

Nel Regno Unito l'accesso alle cure "urgenti" è garantito a tutte le categorie di stranieri irregolarmente presenti sul territorio dello Stato.

La legislazione francese fornisce attraverso la "CMU" (Couverture Maladie Universelle) assistenza medica generale a qualsiasi straniero che possa attestare l'esistenza di una pratica in corso in prefettura (appuntamento, convocazione, richiesta di permesso di soggiorno, autorizzazione provvisoria di soggiorno di qualsiasi durata). Gli stranieri sprovvisti di elementi che comprovino l'esistenza di una pratica in corso accedono gratuitamente alle cure attraverso la AME (assistenza sanitaria statale).

Il quadro normativo sommariamente descritto tutela solo in parte la salute degli individui presenti sul territorio dell'Unione e non garantisce un livello uniforme di protezione (MSF France, 2001). A risentire di tale vuoto normativo, non sono solo i destinatari della disciplina proposta - i così detti cittadini dei paesi terzi temporaneamente non in regola con le norme relative al soggiorno - ma tutta la popolazione residente.

Il Trattato di Amsterdam, in vigore dal 1 maggio 1999, ha stabilito, per la prima volta, la competenza della Comunità in materia di asilo e immigrazione. Successivamente, nell'ottobre 1999, il Consiglio Europeo di Tampere ha riconosciuto che "gli aspetti separati, ma strettamente connessi, dell'asilo e della migrazione richiedono la definizione di una politica comune dell'UE" e ha definito gli elementi che essa dovrebbe comprendere, cioè il partenariato con i paesi di origine, un regime europeo comune in materia di asilo, l'equo trattamento dei cittadini dei paesi terzi e la gestione dei flussi migratori.

In questo quadro ed all'interno di un procedimento di armonizzazione europea, l'Area sanitaria della Caritas romana, le associazioni Naga di Milano e Oikos di Bergamo, con la consulenza di eminenti studiosi di diritto internazionale, hanno predisposto una proposta di Direttiva del Consiglio dell'Unione Europea, per porre l'accento sulla questione dell'assistenza sanitaria per i cittadini dei paesi terzi temporaneamente non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sul territorio dell'Unione, nell'ottica della realizzazione di uno *spazio di libertà, sicurezza e giustizia* come già precisato nelle Conclusioni

della Presidenza del Consiglio Europeo di Tampere. In quella occasione è stato riaffermato il comune impegno per ancorare la libertà ai diritti dell'uomo, alle istituzioni democratiche ed allo stato di diritto; valori necessari a garantire la pace e sviluppare la prosperità all'interno dell'Unione.

"Tale libertà" proseguono le conclusioni della Presidenza "non dovrebbe, tuttavia, essere considerata appannaggio esclusivo dei cittadini dell'Unione. La sua stessa esistenza serve da richiamo per molti altri che nel mondo non possono godere della libertà che i cittadini dell'Unione danno per scontata. Sarebbe contrario alle tradizioni europee negare tale libertà a coloro che sono stati legittimamente indotti dalle circostanze a cercare accesso nel nostro territorio". La proposta di Direttiva relativa all'estensione dell'assistenza sanitaria per tutti gli stranieri, temporaneamente non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, comunque presenti sul territorio dell'Unione Europea, ritiene fondamentale un approccio volto a creare un equilibrio tra obblighi umanitari, immigrazione legale e lotta contro le organizzazioni criminali dedite alla tratta di esseri umani. Si ritiene che le sole misure di sanzione, repressione e controllo delle frontiere e dei movimenti illegali delle persone non costituiscano una risposta del tutto adeguata. A tal fine è necessario insistere sull'importanza di introdurre misure volte a garantire uno standard minimo di assistenza, dignità e sicurezza alle stesse persone che vivono in condizioni di illegalità.

La proposta di direttiva si prefigge di:

- dare attuazione all'articolo 63, paragrafo 3 del Trattato che istituisce la Comunità Europea;
- dare attuazione alla Carta Sociale Europea di Torino del 18 ottobre 1961, là ove si afferma (art. 13) che ogni persona, priva di risorse sufficienti, ha diritto all'assistenza medica;
- dare attuazione alle Conclusioni della Presidenza del Consiglio Europeo di Tampere del 15 e 16 ottobre 1999;
- dare attuazione alla Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea di Nizza del 7 dicembre 2000 (art. 3, 19, 35);
- dare attuazione alle Conclusioni della Presidenza del Consiglio Europeo di Laeken del 14 e 15 dicembre 2001 (par. 39, 40);
- dare attuazione alle Conclusioni della Presidenza del Consiglio Europeo di Siviglia del 21 e 22 giugno 2002 (par. 26, 27, 28, 29);
- prevedere misure essenziali ai fini di garantire l'assistenza sanitaria ai cittadini dei paesi terzi soggiornanti nel territorio dell'Unione;
- elaborare definizioni comuni e criteri comuni per le nozioni di "cure mediche urgenti", "cure mediche essenziali", "cure mediche continuative", "medicina preventiva", "patologia grave", affinché gli Stati membri che le applicano pervengano ad un approccio comune;
- introdurre, nelle procedure negli Stati membri, un livello minimo ed omogeneo di assistenza sanitaria al fine di assicurare il diritto alla salute nella

Comunità Europea per tutti gli individui;
- rendere concreta la possibilità di accesso alle prestazioni sanitarie, garantendo che tale accesso non sia impedito dallo stato di indigenza, né dalla situazione di irregolarità e pertanto non sia soggetto ad alcun tipo di segnalazione alle autorità di polizia.

Riteniamo che tale approccio risponda ad un mandato etico che ogni stato moderno deve condividere nell'equità, nell'impegno contro le discriminazioni (tutti uguali di fronte a dei diritti irrinunciabili come quello alla vita ed alla salute), nella lotta contro condizioni di patologia e malattia; nel contempo viene salvaguardata una impostazione di sanità pubblica che ben conosce come ogni esclusione produce malattia e disagio socio-sanitario per l'intera popolazione; infine, ed i primi dati cominciamo ad averli proprio in Italia, la garanzia di percorsi assistenziali visibili, certi ed efficaci, produce una economicità del sistema evitando dispersioni ed interventi ripetuti a livelli inadeguati (l'urgenza costa di più della medicina di base).

Conclusioni

Avendo una certezza del diritto, da riaffermare costantemente e da promuovere a tutti i livelli locali ed internazionali, e impegnandosi per ottenere una piena cittadinanza sanitaria da parte degli immigrati, lo sforzo di quanti in questi anni hanno lavorato per garantire una tutela sanitaria agli immigrati spesso tra le pieghe del SSN o nell'ambito del volontariato, sarà quello di una attenta messa in rete di esperienze, risorse e competenze per far sì che l'accesso ai servizi si possa tradurre in una reale fruibilità delle prestazioni. Si apre il tema affascinante della relazione con persone con altri sistemi biomedici di riferimento, della medicina transculturale, del lavoro multidisciplinare, della collaborazione tra pubblico e volontariato, dell'attiva partecipazione degli immigrati.

E' necessario ed urgente avviare un percorso di promozione della salute che, come definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, non si esaurisca nella cura delle malattie ma promuova un benessere fisico, psicologico e sociale a tutela individuale e dell'intera collettività. Politiche di accoglienza, politiche sociali e sanitarie devono integrarsi ed interagire perché la fragilità sociale è il fattore di rischio maggiore per la salute della popolazione immigrata ed il progressivo inserimento ed inclusione nel tessuto sociale, economico e culturale è la migliore forma di prevenzione e benessere per l'intera popolazione.

Questi temi, che rientrano a pieno titolo nelle garanzie di una qualità della vita dignitosa per tutti, dovranno essere gli impegni del domani di tutta la comunità internazionale, con l'augurio che la nostra società superi steccati ideologici e barriere culturali spesso pretestuose e con la certezza che una società del domani "sana" non può che essere una società veramente "meticcia".

Riferimenti bibliografici

Baglio G., Loiudice M., Geraci S. (1995) "Immigrazione e salute: aspetti normativi", in Geraci S., Marceca M., Del Vecchio R. (a cura di), *Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale*, numero monografico di *Annali di igiene, medicina preventiva e di comunità*, Roma, Società Editrice Universo, 7.

Belardinelli S. (1996), "Il diritto alla tutela della salute come diritto fondamentale", in Sgreccia E., Spagnolo A. G. (a cura di), *Etica e allocazione delle risorse nella sanità. Vita e Pensiero, Scienza Medicina Etica*, Roma,12.

Bentivogli F. (a cura di), (1996), *Legislazione regionale in materia di immigrazione e emigrazione*, CNEL - Consulta per l'immigrazione, Roma, 1996.

Berlinguer G. (1994), *Etica della salute*, Milano, Il Saggiatore, 1994.

Bonetti P. (1993), *La condizione giuridica del cittadino extracomunitario*, Rimini, Maggioli Editore.

Buiatti E., Geddes M. (1990), "Classi sociali e salute", *CUAMM Notizie*, Padova, 2.

Cagiano De Azevedo R. , Sposato A. C. (1996) "Migrazioni internazionali ed etica istituzionale", *People on the move*, Pontifical Council for the Pastoral Care of Migrants and Itinerant People, 71.

Carrasco de Paula I. (1996), "Il concetto di salute e la sua dimensione etica", in Sgreccia E., Spagnolo A. G. (a cura di), *Etica e allocazione delle risorse nella sanità. Vita e Pensiero, Scienza Medicina Etica*, Roma, 12.

Comitato Nazionale per la Bioetica (a cura di), (1992), *Bioetica e formazione nel Sistema Sanitario*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma.

Compagnoni F., a cura di (1996), "Etica della vita", *Universo, Teologia, Morale e Spiritualità*, Società S. Paolo, Alba (Cuneo), 47.

D'Andrea M.S. (1996), "La tutela sanitaria dei cittadini extracomunitari in Italia", *Autonomie Locali e Servizi Sociali*, Bologna, Iress Soc. Coop. a r.l., vol. 2/96.

De Bernart M. (1992), "Migrazioni, culture, diritti umani: questioni preliminari ad una cittadinanza societaria", *Studi Emigrazione/Etudes Migrations*, Roma, 107.

Di Liegro L. (1997), *Immigrazione. Un punto di vista*, Roma, Sensibili alle foglie.

Di Pietro P. (1994), "Sanità e diritto: l'assistenza sanitaria agli stranieri in Italia", *Annuario Sanità Italia*, Roma, Publiaci Divisione Editoriale.

Di Ruocco A., Gallotti F. (1991), *Normativa in materia di stranieri*, Milano-Napoli, Editrice Scientifica.

Engelhardt H. G. jr. (1991), *Manuale di bioetica*, Milano, Il Saggiatore.

Fernando S., "The health of ethnic minorities", *International Migration*, 1992.

Gennari M., D'Andrea M.S. (1995), "Assistenza sanitaria agli extracomunitari irregolari e clandestini. Obblighi del medico", *FM Federazione Medica*, supplemento al *Medico d'Italia* n. 37, dicembre.

Geraci S., Marceca M. (2002), "Assistenza sanitaria agli stranieri in Italia: aspetti normativi e programmatici" *in Panorama della Sanità* 18, maggio.

Geraci S., Marceca M. (2001), "Le politiche regionali per la promozione della salute degli immigrati", *Agenzia Sanitaria Italiana (ASI)*, 1/2, gennaio.

Geraci S., Martinelli B. (2002), *Il diritto alla salute degli immigrati: scenario nazionale e politiche locali*, Roma, Edizioni Nuova Anterem.

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

Gerin G. (1995), "I diritti umani", in Romano C., Grassani G., *Bioetica*, Torino, Utet, 1995.

Gnesotto R. (1997), "Diritti Umani. I Principi". *CUAMM notizie*, Padova, 1.

Gracia D., *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*, Milano, San Paolo, 1993.

Gracia D. (1994), "I diritti in sanità nella prospettiva della bioetica", *L'Arco di Giano, Rivista di medical humanities*, Milano, FrancoAngeli, 4.

Granaglia E., Magnaghi M., a cura di (1993), *Immigrazione: quali politiche pubbliche?* Milano, Franco Angeli.

Hopkins A., Bahl V. (a cura di), (1993), *Access to health care for people from black and ethnic minorities*, Royal College of Physicians of London.

Maciocco G. (2002), "I fondamenti della sanità pubblica", in Comodo N. e Maciocco G., *Igiene e sanità pubblica*, Roma, Carocci Faber.

Maciocco G. (2002), "L'evoluzione dei sistemi sanitari", in Comodo N. e Maciocco G., *Igiene e sanità pubblica*, Roma, Carocci Faber.

Magliona B. (1996), "Il diritto alla salute del paziente extracomunitario in condizione di 'irregolarità': problemi medico legali", *Professione sanità pubblica e medicina pratica*, 2.

Marceca M, Geraci S. (1996), "Il fenomeno immigratorio ed il Ssn: necessità di un riorientamento dei servizi", *Quaderni dell'Istituto d'Igiene dell'Università di Milano, Argomenti di Igiene Pubblica ed Ambientale*, Milano, 48.

Marceca M., Berlinguer G., Geraci S. (1995), "La politica sanitaria sull'immigrazione in Italia", in Geraci S., Marceca M., Del Vecchio R., a cura di, *Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale*, numero monografico di *Annali di igiene, medicina preventiva e di comunità*, Roma, Società Editrice Universo, 7.

Marceca M., D'Alessandro D, Fara GM. (1995), "Considerazioni di sanità pubblica riguardo il fenomeno immigratorio", in Geraci S., Marceca M., Del Vecchio R., a cura di, *Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale*, numero monografico di *Annali di igiene, medicina preventiva e di comunità*, Roma, Società Editrice Universo, 7.

Marceca M. (1999), "L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti", *L'arco di Giano*, 22.

Martinelli B., Geraci S. (2002), "Le politiche locali per l'assistenza sanitaria agli immigrati", in Affronti M., Lupo M., Messina M. R. (a cura di), *Atti VII*

Consensus conference sull'immigrazione, Palermo.

Miele R., Palanca V., Palumbo V., Pelliccia L., Tomaselli M.L. (1998), "La nuova legislazione sugli stranieri", *Gli stranieri*, Viterbo, Union Printing Edizioni.

Miglietta G. (1997), "Il diritto alla salute. Una lettura etica in prospettiva mondiale", Documentazione Italia Caritas, Roma, 3.

Montecchi R. (2001), "Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri", in *Bioetica, Diritti Umani e Multiculturalità. Immigrazione e sistema sanitario nazionale*, Milano, Edizioni S. Paolo.

MSF France (2001), *IDEME: Intervention pour les Droits des Étrangers Malades en Europe*, un'azione di Médecins Sans Frontières, Parigi.

Ruberti A. (1996), "Tutela dei diritti umani in Gran Bretagna, Italia e Germania", *Affari Sociali Internazionali*, Milano, FrancoAngeli, 1.

Saulle M. R. (1992), "Il diritto di migrare come diritto fondamentale", *Affari Sociali Internazionali*, Milano, Franco Angeli, 2.

Sgreccia E., Spagnolo A. G., a cura di (1996), *Etica e allocazione delle risorse nella sanità. Vita e Pensiero, Scienza Medicina Etica*, Roma,12.

Spagnolo A. G., Sacchini D., Loiudice M. T. (1996), "Etica e responsabilità del medico nel razionamento delle risorse", in Sgreccia E., Spagnolo A. G., a cura di, *Etica e allocazione delle risorse nella sanità. Vita e Pensiero. Scienza Medicina Etica*, Roma, 12.

Whitehead M. (1990), *The Concepts and Principles of Equity and Health*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

La salute degli immigrati: le iniziative dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio

Giovanni Baglio - Laura Cacciani - Gabriella Guasticchi

Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio
Unità Operativa "Studio dei Fenomeni Migratori"

La rilevanza assunta in questi ultimi anni in Italia dall'immigrazione ha portato ad una crescente attenzione da parte delle istituzioni, sia a livello nazionale che regionale, per le tematiche concernenti la salute della popolazione straniera e le implicazioni del fenomeno in termini di politica e programmazione sanitaria.

Nel Lazio, il Piano Sanitario Regionale 2002/2004, approvato nel luglio del 2002, ha tracciato le linee di orientamento e sviluppo dell'azione programmatoria in tema di immigrazione, individuando in particolare tre aree tematiche.

La prima riguarda l'*accesso alle cure* da parte della popolazione straniera. È questo uno dei nodi cruciali del diritto all'assistenza sanitaria agli immigrati che, accanto alla questione giuridica del riconoscimento formale, pone quella più sostanziale della fruibilità dei servizi sociosanitari, una volta che tale diritto sia stato riconosciuto per legge.

La seconda area tematica è relativa alla *valutazione dei bisogni di salute* degli immigrati. Rispetto a questo punto, l'azione programmatoria è orientata su due obiettivi specifici: da un lato, disegnare un sistema di indicatori adeguati a monitorare nel tempo e a valutare lo stato di salute degli immigrati; e dall'altro, organizzare una rete di osservatori epidemiologici territoriali, coordinati a livello regionale.

Infine, la terza area fa riferimento alla realizzazione di *programmi di prevenzione e assistenza*, orientati alla tutela della salute di gruppi in condizioni particolarmente critiche.

L'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (ASP), nell'ambito di un generale riassetto strutturale e funzionale, si è dotata a partire dal luglio 2001 di una nuova Unità Operativa specificamente dedicata allo studio dei fenomeni migratori. Si tratta di un'importante novità per il Lazio, che rappresenta un segnale forte di attenzione e impegno rispetto a tali tematiche.

L'Unità Operativa "Studio dei Fenomeni Migratori" ha sviluppato le proprie attività in conformità con gli indirizzi della programmazione regionale contenuti nel PSR 2002-2004, individuando tre linee distinte di ricerca e azione:

1. la valutazione dello stato di salute della popolazione immigrata;
2. la valutazione dell'offerta sanitaria;
3. gli interventi di Sanità pubblica.

La valutazione dei bisogni di salute

L'immigrazione è oggi unanimemente considerata un fenomeno stabile e, in qualche misura, strutturale alla realtà demografica e sociale del nostro Paese. Quanto più la presenza degli stranieri diviene rilevante, tanto più forte si avverte l'esigenza di conoscere e di studiare a fondo il fenomeno nei suoi risvolti sociali, culturali, economici e sanitari, al fine di sostenere scelte politico-programmatiche mirate.

Nonostante la volontà espressa di acquisire maggiori conoscenze epidemiologiche sugli stranieri presenti, non sono mancate in questi anni difficoltà legate a diversi ordini di problemi.

In primo luogo, l'eterogeneità della popolazione straniera: quando si parla di immigrati si fa riferimento, in realtà, a gruppi demografici molto diversi tra loro per provenienza, appartenenza etnica, lingua, religione, status giuridico.

Un altro aspetto è quello della dinamicità del fenomeno. L'immigrazione è in rapida progressione, sia sul piano quantitativo che qualitativo, e le caratteristiche demografiche risentono fortemente del processo di sedimentazione sul territorio (aumentano i ricongiungimenti familiari e fanno la loro comparsa i bambini e gli anziani).

Infine, nel passato anche recente, ha pesato l'inadeguatezza dei sistemi di rilevazione epidemiologica nell'identificare i bisogni di salute espressi dalla popolazione immigrata sotto forma di domanda di prestazioni sanitarie.

Rispetto a tali questioni, l'ASP ha sviluppato due differenti approcci.

Il primo punta al potenziamento e alla valorizzazione dei sistemi informativi e degli archivi sanitari esistenti, mediante un'azione pianificata di sviluppo della loro capacità di identificare gli stranieri e descriverne le peculiarità sociodemografiche.

In questa direzione vanno alcuni provvedimenti di revisione dei principali flussi informativi, quali ad esempio: l'introduzione dell'obbligatorietà del campo "cittadinanza" nel tracciato record del Sistema Informativo dell'Assistenza Specialistica (SIAS) dal 1 luglio 2003[1], e del Sistema Informativo Emergenza Sanitaria (SIES) dal 1 gennaio 2003[2]; la modifica del programma di controllo

---

[1] "Aggiornamento del Sistema informativo dell'Assistenza Specialistica (SIAS)", Deliberazione della Giunta Regionale n.1455 del 8 novembre 2002.

[2] "Revisione del tracciato record e dei flussi informativi SIES", Circolare dell'Assessorato alla Sanità n.472 del 5/12/2002.

delle Schede di Dimissione Ospedaliera (QUASIO2003) per la segnalazione dei ricoveri erogati a stranieri irregolari STP, dal 1 gennaio 2003[3].

Accanto agli interventi strutturali sui flussi, in questi anni sono stati attuati diversi tentativi di utilizzare i dati amministrativi a fini di valutazione epidemiologica. Un esempio in proposito è rappresentato dal primo Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio – Anno 2000[4].

Particolare menzione meritano anche gli studi sulla salute riproduttiva delle cittadine straniere[5] e sui traumatismi[6].

Il secondo approccio punta, invece, alla creazione di nuovi flussi informativi, specificamente orientati a monitorare alcuni aspetti particolari del fenomeno migratorio e in grado di raccogliere informazioni relative al primo livello dell'assistenza sanitaria, attualmente non coperto da sistemi informativi correnti.

A tale scopo è in corso un progetto di ricerca finanziato dal Ministero della Salute, dal titolo "Progettazione e sperimentazione di un modello di osservatorio epidemiologico sull'immigrazione"[7]. Obiettivo del progetto è la creazione di un prototipo di rete informativa sanitaria in grado di connettere le diverse strutture pubbliche e del privato sociale che erogano assistenza sanitaria agli immigrati, specialmente a quelli irregolari. Un simile modello di rete potrà essere adottato a livello regionale, al fine di attuare un monitoraggio costante e accurato dei bisogni di salute degli immigrati e individuare le principali aree critiche su cui implementare nuovi modelli di intervento.

Inoltre, l'attenzione per alcune condizioni considerate ad elevato rischio sanitario ha portato alla progettazione di specifiche ricerche epidemiologiche. Particolare rilevanza hanno assunto l'indagine sull'assistenza alla nascita tra le donne immigrate, condotta in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità [8-9] ed uno studio nazionale sull'incidenza dell'AIDS nella popolazione immigrata, tuttora in corso di svolgimento, in collaborazione con il Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità e l'Istituto Italiano di Medicina Sociale[10].

La valutazione dell'offerta sanitaria

La valutazione dell'offerta sanitaria agli stranieri è strettamente collegata al tema delle garanzie di accesso ai servizi e di fruibilità delle prestazioni.

---

[3] "Note sulla gestione del Sistema Informativo Ospedaliero (S.I.O.): revisione per l'anno 2003 e aggiornamento del programma QUASIO2003", Nota dell'Agenzia di Sanità Pubblica Prot.1915/ASP del 10/04/2003.
[4] Baglio G. et al. (2002).
[5] Medda E. et al. (2002).
[6] Farchi S., et al. (2003).
[7] "Progettazione e sperimentazione di un modello di osservatorio epidemiologico sull'immigrazione", Programmi speciali art.12 bis, comma 6, D.Lgs.229/99.
[8] Spinelli A. et al. (2003a).
[9] Spinelli A. (2003b).
[10] Cacciani L. et al. (2003).

In particolare, la questione dell'accessibilità ha assunto in tempi recenti una posizione centrale non solo nell'organizzazione dei servizi di offerta ma nell'ambito delle strategie di tutela della salute degli immigrati.

Il persistere di barriere burocratiche e linguistico-culturali alla fruibilità dell'assistenza sanitaria impone un complessivo ripensamento dei servizi in funzione di un'utenza etnicamente eterogenea e include iniziative di orientamento degli stranieri all'utilizzo delle strutture sociosanitari (ad esempio, in relazione alle modalità di iscrizione al SSR e di accesso alle cure essenziali per gli STP) e la promozione di un sistema di mediazione culturale.

In tale ambito, particolare attenzione viene riservata alla formazione degli operatori sociosanitari sui temi della medicina transculturale e sulla relazione con contesti culturali differenti.

Il contributo che l'ASP si è proposta di dare riguarda l'ambito della valutazione dell'offerta, non solo in termini di accessibilità ma anche di appropriatezza clinica e organizzativa delle cure e di qualità dei servizi resi[11, 12, 13].

Iniziative volte al monitoraggio ed al miglioramento del grado di accessibilità delle prestazioni sanitarie sono state intraprese anche attraverso la partecipazione a tavoli di coordinamento, istituzionali e non (ad esempio, il Gruppo di Lavoro per la Salute degli Immigrati, coordinato dalla Direzione Regionale, Programmazione Sanitaria e Tutela della Salute - Regione Lazio).

Per quanto riguarda l'attività di formazione, l'ASP ha in programma di realizzare un corso per operatori sanitari dedicato alle strategie di Sanità Pubblica in favore delle comunità zingare e alla relazione interculturale, in considerazione delle peculiari necessità di questa popolazione.

Gli interventi di Sanità pubblica

Secondo le indicazioni contenute nel PSR 2002-2004, gli interventi di Sanità Pubblica devono riguardare specifiche aree critiche per la salute degli immigrati, ossia condizioni e/o gruppi di popolazione ad elevato rischio sanitario.

All'ASP spetta il ruolo di coordinamento e di supporto tecnico nell'organizzazione degli interventi di prevenzione e assistenza.

Un'importante iniziativa in tal senso è stata la campagna vaccinale in favore dei bambini Rom e Sinti presenti a Roma, che si è svolta nel corso del 2002 su proposta del Gruppo Regionale Immigrazione e Salute (GRIS - Area Zingari)[14].

L'iniziativa ha assunto un'importante valenza di Sanità Pubblica, non solo in

---

[11] Rossi L. et al. (2002a).
[12] Rossi L. et al. (2002b).
[13] Rossi L. et al. (2003).
[14] Baglio G. et al. (2003).

termini di riduzione del rischio di epidemie nei campi nomadi, ma anche per il livello di collaborazione tra le diverse istituzioni e strutture sanitarie coinvolte, che fa intravedere la possibilità di sperimentare in futuro nuovi modelli operativi integrati "pubblico" – "privato sociale", finalizzati alla tutela delle fasce più deboli della nostra popolazione.

Un'altra area critica emergente, oltre a quella delle vaccinazioni, è rappresentata dalle interruzioni volontarie di gravidanza. A tal proposito, è in corso un'indagine nazionale su conoscenze, atteggiamenti e comportamenti delle donne immigrate rispetto alla pratica delle IVG. L'indagine si svolge sotto il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito di un progetto finanziato dal Ministero della Salute ed è propedeutica alla messa a punto di strategie di prevenzione in favore della popolazione straniera.

Riferimenti bibliografici

Baglio G., Cacciani L., Guasticchi G. (a cura di), (2002), *Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio, anno 2000*, Monografie dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio.

Baglio G., Ciuta T. S., D'Ascanio I., Geraci S., Grandolfo M., Guasticchi G., Motta F., Napoli P. A., Rossano R., Trillò M. E. (2003), *Salute senza esclusione: Campagna vaccinale per i bambini Rom e Sinti a Roma*, Monografie dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio.

Cacciani L., Rosano A., Boros S., Camoni L., Colucci A., Guasticchi G., Rezza G., Urciuoli R., Baglio G., Pezzotti P. (2003), "Time trends in AIDS incidence among immigrants in Italy", 11th Annual Conference EUPHA, *L'armonizzazione delle pratiche di sanità pubblica in Europa*, Roma 20-22 novembre 2003.

Farchi S., Giorgi Rossi P., Chini F., Baglio G., Cacciani L., Lori G., Polenta A., Di Giorgio M., Borgia P., Guasticchi G. (2003), "I traumi negli stranieri extracomunitari: una popolazione ad alto rischio", Convegno *La prevenzione basata sulle prove di efficacia. Esperienze di valutazione in Italia*, Verona, 17 – 18 aprile 2003.

Medda E., Baglio G., Guasticchi G., Spinelli A. (2002) "La salute riproduttiva delle cittadine straniere nel Lazio", *Ann. Istituto Superiore Sanità*, 38(4).

Rossi L., Cacciani L., Baglio G., Materia E. (2002a), "L'appropriatezza dei ricoveri degli stranieri nel Lazio", in *Stile di vita e frequenza delle malattie in Italia*, Atti della XXVI Riunione annuale della Associazione Italiana di Epidemiologia, Napoli, 24-26 settembre 2002.

Rossi L., Cacciani L., Baglio G., Materia E. (2002b), "Appropriateness of hospital care for immigrants in Rome, Italy", in Atti del *10th Annual EUPHA Meeting*, Dresden, vol.12, n. 4.

Rossi L., Cacciani L., Baglio G., Guasticchi G., Materia E. (2003), "Does educa-

tional level play a role in determining length of hospital stay?", 11th Annual Conference EUPHA *L'armonizzazione delle pratiche di sanità pubblica in Europa*, Roma 20-22 novembre 2003.

Spinelli A., Grandolfo M., Donati S., Andreozzi S., Longhi C., Bucciarelli M., Baglio G. (2003a) "Assistenza alla nascita tra le donne immigrate", in Morrone A., Spinelli A., Geraci S., Toma L., Andreozzi S., *Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze,* Rapporti ISTISAN 03/4, 2003.

Spinelli A., Grandolfo M., Donati S., Andreozzi S., Longhi C., Bucciarelli M., Baglio G. (2003b) "Gravidanza e parto tra le donne immigrate a Roma", in Bedetti C., Geraci S., Guerra R. *Salute senza esclusione: impegno internazionale ed esperienze locali,* Rapporti ISTISAN 03/6.

"Prevenzione Salute Donna Migrante": un progetto di prevenzione e di cooperazione

Stefania Tonetti
Assistente sociale - Consultorio Familiare di v. S.Martino della Battaglia, ASL RM A

Il progetto "Prevenzione Salute Donna Migrante" è stato elaborato e attuato in ogni fase da un gruppo di lavoro "misto", composto da volontari dell'Area Sanitaria Caritas dell'ambulatorio di Via Marsala e da operatori del Consultorio Familiare di Via San Martino della Battaglia della ASL RMA.

L'idea di sperimentare un progetto finalizzato alla promozione ed alla tutela della salute della donna migrante "calato" nel territorio dove i due servizi operano (l'ambulatorio della Caritas di Via Marsala e il consultorio della ASL RMA di Via San Martino della Battaglia), si sviluppa in un clima di collaborazione sul "campo", attuata dagli operatori, per poter rispondere alla domanda di salute degli utenti ed una cornice istituzionale favorevole.

Infatti nel 2001 la ASL RM/A delibera un protocollo d'intesa con la Caritas, che dà sostanza alla normativa, recepisce le indicazioni regionali (DGR n.5122/97) e propone un modello cooperativo tra servizio pubblico e privato sociale (volontariato), per rispondere al bisogno di salute dei cittadini migranti.

Il presente progetto si muove da una semplice osservazione: dai dati epidemiologici relativi alla popolazione migrante, emerge che le patologie e le cause di ricovero più frequenti potrebbero essere contenute con adeguati programmi di prevenzione, focalizzati in contesti e popolazioni target maggiormente esposti al rischio.

All'interno di un programma più vasto, che prevede altri interventi mirati (nell'ambito dell'accoglienza nei servizi), il progetto "Prevenzione Salute Donna Migrante" si pone come finalità quella di contribuire alla promozione e alla tutela della salute della donna migrante tramite attività di prevenzione primaria e secondaria, con una metodologia di offerta attiva sul territorio.

Il gruppo promotore del progetto, "misto", perché composto da operatori della ASL RM/A e da volontari dell'Area Sanitaria della Caritas, ed interdisciplinare (medici, assistenti sociali, infermieri, psicologi, tirocinanti del servizio sociale), ha realizzato la fase di progettazione utilizzando una metodologia partecipativa, che ha valorizzato esperienze e competenze diverse e ha consentito di

focalizzare l'attenzione al rilevamento dei bisogni e dei punti critici di accesso.

Gli obiettivi previsti dal progetto sono i seguenti:

1. informare le donne e i loro familiari sui diritti relativi alla salute e sui servizi sanitari esistenti nel territorio della Azienda USL RM/A ed in particolare orientarli verso l'offerta attiva prevista dal progetto "Prevenzione Salute Donna Migrante";
2. offrire risposte di carattere preventivo al bisogno specifico di salute espresso dalle donne e dalle famiglie sensibilizzate attraverso il progetto;
3. registrare e sistematizzare i dati delle attività, al fine di monitorare, valutare ed eventualmente estendere o riformulare il progetto.

Dopo una prima fase di progettazione, da ottobre 2002 a maggio 2003 si è concretizzata la fase attuativa, che ha tra l'altro previsto il contatto diretto con la popolazione target (donne migranti) raggiunte nel territorio compreso tra Via Marsala (Poliambulatorio Caritas), Piazza dei Cinquecento, Via Cernaia (Centro "Tra Noi"), Piazza Indipendenza, Via San Martino della Battaglia (Consultorio Familiare ASL RMA).

In questa area tra i due servizi sono stati individuati luoghi privilegiati di aggregazione di alcuni gruppi di donne e famiglie immigrate.

E' stato elaborato un pieghevole utilizzato durante le uscite, con messaggi scritti brevi, l'indicazione dei servizi e degli orari chiara (la mappa del territorio) e dove prevalgono immagini (disegni).

Attualmente, come previsto nel progetto, stiamo lavorando al terzo obiettivo, quello della valutazione, utilizzando i dati raccolti (Diario di Progetto, Schede).

Il progetto si avvale di personale, strutture ed attrezzature già disponibili, e dunque ha implicato il coinvolgimento attivo del personale già operante e non si è finora richiesta l'allocazione aggiuntiva di risorse umane e finanziarie (a parte la stampa del pieghevole).

Infatti le finalità e gli obiettivi del progetto rientrano nei compiti istituzionali propri dei Consultori e dell' Area Sanitaria della Caritas.

Dalla valutazione delle prime fasi del progetto, si è notato un effetto molto interessante: la riappropriazione delle finalità e del mandato proprio delle istituzioni coinvolte e, grazie all'interesse manifestato dalle donne migranti alle tematiche della salute, è come se gli operatori si siano rivestiti nuovamente delle proprie peculiarità.

Si è anche osservato che riorientare i servizi, abbassando la soglia di accesso e qualificandoli a livello relazionale, attuare un reale orientamento ai servizi sanitari, utilizzando anche metodologie di comunicazione non standard, ma attente alle diverse tipologie di utenti (provenienza, età, condizione socio-lavo-

rativa), con un limitato e mirato uso di materiale informativo studiato ad hoc, ha una ricaduta positiva non solo sulla popolazione migrante, ma sulla popolazione globale.

Le donne e i familiari incontrati nelle uscite, in gruppi spontanei e informali o presso spazi più strutturati, hanno manifestato interesse al progetto specifico (utilizzo del consultorio dopo essere state orientate al progetto).

Inoltre hanno sempre fatto richiesta di informazioni sull'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari, rendendoci partecipi delle loro difficoltà a raggiungere i servizi per carenze nell'informazione, ma anche per i tempi e le condizioni legate alla priorità del lavoro.

Le prossime fasi potranno prevedere la realizzazione di alcuni gruppi tematici, sulla base delle richieste e della tipologia delle persone incontrate.

Tutte le fasi del progetto ed in particolare tali ambiti di incontro, possono diventare, se opportunamente preparati ed accompagnati, interessanti laboratori interculturali (ambienti di mediazione in cui si avviano percorsi che, dall'integrazione di gruppi culturali diversi nel nostro sistema di cura, possano iniziare a delineare un sistema di cura transculturale integrato, capace di mettere in dialogo e valorizzare le differenze).

A partire da tale esperienza, ci aspettiamo che il progetto possa contribuire alla maturazione di modalità di promozione di interventi di prevenzione, attente ai diversi modi di vivere e ai diversi sistemi culturali, per contribuire a migliorare gli indicatori epidemiologici, passando attraverso percorsi di tutela della salute della donna, che considerino la persona migrante non come un fattore di rischio o di debolezza, ma come una opportunità, opportunità di promuovere e mantenere la salute per tutti.

Stp: verso il superamento di un codice anonimo

Giuseppe R. Alcaro
Coordinatore Assistenza Stranieri STP – ASL RM B

Alcune settimane fa, su una rivista specializzata di sanità pubblica, veniva data notizia di un accordo tra la ASL di Siracusa e una ONG finalizzato all'assistenza agli immigrati irregolari. In sostanza l'accordo prevedeva la cura degli immigrati irregolari da parte della ONG dietro la presentazione del tesserino STP rilasciato dalla ASL di Siracusa, e veniva presentato come progetto pilota.

Agli addetti ai lavori non sfuggirà che tale pratica, frutto di politiche sanitarie datate e di norme umanitarie, risale almeno ai primi anni '90; nella ASL RMB, ad esempio, sin dal 1997 viene praticata nella totalità delle strutture territoriali e ospedaliere…

Perciò quello che sorprende non è tanto il fatto che una prassi ormai consolidata venga ancora presentata come pilota o pionieristica, quanto la evidente tenuta della forma assistenziale STP, della sua progressiva diffusione pressocché in tutta Italia, nonostante mutino contesti e politiche.

Il nostro team che l'ha praticata sin dal suo esordio, forse è in grado di poter contribuire alla sua validazione, o quanto meno presentarne, senza enfatizzarli, i suoi pregi, ed evidenziarne, senza drammatizzarli, i limiti.

In figura 1 vengono rappresentati gli stranieri che si possono definire tem-

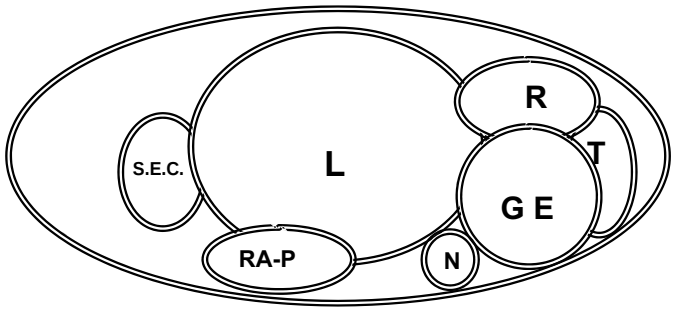
Fig. 1 - Stranieri temporaneamente presenti a Roma

* Esclusi Europei della U.E.
** Inclusi nomadi di cittadinanza italiana

poraneamente presenti nel territorio del Comune di Roma ai quali viene rilasciato il tesserino stp, o che hanno titolo per richiederlo, o ai quali viene impropriamente rilasciato benché non ne abbiano titolo.

In figura 2 gli stranieri temporaneamente presenti vengono aggregati in sottoinsiemi, ciascuno dei quali definito per motivo di soggiorno in Italia. Per ciascun gruppo si potrà così risalire con buona approssimazione ai paesi di provenienza, alle diverse culture, e sempre tramite l'informazione che è data dal motivo di soggiorno in Italia, tali aggregati ci informano sui probabili comportamenti nei confronti della salute, delle malattie e da ultimo sui servizi sanitari da loro attesi o dei quali hanno bisogno.

Fig. 2 - Stranieri temporaneamente presenti a Roma
Gruppi per motivo di soggiorno



Esclusi Europei della U.E.

S.E.C. = Studenti extracomunitari

Gran parte degli studenti non italiani appartengono alla UE, sono dotati di stato giuridico che consente loro l'assistenza sanitaria del SSN senza condizioni o eccezioni, come per i cittadini italiani; non viene loro rilasciato il tesserino STP, anche se qualcuno lo richiede. Diversa è la posizione degli studenti extracomunitari: costoro sono soggetti alla nuova legge sull'immigrazione, con tutto ciò che ne segue in fatto di adempimenti amministrativi e requisiti, che spesso rappresentano delle barriere che fanno sì che l'Italia si privi della opportunità di avere migranti eccellenti; ad esempio, uno studente indiano o americano deve dimostrare di avere un cospicuo reddito, cosa facile per uno studente americano ma impossibile per uno indiano. Per questo capita che a studenti non UE, quando la loro posizione nei confronti della legge non è regolare, venga rilasciato il tesserino STP, e con ciò si aggiunge svantaggio a svantaggio poiché assicurare cure urgenti e necessarie non è il più delle volte il massimo delle attese e dei bisogni sanitari per uno studente.

R = Religiosi

Provengono da tutti i paesi del mondo. E' un gruppo omogeneo formato da religiosi, leader religiosi, insegnanti di religione, monaci delle diverse fedi. Quasi tutti sono accomunati da ragioni limitative della loro presenza in Italia, quindi temporaneamente presenti, e per il loro status giuridico vale quanto detto per gli studenti appartenenti alla U.E. e agli extracomunitari; capita perciò che venga loro rilasciato il teserino STP senza che ne abbiano titolo e senza alcuna efficacia.

N = Nomadi

Nel gruppo nomadi è l'organizzazione del campo ad essere condizionante per la salute; nel passato, quando il campo era impenetrabile ad ogni influenza esterna, era ben difficile accedervi per prestare soccorso o curare; avevano libero accesso al campo i soli agenti infettivi e forse sono stati proprio i microbi, oltre che gli incendi, il freddo e gli incidenti a far sì che i campi si siano progressivamente aperti, anche culturalmente. In questi frangenti occorre riconoscere che il tesserino STP è la tattica migliore per l'avvio delle cure e degli interventi. Pur tuttavia, trattandosi di rilascio di tesserini anonimi, a parte l'improbabile efficienza amministrativa, essi non garantiscono l'efficacia sanitaria, e finiscono per diventare fattore di esclusione sociale: si pensi ai doppi tesserini rilasciati alla stessa persona, alle doppie vaccinazioni, all'incontro culturale mancato, giacché un codice STP anonimo non solo non dà identità ma semmai la toglie e va da sé che non c'è intercultura senza la possibilità di mantenere la propria identità culturale.

T = Turisti e business men

Non è affatto raro che un turista o un uomo d'affari si ammalino durante la loro più o meno breve permanenza in Italia e che richiedano ed ottengano un tesserino STP, soprattutto in situazioni di urgenza sanitaria. In questi casi il codice stp non è conveniente soprattutto per le Aziende sanitarie che si vedono costrette ad inseguire per tutto il mondo un codice privo di nominativo, senza alcuna possibilità di rimborso; non a caso a Venezia si sta pensando ad uno strumento informatico che contenga un'anagrafe sanitaria specifica per i turisti.

G E = Grandi eventi

Manifestazioni che richiamano gente da ogni dove a Roma, fanno sì che il ruolo giocato dalla salute non sia quantitativamente marginale; esso è misurabile in termini di ricoveri urgenti o normali, ricorso a studi medici, vendita di far-

maci, di articoli igienici ecc., e varia in intensità a seconda della finalità della manifestazione, se religiosa, culturale, artistica, scientifica, sportiva, sociale o politica. Anche qui, un tesserino STP può far comodo a chi voglia aggirare le norme o a chi non vuole farsi inseguire dalle fatture.

RA-P = Richiedenti asilo, rifugiati e profughi

Generalmente sono persone che scappano da situazioni di degrado, di miseria estrema, da calamità naturali, o che decidono di chiedere asilo per motivi politici o razziali, o perché vittima di tortura, o trattati quale merce a sfondo sessuale in Italia. E' comune a tutti i soggetti del gruppo un evento traumatico spesso grave e dalle conseguenze incalcolabili sulla salute dell'individuo e della sua famiglia, che richiede un intervento di alta complessità.

A fronte di un diritto alle cure che i richiedenti asilo o profughi hanno, corrisponde una assoluta inadeguatezza di cure; per lo più un diritto sostanzialmente di carta, giacché il SSN non concede loro prestazioni che prevedono un approccio medico-specialistico e psico-sociale combinati; peraltro, pur avendone diritto, i richiedenti asilo vengono iscritti al SSN con cautela e puntiglio burocratico, tanto da far loro desiderare un anonimo tesserino STP che per lo meno li mette in contatto con operatori capaci e fidati, al riparo da ulteriori danni iatrogeni.

L = Migranti per lavoro

E' noto a tutti, anche perché molti studi sociologici e giuridici lo hanno dimostrato, che la presenza degli stranieri in Italia è stata per la quasi generalità dei casi e per un certo lasso di tempo, *irregolare*. L'irregolare di ieri è il regolare di oggi. E l'irregolare di oggi sarà il regolare di domani.

All'irregolare di oggi, come è noto, viene concesso il tesserino STP.

Il Codice STP è sostanzialmente una serie di campi informatici che identificano la Regione, la ASL e la struttura da cui viene rilasciato il tesserino; mentre la persona che riceve il tesserino non è identificata.

A chi giova un siffatto tesserino anonimo?

- Di certo genera problemi ad un'Azienda sanitaria. Non permette di seguire nel tempo le cure prestate, né di chiamare a dei controlli; consente l'autarchia diagnostica e terapeutica, con quel che ne segue sull'efficacia delle prestazioni; per non parlare della babele delle vaccinazioni. Peraltro, un debito informativo circa l'identità personale comporta confusione informatica e gestionale all'interno del sistema e vede un'azienda penalizzata per l'impossibilità di

ottenere un ritorno economico in termini di rimborsi e di remunerazione di prestazioni rese, nonché di entrate correnti per il mancato introito del ticket o di incassi del pagamento delle prestazioni. In base a tale evidenza è chiaro che l'identità dello straniero, almeno ai fini di anagrafe sanitaria e gestionale è più che opportuna.

- Si dice che il codice STP permettendo l'anonimato consente le cure senza alcuna segnalazione e dunque giova alla già provata condizione di sofferenza dello straniero irregolare. E' vero, ma di certo l'anonimia non stimola il possessore del tesserino all'emersione dall'irregolarità, e dunque genera esclusione. In un'ottica sanitaria il diritto fondamentale della persona alla propria identità è alla base dell'integrità psico-somatica, dunque della salute stessa. In un'ottica sociale, poi, è ben evidente la corrispondenza biunivoca tra identità della persona e sicurezza *sociale*, e all'opposto tra clandestinità e paura del nemico in casa.

In ogni caso un codice personale con funzione sanitaria non dovrebbe essere impraticabile per le più moderne democrazie, segnatamente una specie di salvacondotto nominativo ad esclusivo uso sanitario. Con tecnologia informatica che utilizzi ad esempio tecniche crittografiche ciò è possibile; oppure così come è stata introdotta la figura del garante della privacy potrebbe essere introdotta quella della identità personale, cosa peraltro doverosamente realizzabile sin da subito per tutti i minori stranieri in virtù della Convenzione internazionale dei diritti del fanciullo, ratificata di recente anche dal nostro Paese.

Conclusioni

Un sito web per stranieri sostiene che il codice STP è una invenzione italiana che fa parte dei mezzi che lo Stato italiano utilizza per non legalizzare, in quanto la legalizzazione comporta il dover concedere dei diritti.

Recentemente Don Ciotti ha sostenuto che "la vera sicurezza sociale è data dalla capacità di costruire percorsi di accoglienza per quanti lavorano nel sommerso irregolare e non favorire clandestinità dannose dal punto di vista sanitario, relazionale, sociale".

Se le cose stessero davvero così allora il codice stp sarebbe tutto da rivedere.

E come competere in Europa con Stati che della trasparenza e della *cittadinanza attiva* fanno un fondamento di civiltà, è tutto da dimostrare.

Mentre è dimostrato che uno *sportello amico* raggiunge l'obiettivo di curare una persona all'interno di una struttura pubblica, di avviarlo e sostenerlo nel tortuoso cammino verso la regolarizzazione, senza che debba rinunciare al proprio nome (si veda il servizio realizzato da alcuni operatori dell'ASL RMB di via Tenuta di Torrenova nell'VIII Municipio di Roma)[1].

---

[1] Vedi su questo stesso volume il contributo di E.O. Udunna.

Immigrazione: oltre l'assistenza sanitaria L'esperienza dello "Sportello Amico" della ASL RM B

Emmanuel O.Udunna
Mediatore culturale - "Sportello Amico", ASL RM B

Il 9 Gennaio 1997 è stato inaugurato lo Sportello Amico, uno sportello per gli immigrati, presso il Poliambulatorio di via della Tenuta di Torrenova, nell'ambito delle iniziative dell'Ufficio di Relazione con il Pubblico. Il servizio nasce al di sopra di ogni cultura, sia personale che razziale, e permette a tutti di riconoscersi pienamente.

Organico

All'inizio il gruppo di lavoro era formato da tre medici (di cui due volontari stranieri), quattro assistenti sociali (di cui due tirocinanti), due mediatori culturali (uno straniero), un amministrativo ed una volontaria (ex-dipendente della USL, già responsabile del poliambulatorio). Oggi lo sportello è gestito da 2 medici (di cui un pediatra di base volontario), due mediatori, un supervisore ed un coordinatore.

Obiettivi

Fino ad oggi gli obiettivi sono rimasti:

- avvicinare le strutture sanitarie ai cittadini stranieri;
- promuovere il diritto alla salute;
- promuovere la dignità della persona umana;
- collocare al centro del sistema sanitario l'uomo come protagonista, indipendentemente dal paese di provenienza;

Tipologia degli utenti

- Stranieri con permesso di soggiorno scaduto (rilasciato per motivo di salute, umanitario o di lavoro).

- Stranieri senza documenti di riconoscimento.
- Clandestini con documenti di riconoscimento del paese di origine.
- Turisti regolarmente entrati in Italia, poi diventati irregolari alla scadenza del visto di ingresso.
- Bambini immigrati.
- Bambini nati in Italia dai genitori clandestini.

Metodo di lavoro

Il servizio nasce ai sensi della legge. n. 40/98, che prevede l'erogazione della assistenza sanitaria anche agli stranieri irregolari, specificando che l'assistenza non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui ricorre l'obbligo di referto.

Lo sportello è operativo ogni giovedì dalle ore 14:30 alle ore 18:00.

I pazienti sono accolti dai due mediatori culturali in una stanza riservata. Durante l'accoglienza si ascolta attentamente la persona per capire il vero problema e canalizzarlo alla soluzione giusta. Non tutti quelli che si presentano allo sportello hanno problemi di salute; quindi, è necessario filtrare i problemi di salute da quelli sociali, culturali, economici ecc. I pazienti con problemi di salute sono indirizzati ai medici in sede con apposite schede compilate, mentre quelli con problemi non legati alla salute vengono avviati alle strutture territoriali di competenza.

Fin dall'inizio, il team degli operatori ha scelto il metodo di sensibilizzare ed informare il gruppo target sulla possibilità di curarsi attraverso:

- diffusione di volantini;
- associazioni dei gruppi etnici;
- convegni, simposi e attività culturali;
- figure religiose dei paesi diversi.

Presentazione

Lo sportello eroga l'assistenza sanitaria, per la quale è stato istituito, attraverso i medici che collaborano alla realizzazione del progetto, con le seguenti mansioni:

- visita e cura di base;
- diagnosi;
- prescrizione delle analisi;
- prescrizione dei farmaci;
- riferimento alle strutture sanitarie ed ospedali del territorio per diagnosi approfondite e visite specialistiche;
- controllo e *follow up*.

Tabella 1 - Numero visite mediche annuali (1997- 2002)

Anno	Maschi	Femmine	Totale
1997	75	121	221
1998	141	90	231
1999	124	198	322
2000	250	400	650
2001	350	600	950
2002	500	615	1115
Totale	**1440**	**2024**	**3464**

Si fa presente che il numero dei tesserini STP rilasciati nel periodo in esame è maggiore.

Utilità del servizio

- II servizio serve sia la popolazione immigrata che la società in generale, dando la possibilità agli immigrati clandestini ed ai disoccupati di prendersi cura della propria salute.
- Riduce il *gap* tra i cittadini stranieri e le strutture pubbliche - non solo quelle sanitarie.
- E' un mezzo attraverso il quale le autorità locali possono controllare/prevenire le possibili epidemie e malattie infettive.
- Parzialmente serve come strumento di integrazione dei cittadini stranieri nel tessuto socio-sanitario della città di Roma.

Difficoltà

La difficoltà iniziale è stata la sfiducia. Gli stranieri avevano paura di cadere nella trappola dell'espulsione da parte delle autorità, quindi non hanno risposto subito alla sollecitazione, finche non è stato dimostrato che il servizio aveva un solo fine: quello, cioè, dell'assistenza sanitaria. In particolare era difficile raggiungere il gruppo dei cittadini stranieri irregolari e di recente arrivo a Roma, sia per la mobilità degli stessi e la conseguente mancanza di identità con l'area, sia per i timori di cui sono portatori.

Oggi come allora manca il rapporto umano socialmente e culturalmente importante per l'inserimento degli immigrati nel contesto quotidiano. Va evidenziata una diversa cultura sanitaria (rapida e flessibile) del cittadino straniero che spesso non comprende i filtri imposti dal sistema sanitario italiano (medico di base, specialista ecc..).

Dopo più di sei anni di assistenza lo straniero non vive più con paura, quindi passa inconsciamente dallo stato di emergenza (caratterizzato dal favore) a quello di diritto, pretende più rispetto, attenzione e cure che spesso il servizio non è in grado di fornire.

Un aspetto critico si è verificato con la sanatoria del 1998 o la regolarizzazione del 1992: questi provvedimenti comportano una frustrazione nella maggioranza degli immigrati, che fanno l'impossibile per mettersi in regola fino a pagare somme da capogiro per procurarsi i documenti necessari (ricevuta di versamento, dichiarazione dai datori di lavoro fasulla ecc.) per iscriversi in qualche registro che cambia automaticamente la loro posizione giuridica da irregolari a regolari, anche senza la certezza di ottenere il permesso di soggiorno, con la conseguente iscrizione temporanea al SSN. Come capita spesso, la maggioranza delle domande vengono respinte per vari motivi ed i richiedenti sono costretti a fare marcia indietro per rientrare nella categoria di STP. Gli organismi che forniscono l'assistenza si trovano in difficoltà, gli operatori in prima linea vanno in crisi in quanto non sono in grado di gestire la delusione, la rabbia e l'ansia degli stranieri sfortunati.

Una lettura generale della situazione indica una staticità sia della posizione sanitaria che di quella giuridica e socio-economica della grande parte della comunità immigrata.

Conclusioni e proposte

Visto il crescente fenomeno dell'immigrazione, la persistenza delle condizioni che hanno dato origine all'assistenza sanitaria agli STP, la preoccupazione della popolazione e delle autorità locali, il servizio è destinato a durare; quindi bisogna affrontare i problemi relativi alla salute degli immigrati con una politica sanitaria adeguata per uscire fuori dall'emergenza che è durata sei anni, ed inserire l'assistenza sanitaria per gli STP nel programma sanitario nazionale.

L'assistenza sanitaria è solo uno dei problemi che affliggono gli immigrati, sia regolari che clandestini; per rendere l'assistenza sanitaria più efficace bisogna che le autorità si interessino agli stranieri dando loro il diritto al lavoro, alla scuola e all'abitazione, con i doveri corrispondenti.

E' necessario aumentare le risorse umane e materiali per garantire un servizio più efficiente e regolare.

La Mediazione Culturale

Maria Edoarda Trillò
Pediatra Responsabile del Consultorio Familiare di via Casilina - ASL RM C

L'Italia, da più di dieci anni, ha iniziato una politica migratoria e sta costruendo un modello di integrazione, un sistema di accoglienza e di inserimento sociale e culturale.

Il cambiamento della struttura sociale in atto e la diversità linguistica e culturale che emerge nell'incontro tra operatori italiani, dei diversi settori pubblici e privati, e utenti stranieri, porta ad un importante cambiamento dei comportamenti delle due parti come tappa dell'esperienza transculturale in una società che cambia sia per l'italiano sia per lo straniero e che ad entrambi può essere aliena. L'incontro si pone quasi come una difficile sfida per evitare conflitti e malintesi.

Le metodologie messe in atto per il cambiamento hanno richiesto risorse specifiche. Una di queste risorse è il mediatore culturale, elemento essenziale di tramite e ponte tra culture diverse così come è accaduto in altri paesi europei che hanno preceduto l'Italia nell'esperienza dei flussi migratori.

L'ambito sanitario (ospedali, servizi distrettuali, servizi amministrativi) si configura quale elemento di frontiera per lo straniero e per le straniere in Italia alla ricerca di migliorare le proprie condizioni di vita con il lavoro o con il ricongiungimento familiare, in cerca di un rifugio per guerre o persecuzioni politiche, per turismo o per studio o per motivi religiosi. Il primo impatto con le strutture sanitarie fa subito emergere le difficoltà di comunicazione linguistica e culturale tra i pazienti-utenti e gli operatori delle ASL e delle Aziende Ospedaliere e la mediazione culturale è una risorsa che va utilizzata in tutte quelle realtà in cui le difficoltà di comunicazione impediscono una adeguata offerta e fruizione dei servizi sanitari. Il presupposto è che la presenza di un mediatore linguistico culturale faciliti la relazione operatore-paziente e, nel rapporto tra utenti stranieri ed istituzione sanitaria, riesca ad essere fattore positivo per l'accoglienza e la presa in carico di questa fascia di utenza, facendo da tramite tra i servizi socio-sanitari e le comunità di immigrati stranieri e nomadi.

La ASL Roma C è capofila per la regione Lazio di vari progetti rivolti agli stranieri immigrati come riportato nella seguente scheda.

ASL Roma C - D.M.I.
Salute e Sanità di tutti i colori
Cronologia degli interventi

1989: Distretto 6 - assistenza e sorveglianza sanitaria al Campo Nomadi via dei Gordiani

1992: Elaborazione materiale di educazione sanitaria: "Donna e salute", "Bambino e salute", dépliant per iter IVG

1993: Formazione degli operatori territoriali di Roma e del Lazio

1994-1995: Indagine su 1000 ragazzi per valutare l'intolleranza razziale

1995: Protocollo di offerta di assistenza sanitaria gratuita al paziente straniero con bisogno sanitario urgente e indifferibile

1995 e 1996: Assistenza e sorveglianza sanitaria al Campo Nomadi di Tor de Cenci e di Vicolo Savini

1996: Libretto "I diritti degli stranieri"

1997: Inizia partecipazione attiva al GRIS

1997: Ambulatori distrettuali di medicina per gli stranieri (STP)

1997: Servizio Professionale Specialistico di Interpretariato e Mediazione Culturale (attualmente in corso)

2000: Partecipazione alla stesura delle Linee Guida per le Mutilazioni Genitali Femminili (Ministero Pari Opportunità)

2002: Promozione e partecipazione alla Campagna Vaccinale (*pulse immunization*) per le popolazioni nomadi dei Campi di Roma.

Dal luglio 1997 è stato attivato il "Progetto di Mediazione linguistico culturale per la popolazione straniera immigrata, rifugiata e nomade nella ASL Roma C", progetto sperimentale finanziato dal Comune di Roma - Ufficio Città Sane. E' stato applicato nelle strutture socio-sanitarie sia ospedaliere che territoriali.

La Az. USL Roma C si è trasformata in un "laboratorio socio-sanitario" nei cui servizi ospedalieri e territoriali, per quasi sei anni, si è sperimentato il Progetto e la funzione di mediazione culturale.

I compiti dei Mediatori Culturali sono definiti sia verso i pazienti stranieri sia verso gli operatori sanitari e sono riportati nelle tabelle seguenti.

COMPITI DEL MEDIATORE LINGUISTICO CULTURALE IN AMBITO SANITARIO

Verso il paziente o utente straniero

- ***E*segue l'osservazione diretta della persona straniera e dei suoi bisogni**
- ***I*nforma e *O*rienta all'uso dei servizi offerti dalle strutture della ASL (distrettuali e ospedaliere)**
- ***E*segue l'interpretariato linguistico**
- ***E*segue interventi a livello di comunicazione, sostegno, rassicurazione**
- ***I*ncoraggia a non aver paura**
- ***C*ompila i diari quotidiani sui casi ospedalizzati**
- ***F*acilita l'acquisizione di fiducia da parte della persona straniera sulle proposte o sulle necessità sanitarie individuate**
- ***S*piega in ospedale agli operatori i problemi emersi e in caso di necessità dà le informazioni necessarie al paziente straniero per il periodo di post ospedalizzazione, per l'inserimento dei figli, ecc.**
- ***Si* impegna, per quanto possibile, a personalizzare l'intervento attraverso la relazione interpersonale.**

COMPITI DEL MEDIATORE LINGUISTICO CULTURALE IN AMBITO SANITARIO

Verso gli operatori della ASL

- ***M*antiene il segreto professionale**
- ***R*isponde alle chiamate offrendo la propria professionalità, secondo le esigenze, aiutando l'apertura e il consolidarsi del rapporto di fiducia con il paziente**
- ***A*iuta l'operatore a far accettare dal paziente procedure sanitarie e socio-sanitarie individuate e a superare gli eventuali conflitti**
- ***A*iuta l'operatore ad adottare procedure, organizzazione e ritmi di lavoro modulati sulle esigenze individuali dello straniero**
- ***S*upervisiona i casi con gli operatori e discute sui problemi emersi o emergenti**
- ***A*iuta a tradurre "culturalmente" il materiale di informazione e di educazione sanitaria**
- ***S*i rende disponibile ad aggiornamento mirato**
- ***R*accoglie i dati necessari a valutare la sua attività.**

Nei due Ospedali della ASL i mediatori sono stati presenti per 3 - 6 giorni alla settimana in Direzione Sanitaria con una metodologia di ricerca attiva dei pazienti stranieri nei vari reparti e la possibilità di attivare su chiamata telefonica mediazioni linguistiche in caso di necessità di traduzione.

Nei servizi territoriali distrettuali l'organizzazione della Mediazione è stata su chiamata dell'operatore e concordata con il paziente nei Consultori Familiari, C.S.M., Ser.T e poliambulatori e, quando sufficiente, è stata utilizzata la mediazione telefonica.

Il Progetto ha riscosso molti consensi sia presso gli utenti stranieri che presso gli operatori ospedalieri, territoriali, municipali, scolastici, del privato sociale e del volontariato e le richieste di mediazione, nel corso degli anni, hanno subito un aumento.

La figura del Mediatore linguistico-culturale ha prodotto, all'interno delle strutture ospedaliere e nei servizi sanitari territoriali della ASL, modifiche negli atteggiamenti degli operatori (più attento ascolto e migliore accoglienza), una maggiore fruizione ed un più corretto utilizzo degli stessi servizi da parte degli stranieri di varie nazionalità, inoltre tra gli operatori - medici e non - le richieste di aggiornamento su temi riguardanti l'immigrazione e l'intercultura sono in aumento.

Detenzione, stranieri e tutela della salute in carcere

Sandro Libianchi
Responsabile Medico Servizio Tossicodipendenze
"Istituti Penitenziari di Rebibbia", ASL RM B

Introduzione

La migrazione dei popoli è un fenomeno che si perpetua nel tempo ed appare connesso a fattori diversi che ne determinano l'esistenza, legati sia alla libera scelta dell'individuo, sia contro la sua volontà (deportazioni, riduzione in schiavitù, guerre, ecc.).

Quando l'individuo sceglie liberamente di allontanarsi dalla propria terra d'origine è spesso motivato da ragioni concrete, come il senso dell'avventura e dell'esplorazione, la ricerca di terre più fertili rispetto a quella di appartenenza, il miglioramento della propria situazione economica, la ricerca di un lavoro, ecc.

In questi decenni queste ultime motivazioni hanno senz'altro prevalso sulle prime. In Europa, il fenomeno della migrazione è ormai di notevole entità e proporzionale al divario socioeconomico che esiste rispetto ai diversi paesi di origine, tanto da costringere i governi ad assumere iniziative protezionistiche sull'immigrazione e regolamentarne gli afflussi in modo più o meno severo a seconda del paese. Ma, nonostante le normative di restrizione sull'immigrazione, queste non solo non hanno di fatto contribuito a limitarne i flussi, ma hanno soprattutto creato una nuova tipologia di reato, quale è l'immigrazione clandestina.

La scarsità di mezzi di sostentamento, l'isolamento socio-culturale, l'inizio dell'uso di alcol e/o droghe, l'inevitabile coinvolgimento nei sottoboschi della devianza metropolitana, favoriscono la commissione di reati, gli arresti, la detenzione e la successiva espulsione dal paese 'ospite'.

La popolazione detenuta straniera in Italia. Provenienza e residenza

I paesi di origine della popolazione detenuta in Italia costituiscono un dato sensibile censito dal Ministero della Giustizia in ogni struttura penitenziaria del territorio nazionale, che negli ultimi anni ha subito importanti variazioni. Se viene considerata l'entrata in carcere di stranieri nell'ultimo decennio, si evince un lento

ma costante incremento sia percentuale che in valore assoluto passando da 16.115 detenuti del 1992 ai 30.150 del 2002 (vedi Tab. I).

Tab. I: Italia. Stranieri entrati in carcere nel corso dell'anno. Periodo 1992-2002

Anno	Detenuti entrati in carcere
1992	16.115
1993	20.319
1994	24.959
1995	23.374
1996	24.656
1997	27.197
1998	30.832
1999	28.208
2000	28.935
2001	26.482
2002	30.150
Totale	**281.227**

Una volta arrestato lo straniero entra in carcere ed i dati più recenti a disposizione - riferiti all'anno 2002 - mostrano una estrema variabilità nella concentrazione di persone straniere sia tra una regione e l'altra, sia rispetto alla popolazione nata e residente in Italia (vedi Tab. II).

Per quanto riguarda i detenuti residenti nella regione di detenzione, la percentuale degli stranieri sul totale risulta assai bassa, pari ad una media nazionale del 2,95% dei casi, con punte del 22% nel Friuli Venezia Giulia, nella Puglia (6%) e nel Veneto (5%) per differenti condizioni locali e storiche che hanno influenzato la possibilità di inserimento sociale degli stranieri.

Differentemente, la popolazione straniera non residente in Italia è mediamente pari al 30,55%, indicando chiaramente che laddove si creano le condizioni per un inserimento sociale (abitazione, residenza, lavoro, ecc.) la persona straniera non entra nel circuito della devianza.

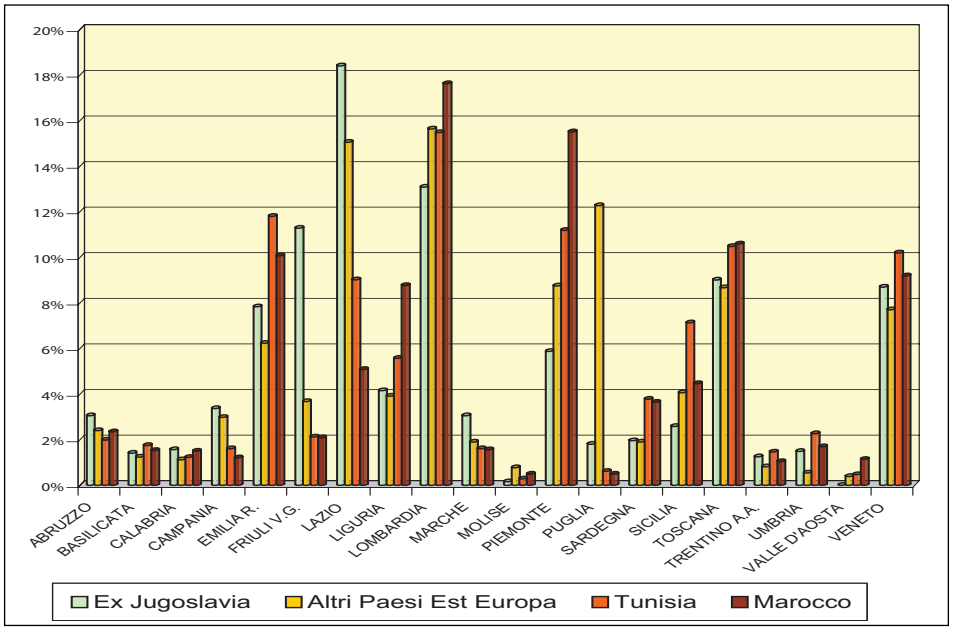
E' interessante notare che alcune regioni presentano una popolazione straniera significativamente superiore ad altre, come il Friuli (53%), la Liguria (49%) ed il Veneto (46%), contro altre che invece presentano valori inferiori quali la Campania (8%), il Molise (10%), la Calabria (11%). Questi valori appaiono sovrapponibili alla maggiore possibilità di lavoro e benessere che è presente in quelle regioni, rispetto alle seconde dove le occasioni sono notoriamente inferiori.

Gli stati di provenienza di questi detenuti sono in prevalenza quelli appartenenti alla fascia costiera del Nord Africa - come la Tunisia ed il Marocco - e dell'ex Jugoslavia e altri paesi dell'Est; in una rilevante percentuali di casi (6,09%) pari a 877 su 14.392, non è possibile rilevare alcuno Stato di origine (dati al 31/12/02).

Tab. II: Detenuti stranieri in Italia suddivisi per regione e secondo la condizione di residenza

Regione	Detenuti residenti nella regione		Detenuti nella regione	
	% Stranieri	*% Italiani*	*% Stranieri*	*% Italiani*
ABRUZZO	25	75	2	98
BASILICATA	35	65	2	98
CALABRIA	11	89	1	99
CAMPANIA	8	92	1	99
EMILIA R.	37	63	1	99
FRIULI V. G.	53	47	22	78
LAZIO	38	62	1	99
LIGURIA	49	51	1	99
LOMBARDIA	32	58	1	99
MARCHE	34	66	4	96
MOLISE	10	90	1	99
PIEMONTE	35	65	1	99
PUGLIA	14	86	6	94
SARDEGNA	26	74	1	99
SICILIA	12	88	1	99
TOSCANA	34	66	2	98
TRENTINO A. A.	43	57	2	98
UMBRIA	26	74	3	97
VAL D'AOSTA	43	57	1	99
VENETO	46	54	5	95
Media	***30,55***	***69,45***	***2,95***	***97,05***

Tab. IV: Distribuzione di alcuni gruppi di stranieri per regione di detenzione



Tab.III: Aree geografiche di provenienza degli stranieri detenuti in Italia (dati al 1/7/1999)

Regione di detenzione	AREA GEOGRAFICA															Totale
	EUROPA				*AFRICA*				*ASIA*		*OCEANIA*	*AMERICA*			*NON RILEVATO*	
	UE	Ex Jugo-slavia	Altri Paesi Est	Altri Paesi europei	Tunisia	Marocco	Altri Paesi medi-terranei	Altri Paesi	Medio Oriente	Altri Paesi		Nord	Centro	Sud		
ABRUZZO	12	39	62	6	42	72	31	18	2	4			3	26	42	359
BASILICATA		18	32	4	37	47	16	32	4			1	8	10	209	
CALABRIA	2	20	29	5	26	46	20	18	1	1	1		9	23	201	
CAMPANIA	13	43	77		34	37	52	133	2	10	1	1	6	13	75	497
EMILIA R.	30	100	161	15	250	309	131	29	29	15		2	4	54	51	1.180
FRIULI V.G.	10	144	95	1	45	64	17	16	7	5			2	16	26	448
LAZIO	61	235	389	14	191	156	221	151	34	57	1	10	7	346	80	1.953
LIGURIA	30	53	101		118	269	128	42	35	5			1	37	28	847
LOMBARDIA	50	167	404	28	328	541	148	118	23	36	1	2	18	203	131	2.198
MARCHE	7	39	49	9	34	48	18	10	1	2	1	2		13	17	250
MOLISE	2	2	20	2	6	15		3	1	1				2	5	59
PIEMONTE	29	75	226	10	237	476	157	150	25	13		2		31	75	1.506
PUGLIA	7	23	317	9	13	15	8	8	3	3				4	71	481
SARDEGNA	12	25	49	1	80	112	55	22	11	2			1	19	33	422
SICILIA	15	33	105	6	151	137	73	80	12	8	1	3	1	36	80	741
TOSCANA	32	115	224	13	222	325	121	32	33	37		4	3	54	55	1.270
TRENTINO	1	16	21		31	32	16	4	2	4			1	1	10	139
UMBRIA	3	19	14	3	48	52	19	11	7	2		2	1	15	11	207
V. D'AOSTA	1		10		10	35	7	10							6	79
VENETO	26	111	199	7	216	282	80	42	10	7		4	1	41	48	1.074
Totale nazionale	**343**	**1.277**	**2.584**	**133**	**2.119**	**3.070**	**1.318**	**929**	**242**	**212**	**5**	**33**	**50**	**928**	**877**	**14.120**

I reati commessi, la tossicodipendenza

I motivi di arresto e carcerazione degli stranieri in Italia, con un ampio margine di coincidenza con gli altri paesi della U.E, sono prevalentemente connessi alla produzione ed al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope (art. 73 del DPR 309 del 9/X/90), talvolta anche in associazione con altre persone (art. 74) e rappresentano da soli circa il 40% delle cause di detenzione. Anche in questo caso, analizzando i valori degli ultimi dieci anni si assiste ad un parallelo, costante e regolare incremento in questo tipo di reati, rispetto al corrispondente aumento nelle presenze di stranieri in carcere in Italia.

I meccanismi che sottendono alla sequenza degli eventi che potranno esitare in arresto/detenzione sono ben noti ed è possibile distinguere diverse fasi:

1. immigrazione: il primo passo verso il paese straniero viene compiuto per vicinanza geografica, per notorietà, per ricongiunzione a nuclei famigliari o amicali già in sede. Nel caso in cui sia già presente un nucleo famigliare, risulterà senz'altro facilitato ogni successivo inserimento socio-lavorativo, ma se questo non è presente ed il soggetto funge da 'apripista' per successivi immigrati, è probabile che si realizzi una condizione di
2. isolamento socio-culturale, facilitato anche dalle scarse conoscenze linguistiche e procedurali. La mancanza di risorse, la ricerca di aiuto presso altri gruppi di pari, spesso devianti, realizza la precondizione necessaria per la
3. connessione a questi gruppi marginali o devianti, nel cui contesto può facilmente essere già presente un circuito di spaccio che, oltre determinare condizioni di sopravvivenza, garantisce anche un altro importante fattore: l'appartenenza ad un gruppo protettivo dove sarà possibile reperire e consumare alcol con facilità e ben disponibili saranno le sostanze stupefacenti. La stretta contiguità con questi circuiti, lo scarso senso del rischio reale potranno facilmente condurre verso
4. l'uso di sostanze stupefacenti e la tossicodipendenza.

E' stato calcolato che tra l'inizio dell'uso delle sostanze stupefacenti e l'entrata in carcere esiste un tempo di latenza che mediamente corrisponde a 8 – 10 mesi e che il 54% degli stranieri che usano droga vedono una struttura sanitaria pubblica per la prima volta in carcere.

Appare quindi accertato che la droga e la dipendenza rappresentano un frequente motivo di arresto della persona straniera che poi ritroviamo in carcere, in quanto più della metà di coloro che sono implicati nello spaccio di sostanze stupefacenti vengono diagnosticati come tossicodipendenti (vedi Tab. V).

Tab. V: Stranieri tossicodipendenti e non, detenuti per art. 73 (DPR 309/90)

Anno	Tossicodipendenti	Non-Tossicodipendenti
1993	2.584	4.833
1994	3.345	6.854
1995	3.228	6.053
1996	4.253	6.165
1997	5.210	6.667
1998	5.595	8.091
1999	4.155	7.469
2000	3.806	8.635

Se invece viene considerato l'intero campione dei detenuti stranieri ad una certa data (31/12/02), soltanto 4.138 su un totale di 16.788 (pari al 24,64%) risulta essere tossicodipendente. Anche il rapporto tra maschi e femmine risulta essere differente rispetto alle medie dei pazienti italiani, infatti tra questi ultimi soltanto il 3,52% sono donne (14.903 uomini e 526 donne), mentre tra gli stranieri le donne sono il 2,27% (4.046 uomini e 92 donne).

Il settore minorile

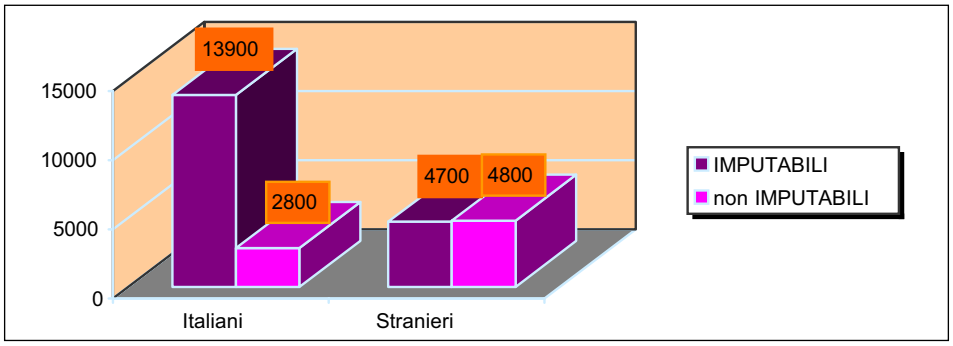
L'arresto e la carcerazione di un minore rappresentano in ogni caso un evento socialmente drammatico e potenziale precursore di successivi eventi simili in età adulta, per cui la sua trattazione deve essere sempre condotta con un particolare riguardo.

I dati nazionali sui minori stranieri denunciati, vedono rappresentate alcune note appartenenze a ceppi etnici come la ex Jugoslavia: 7.325 (zingari e nomadi), il Marocco (1.531), l'Albania (1.008), la Romania (396).

Nell'anno 2000, su un totale di 30.340 minori condannati per delitti commessi nella sola città di Roma, 4.780 erano originari dell'Algeria, 3.284 della Serbia-Montenegro, 2.875 del Marocco e 9.920 di nazionalità varie.

Interessante è la ripartizione percentuale riscontrata tra i denunciati in rapporto all'età anagrafica che determina l'imputabilità o meno del minore (vedi tab. VI).

Tab. VI: Minori Italiani e stranieri in relazione all'età di imputabilità.



Conclusioni

- Il numero di detenuti stranieri in Italia (adulti e minori) appare progressivamente incrementato nell'ultimo decennio e la maggior parte dei reati ascritti a queste persone sono legati alle violazioni della legge sugli stupefacenti (DPR 309/90).
- L'incidenza percentuale della tossicodipendenza tra i detenuti stranieri è simile a quella riscontrata tra i detenuti italiani, con alcune differenze tra i generi (M/F Italiani: 3,52% - M/F Stranieri: 2,27%).
- Sono necessari specifici piani di prevenzione della recidiva penitenziaria con 'decarcerizzazione guidata'; come altresì necessari appaiono interventi qualificati nell'ambito delle strutture penitenziarie con diffusa mediazione culturale e l'attivazione di specifici piani terapeutici nell'ambito della 'psichiatria transculturale'.
- Il carcere si è rivelato un frequente luogo di prima accoglienza per tossicodipendenti stranieri che non hanno mai ricevuto ed utilizzato precedenti interventi sanitari nei servizi pubblici.
- L'ottimizzazione dei flussi informativi, per l'analisi delle diverse etnie, è un requisito essenziale per la realizzazione dei piani terapeutici ed operativi.

Immigrati con problemi di tossicodipendenza in un centro diurno a bassa soglia[1]

Chiara Cavina
Cooperativa Sociale "Parsec"

Premessa

La presente relazione e documentazione si riferisce all'intervento e all'attività svolta dal Centro di Prima Accoglienza (CPA) del progetto finanziato dall'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze di Roma.

Il progetto esercita la sua attività da aprile 2002 nella zona di ripartizione territoriale ASL RMA ed in specifico sul territorio del I, II, e III Municipio.

La collocazione della sede nel quartiere di San Lorenzo è risultata funzionale e strategica perché oltre a essere situata in un quartiere popolare, non è distante dal Ser.T. di Via dei Frentani ed è abbastanza vicina sia all'Università che alla stazione Termini. In questa zona inoltre non sono presenti altri servizi di questa tipologia.

Il fine è quello di intervenire sulla popolazione di tossicodipendenti con l'obiettivo di "ridurre i danni" correlati al loro stile di vita. Quindi, tutela della salute ed in particolare prevenzione dal rischio di infezione da HIV ed epatiti, fornendo strumenti di profilassi e informazione, e offerta di uno spazio implicitamente terapeutico con una bassa soglia d'accesso che, messo a disposizione degli utenti, possa essere una seria opportunità di usufruire di uno luogo alternativo, con possibilità di soddisfare alcuni bisogni primari (mangiare, lavarsi, utilizzare una lavatrice), di accedere a servizi strutturati, di sperimentare uno stile di vita diverso che possa diventare input e stimolo al proprio percorso di crescita e recupero.

L'intervento, oltre a rispondere istituzionalmente ai bisogni della popolazione tossicodipendente in generale, è strutturato per affrontare operativamente anche le problematiche connesse alla *popolazione straniera* tossicodipendente, quali l'accoglienza, l'integrazione multiculturale e sociale, l'orientamento verso i servizi.

---

[1] Relazione tratta dal "Report del Centro di Prima Accoglienza per la Riduzione del Danno rivolta alla Popolazione tossicodipendente nella ASL RMA", un progetto della Cooperativa sociale PARSEC ONLUS, via Scalo San Lorenzo, 81-85, Roma, tel. 06-49.07.16, e-mail: parsec.sanlorenzo@libero.it.

Tipologia di utenza accolta

Il Centro di Accoglienza Diurna è pronto ad accogliere in forma anonima e senza obbligo di preliminari persone tossicodipendenti. Il Centro svolge la sua attività, come da progetto sul I, II e III Municipio ma è pronto ad accogliere senza nessuna preclusione utenti provenienti da altre parti del territorio del Comune di Roma. Particolare attenzione viene posta sui poliassuntori, i giovani a rischio di passare da altre sostanze stupefacenti agli oppiacei ed alla popolazione dei tossicodipendenti stranieri. Il totale delle persone che dall'inizio del progetto hanno contattato e usufruito del servizio è di 323.

Di questo totale circa il 26,4% è straniero.

Obiettivi e metodologia

Il Centro Diurno Parsec è un servizio di accoglienza a bassa soglia che propone sul territorio del I, II e III Municipio un sostegno a persone tossicodipendenti, dando loro un'alternativa ai circuiti di emarginazione dove sono abitualmente inseriti. Le persone possono quindi accedere, senza obbligo di preliminari, ad uno spazio protetto, *altro* dalla strada, che suggerisce loro una possibilità di sperimentarsi in modo diverso, di uscire momentaneamente dalle dinamiche tipiche della loro condizione. Si offre così un'occasione di entrare in contatto con una struttura *implicitamente terapeutica* che potenzialmente può portare anche chi non ha finora maturato la decisione di interrompere l'uso di sostanze stupefacenti, all'elaborazione di un progetto di emancipazione dalla tossicodipendenza. Pertanto si opera affinché sia possibile cogliere i momenti in cui emergono motivazioni favorevoli all'interruzione dell'uso di droghe per valorizzarli, utilizzando strategie operative differenziate e personalizzate per abbreviare la permanenza nella dipendenza. Lo *spazio* proposto dal Centro Diurno va inteso quindi come *spazio* educativo, pedagogico, non casuale, che si pone degli obiettivi, che utilizza la relazione fra l'utente e l'operatore, costruita ed agita all'interno di contesti specifici e strutturati, come vettore che facilita l'attivazione di competenze e risorse psicologiche della persona.

A questo scopo il Centro fornisce due livelli di intervento.

Nel primo livello la strategia di intervento è di *riduzione del danno*, finalizzata a contenere la diffusione delle patologie correlate all'abuso di droghe (HIV, MST, Epatiti, ecc.) attraverso l'informazione e l'utilizzo di materiale sterile, ad accrescere le probabilità di sopravvivenza, a cercare di ristabilire condizioni di vita decorose e ad offrire una rete di servizi più facilmente accessibili. Gli utenti, in questo contesto, utilizzano il centro anche come "luogo d'asilo" (per cambiarsi i vestiti, bere qualcosa e mangiare) e per incontrarsi con gli operatori attivando degli iter specifici in relazione ai loro bisogni ed alla disponibilità delle risorse territoriali. La filosofia dell'intervento si può definire una sorta di "accet-

tazione" dello stile di vita del consumatore allo scopo di poter proporre una offerta a bassa soglia che potenzialmente può portare alla consapevolezza del comportamento deviante e infine ad un processo di emancipazione e fuoriuscita dalla tossicodipendenza.

Nel secondo livello, utilizzando il più possibile una connessione con la rete dei servizi sul territorio (P.I.D., Unità di Strada, Ser.T., Centri notturni, Servizi Sociali, Scuole, DSM, Comunità...), si propone di attivare contesti, risposte e stimoli a quelle persone coinvolte nella tossicodipendenza ma, più o meno consapevolmente, bisognose di un cambiamento, di una condivisione del tempo e dello spazio diversa, e di una progettualità *positiva*. La persona viene quindi accolta, aiutata e sostenuta nel suo eventuale processo di recupero, integrazione, autodeterminazione e autonomia. A questo scopo vengono promosse la partecipazione attiva, il senso di responsabilità e di *empowerment*, ed offerta una serie di possibilità che possano realmente essere sfruttate dalle persone tossicodipendenti (sostegno psicologico, orientamento ed inserimento in centri ad alta soglia, orientamento ed invio in Ser.T, Comunità Terapeutiche, Cooperative sociali lavorative, ecc.). Ciò non significa automaticamente cambiamento/adattamento ma significa costruire-aprire una possibilità in più al proprio interno, per poter quindi "sperimentarsi" e scegliere operativamente, nell'ambito di uno spettro di possibilità più ampio. Il cambiamento/adattamento potrà avvenire solo se desiderato dal soggetto, interagendo con gli altri e con la realtà circostante. Significa potenziare la capacità di mobilitazione ed uso delle proprie risorse; prevede pure il recupero di un sentimento di speranza e percezione della possibilità di influenzare i risultati dei propri comportamenti e degli eventi della vita. Significa quindi provare ad impedire, in alcuni casi, o smussare in altri, la cristallizzazione del meccanismo di "adattamento per rinuncia", di "adattamento alla devianza" ecc.

In quest'ottica grande rilevanza viene data all'analisi della domanda e dei bisogni espressi ed impliciti dell'utente. Attraverso la conoscenza delle risorse, delle potenzialità, delle attitudini, dei bisogni e dei desideri dell'utente è possibile riuscire a rinforzarli, incoraggiando e favorendo le progettualità e le definizioni degli obiettivi specifici e intermedi perseguibili attraverso progetti individualizzati. L'evidenza e l'analisi di questi elementi non è mai immediata, né totalmente immutabile; avviene attraverso momenti specifici come la modalità di accesso alla struttura o l'invio, i colloqui individuali, ma anche durante i momenti strutturati e de-strutturati della convivenza nel centro. L'eventuale "progetto" a micro obiettivi individuale si costruisce a partire dai bisogni evidenziati, dalle carenze riscontrate, dalle scelte individuali e/o condivise con équipe, dallo scambio di informazioni e dall'accettazione da parte dell'utente dei diversi piani e opportunità possibili. Deve tenere conto di obiettivi reali, della gradualità del loro raggiungimento e della misurabilità degli obiettivi stessi.

Il progetto viene verificato periodicamente ed aggiustato in base agli obiettivi raggiunti e agli ostacoli incontrati.

In ogni caso la collaborazione dell'utente è indispensabile, nessuna persona

deve e può essere aiutata dall'esterno senza la sua volontà. L'équipe può essere un punto di riferimento, un sostegno, un aiuto, ma non può e non deve sostituirsi all'ospite stesso, anche per evitare due dei principali pericoli insiti nelle relazioni d'aiuto: la dipendenza e il *burn-out* (l'eccessivo coinvolgimento che impedisce un lavoro corretto).

È importante nel rapporto con l'utente adottare una comunicazione chiara ed esplicita, che eviti false illusioni e aspettative eccessive che potrebbero incorrere in delusioni successive e involuzioni comportamentali, ed evitare atteggiamenti tendenti alla delega di funzioni che potrebbero essere svolte autonomamente.

A questo scopo viene utilizzato come strumento metodologico l'ecomappa[2].

Le attività

Le attività nel rispetto degli obiettivi e della metodologia progettuale sono:

Formazione continua dell'équipe: periodicamente vengono organizzate *giornate di lavoro* destinate a trattare ed approfondire temi riguardanti l'andamento generale del servizio, la metodologia di intervento, nuove e vecchie progettualità.

Costruzione di una rete del territorio: in un ottica di integrazione tra servizi vengono svolte riunioni periodiche con i Ser.T, le ASL, i DSM e altre strutture del privato sociale che operano nell'ambito della tossicodipendenza sul territorio di Roma.

Continuità dei servizi: il Centro mette a disposizione e fornisce le seguenti prestazioni:

- spazio di accoglienza e contenimento[3];
- scambio di siringhe;
- distribuzione di profilattici;
- distribuzione di Narcan;
- intervento per overdose;
- informazioni su droghe, HIV, malattie sessualmente trasmesse;
- assistenza e consulenza medica;
- counselling socio-assistenziale;
- counselling psicologico;

---

[2] Per una descrizione dettagliata dell'ecomappa si rimanda al paragrafo: "Strumenti di supporto operativi".

[3] Con questi termini si intende l'accoglienza globale della persona, della sua situazione emotiva e fisiologica anche quando non c'è una richiesta esplicita e chiara di aiuto, in un'ottica di "accettazione pedagogica". Questo permette all'utente, all'interno di momenti non necessariamente strutturati, quali una merenda, di rapportarsi e sperimentarsi con gli operatori e con gli altri ospiti, in modalità relazionali diverse da quelle tipiche della "piazza" o della "strada", e nel tempo di costruire relazioni significative che possono divenire vettore e stimolo per una nuova attenzione ai propri bisogni e desideri.

- gruppi di informazione;
- orientamento ed invio ad altri servizi;
- orientamento e consulenza legale;
- attività ricreative e laboratori
- doccia e cambio vestiti[4];
- lavatrice;
- ristoro.

Attività ricreative: per attività ricreative si intendono tutti quei momenti informali e occasionali in cui l'utenza si attiva per attività di tipo ludico, come ad esempio leggere giornali, giocare a carte, disegnare, fare giochi da tavolo.

Laboratori: per laboratori si intendono quelle attività proposte all'interno di regole, in un luogo e un tempo definito e strutturato, dove è possibile far emergere e sperimentare nuove modalità d'uso delle proprie capacità, lavorare attorno ad un progetto ed ottenere un prodotto. Inoltre sono occasioni e opportunità per rafforzare l'autostima, potenziare le relazioni interpersonali e la comunicazione, coadiuvati dal ruolo del docente e dell'operatore che si preoccupano di trasformare le forme di iniziativa e di risposta in ulteriori sollecitazioni. La gestione dei laboratori è stata affidata al personale volontario che collabora con il centro. I laboratori attivati sono: laboratorio di pittura; cineforum; laboratorio di scrittura e lettura; laboratorio di italiano per stranieri.

Gruppi formativi e informativi: i gruppi formativi e informativi di discussione sono stati strutturati per affrontare le problematiche relative la sindrome da overdose e delle malattie sessualmente trasmesse, ma possono spaziare su altri argomenti qualora vengano proposti dagli utenti, come per esempio le differenze tra culture nell'approcciarsi alle questioni riguardanti i sentimenti e la sessualità.

Giornata della giustizia: "la giornata della giustizia" prevede l'intervento di un avvocato esperto nelle problematiche delle persone straniere. A settimane alterne, il mercoledì un avvocato volontario si occupa di gestire uno sportello di consulenza legale all'interno del centro, seguendo eventualmente, col gratuito patrocinio, quegli utenti con procedure legali in corso che richiedono questo servizio.

Orari di apertura

Il Centro è aperto dal lunedì al sabato, dalle ore 10.00 alle ore 18.00. Le attività si svolgono dalle 11:15 alle ore 17:15. Di seguito elenchiamo gli orari dei servizi già avviati e di prossima attivazione:

---

[4] Dai primi giorni di marzo sono state attivate le docce e la possibilità di fare la lavatrice nel centro diurno.

COLAZIONE	- Dal lunedì al sabato. Le persone devono essere al Centro entro le 11:30 (attivato).
PRANZO	- Dal lunedì al sabato. Le persone devono essere al Centro entro le 13. 30 (attivato).
MERENDA	- Dal lunedì al sabato ogni pomeriggio (attivato).
DOCCIA	- Dal lunedì al sabato dalle 15.00 alle ore 16.15 (attivato).
LAVATRICE	- Dal lunedì al sabato dalle 15.00 alle 16.00 (attivato).
CONSULENZA SOCIO-ASSISTENZIALE	- Dal lunedì al sabato dalle ore 10:30 a 12:30 e dalle 15.00 alle ore 17.00 (attivato).
CONSULENZA PSICOLOGICA	- Dal lunedì al sabato dalle dalle 11.30 alle 13:00 e dalle 15.00 alle 17.00 (attivato).
CINEMA	- Tutti i giovedì alle ore 15.00 proiezione di un film (attivato).
LABORATORIO PITTURA	- Lunedì, mercoledì, venerdì dalle 15:00 alle 17:00 (attivato).
LABORATORIO DI SCRITTURA/ LETTURA	- Attività quotidiana. Elaborazione del giornalino ogni mercoledì pomeriggio (attivato).
CORSO DI ITALIANO	- Ogni venerdì dalle 15:00 alle 16:30. (attivato).
GIORNATE DI INFORMAZIONE FORMAZIONE	- Due volte al mese (attivato).
LABORATORIO DI TRAINING SOCIALE (es. preparare curriculum)	- Attività quotidiana (attivato).
GIORNATA DELLA GIUSTIZIA	- 2 mercoledì del mese (attivato).
LABORATORIO COMPUTER	- Tutti i venerdì dalle 11.30 alle 13.30 (attivato).

Strumenti di supporto operativi

Il servizio si avvale di più strumenti per sostenere al meglio il lavoro e le risorse umane che ha a disposizione.

Èquipe

La complessità dell'intervento richiede un'équipe interdisciplinare con professionalità ed esperienza consolidata. L'équipe del Centro Diurno Parsec Scalo San Lorenzo è formata da: un responsabile psicologo/psicoterapeuta, una coordinatrice laureanda in Scienze della Formazione, uno psicologo di comunità, una educatrice professionale, un'antropologa, una mediatrice culturale, un operatore sociale ed un medico volontario. La responsabilità del progetto è affidata ad uno psicologo/socio-pedagogista con specifiche competenze nell'ambito di programmi a bassa soglia e di recupero di tossicodipendenti.

La riunione di équipe, formalizzata in tempi e spazi adeguati (due ore una volta alla settimana, con lo scopo di riflettere sull'operato e sull'organizzazione, e di orientare il lavoro in modo condiviso e congruente), è uno degli strumenti fondamentali che consentono di far emergere e condividere le strategie di azione e la discussione ed organizzazione dei casi.

L'èquipe inoltre si avvale della collaborazione di volontari e tirocinanti, supervisionati dalla coordinatrice del centro, per attività specifiche ed in particolare:

- di una allieva infermiera e di un medico allopatico per la consulenza e la conduzione (in collaborazione con l'équipe del centro diurno) di giornate a tema sulle problematiche connesse alla prevenzione e cura delle Malattie Sessualmente Trasmesse, HIV, overdose, ecc.
- di due avvocati per consulenze connesse principalmente ai problemi di inserimento delle persone immigrate;
- di una tirocinante in psicoterapia, già psicologa di comunità, che offre consulenza psicologica una pomeriggio a settimana;
- di un due tirocinanti educatori.

Supervisione

Fin dall'inizio del progetto l'équipe si è avvalsa della supervisione condotta da uno psicoterapeuta esterno, che permette la comprensione e la gestione di dinamiche interne all'équipe, di approfondire la "discussione dei casi" e le emozioni ed i vissuti che emergono durante il lavoro.

Diario Giornaliero dell'équipe

Ulteriore strumento quotidiano è il Diario Giornaliero che, oltre a veicolare in modo più funzionale la comunicazione fra i colleghi, diventa ulteriore luogo di riflessione.

Diario utenti

Sempre in un'ottica di scambio reale e di responsabilizzazione, gli utenti possono - e sono stimolati a farlo - scrivere riflessioni, commenti, suggerimenti sul centro, sul rapporto con gli operatori e gli altri utenti, e su loro stessi.

Ecomappa e scheda utenti

Per ogni utente viene compilata una specifica scheda di rilevazione dei dati anamnestici, in particolare connessi all'utilizzo di sostanze stupefacenti e per chi frequenta in modo continuativo il centro viene compilata anche l'ecomappa.

L'ecomappa è una rappresentazione grafica, una simulazione "carta e matita" che può organizzare e oggettivare una enorme massa di dati sul "sistema utente" nello spazio e nel tempo, e include:

1) i maggiori sistemi che fanno parte della vita dell'utente;
2) la natura delle relazioni con i diversi sistemi;

3) all'interno di ogni sistema, le possibilità, le risorse, le difficoltà e "la storia" in rapporto con l'utente.

L'ecomappa viene costruita dall'utente in collaborazione con l'operatore di riferimento[5], dopo un periodo di conoscenza reciproca, con l'obiettivo di raccogliere i dati (l'anamnesi), di analizzare ed evidenziare le potenzialità e le risorse dell'utente oltre alle sue difficoltà, al fine ultimo di iniziare ad "ideare" un progetto operativo organizzato nella maggioranza dei casi in "micro-obiettivi" (per es. ricominciare ad assumere i pasti in modo regolare) mentre in alcuni casi può prevedere anche "macro obiettivi" (per es. inserimento in comunità terapeutica residenziale).

Modalità di accesso

Il Centro si trova in Via Scalo San Lorenzo 81-85, nel quartiere di San Lorenzo, più precisamente vicino all'uscita della tangenziale. Si arriva facilmente con gli autobus n° 71, 204, 492, e il tram n° 3. La collocazione del Centro è ottimale in quanto non distante dal Ser.T. di Via dei Frentani ed è vicina sia all'Università che alla stazione Termini. In questa zona inoltre non sono presenti altri servizi di questa tipologia.

Stranieri irregolari: difficoltà procedurali

Ad un anno di attività del servizio si possono evidenziare specifiche difficoltà legate al trattamento di persone extracomunitarie con problemi di tossicodipendenza. La maggior parte degli utenti stranieri che afferiscono al servizio sono privi di permesso di soggiorno e vivono quindi naturalmente, oltre al disagio legato alla dipendenza, quello dato dallo stato di clandestinità. La multiproblematicità che questo target di utenza porta, emerge quotidianamente, soprattutto per quelle persone con le quali si iniziano ad attivare dei percorsi più complessi, che prevedono progetti orientati all'ingresso in Comunità Terapeutica. Le difficoltà incontrate nel lavoro di rete e soprattutto con i Ser.T. di appartenenza (in particolare il Ser.T. di piazza Cinque Giornate), riguardano l'assenza di residenza e quindi la mancanza di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale degli utenti, i quali sono generalmente in possesso dell'STP, ma che non risulta comunque

[5] Ogni utente che frequenta e utilizza il Centro in maniera più o meno continuativa ha un operatore di riferimento col quale stabilisce una relazione *privilegiata* all'interno della quale può trovare un' accoglienza specifica capace di dare spazio all'individuazione ed elaborazione dei suoi bisogni. Questo non solleva l'équipe da una presa in carico globale del caso, ma aiuta la persona all'interno di un progetto individualizzato a dare continuità ad un suo percorso di emancipazione.

sufficiente per garantire l'eventuale convenzione per la retta della ASL, e quindi dei Ser.T., con le Comunità Terapeutiche. Questo, oltre a problemi logistici, crea inevitabilmente un limite nella gestione di una relazione implicitamente terapeutica, che cerca di promuovere una maturazione orientata all'emancipazione eventuale dalle sostanze.

A questo riguardo il servizio è attivo nella ricerca di soluzioni, anche attraverso la normativa regionale e nazionale inerente la cura e i diritti delle persone straniere.

Attualmente per lo straniero che intenda disintossicarsi ed entrare in Comunità, nonostante normative che dovrebbero garantirne il diritto alla salute, si presentano due strade paradossali che prevedono: il passaggio dello straniero nel carcere, dove ottiene una residenza e da lì l'invio in comunità, oppure la certificazione di una malattia incurabile nel paese d'origine (quale l'AIDS per molte persone provenienti da paesi africani).

Le persone straniere che afferiscono al centro sono in media il 26,4%, dato che dopo una fase di crescita costante tende ora a stabilizzarsi. Gli stranieri, quasi tutti extracomunitari nord africani, soggiornano molto più a lungo delle persone italiane e si presentano come "multiproblematici" usufruendo dei diversi servizi a disposizione (consulenza legale, sociale, psicologica e medica, corso di italiano, ecc.). L'inserimento di una mediatrice culturale all'interno dell'équipe ha sicuramente facilitato l'integrazione multietnica. Le discussioni di gruppo e le giornate formative tendono a favorire l'instaurarsi di relazioni significative con gli operatori ed a migliorare le strategie comunicative: gli argomenti maggiormente dibattuti e richiesti dalla popolazione straniera riguardano infatti le differenze ed i punti di incontro tra la cultura italiana, le sue leggi ed usanze, e la cultura straniera.

Che significa incontro tra culture diverse se un contadino del Bangladesh o del Kurdistan sono molto simili a un contadino italiano e molto diversi da un laureato del loro paese?

Carlo Bracci
Associazione Medici Contro la Tortura

Il rapporto tra medico (ma quanto dirò si applica ad ogni operatore sanitario) e paziente implica sempre un confronto tra culture differenti. Ma quali culture?

Da un lato quella del medico occidentale, che siamo soliti definire come basata su una fiducia a volte poco critica sulle tecnologie, che guarda più alla malattia che al malato.

Una simile definizione mi sembra molto approssimativa e basata su pregiudizi, anche se, naturalmente, esistono aspetti disumanizzati della pratica medica. Della medicina occidentale fanno parte a pieno titolo esperienze pratiche ed elaborazioni teoriche che, soprattutto in Italia, improntano sia le prassi mediche che le normative: pensiamo alla prevenzione nei luoghi di lavoro, alla psichiatria che ha portato alla deistituzionalizzazione dei malati, alla integrazione scolastica dei soggetti con handicap, alla tutela della salute della donna. Tutte esperienze che mettono al centro i diritti delle persone. Ma è anche prassi comune per chi si prende cura di malati cronici basare il proprio intervento sulla partecipazione del malato, sia esso affetto da diabete, da epilessia o da ipertensione arteriosa.

Dall'altro lato vi è l'immigrato, anch'esso non facilmente definibile nel suo rapporto con la salute, con la malattia, con il sistema sanitario. Le variabili da prendere in considerazione, in base alla esperienza quotidiana, sono molte.

Ad esempio è importante il progetto migratorio. Chi viene in Italia per mettere via un piccolo capitale con il quale iniziare nel proprio Paese una attività economica è in genere giovane ed in buona salute; quando ha un malessere chiede al medico una cura sintomatica che lo rimetta rapidamente in grado di lavorare con efficienza e, così come non è interessato ad imparare la nostra lingua, non cerca di costruire un rapporto personale con il medico.

Altro fattore da prendere in considerazione è il contesto sociale di provenienza. Per chi viene dalle campagne del Bangladesh la medicina occidentale è quella capace di salvare la vita con gli antibiotici, ma che ha dei costi troppo elevati. La richiesta è quella dell'intervento risolutivo con un farmaco; sono presenti nel paese di origine, ma anche in Italia, pratiche di massaggi terapeutici, cui

si ricorre però soprattutto perché, praticati da un parente o da un amico, non sono costosi. Quando la malattia è cronica, come nel caso del diabete - frequente in Bangladesh sia per motivi genetici che per l'inquinamento da arsenico delle falde acquifere - è molto difficile stabilire un rapporto basato sulla presa di coscienza dell'importanza dell'alimentazione, dei controlli periodici anche in assenza di disturbi. Per chi invece viene dalle città del Bangladesh il modello è quello della medicina inglese insegnata nelle università e praticata nella attività medica quotidiana.

Ancora è importante il momento della immigrazione: altro è essere in Italia da pochi mesi, altro risiedervi da anni.

Certo non sono rari gli atteggiamenti che stimolano la nostra curiosità. Ma attenzione a fare dell'antropologia medica a buon mercato.

Ad un giovane medico che mi riferiva di un marocchino che attribuiva l'epilessia del figlio agli influssi di una persona cattiva, ho ricordato le cartelle cliniche raccolte negli ospedali psichiatrici svizzeri da Michele Risso (quanti hanno letto "A mezza parete" pubblicata anni fa da Einaudi e reperibile ormai solo nei Remainders ?). Si legge di un immigrato calabrese: attribuisce i suoi malesseri al "malocchio" (in italiano nella cartella clinica). Diagnosi: "schizofrenia paranoie".

Da queste osservazioni poco sistematizzate, ma comunque frutto di una riflessione su quaranta anni di lavoro medico, si può trarre qualche indicazione.

Ogni incontro medico-malato è basato sul confronto tra due culture differenti. Il momento in cui dimettere un malato terminale deve tenere conto del valore che per molti ha il morire nella propria casa, cui fa riscontro la difficoltà per il medico di ammettere che non c'è più molto da fare.

Ma vi è anche uno stretto intreccio tra fattori culturali e fattori economici. Il desiderio di morire in casa è spesso anche dovuto al fatto che il trasporto in autoambulanza costa molto meno del carro funebre e che il malato è spesso il primo a non volere gravare economicamente sulla famiglia.

Se in conclusione possiamo dire che non esiste medicina che non sia transculturale, possiamo anche affermare che se non è facile conoscere le diecine di culture esistenti tra gli immigrati che vivono a Roma, è comunque utile riflettere sulla propria cultura.

Servizi sanitari e immigrazione in una prospettiva antropologica

Gessica Gomma - Fabio Orecchini
Medici Senza Frontiere

Tra condizioni sanitarie e condizioni sociali degli immigrati intercorre una strettissima correlazione, al punto che lo stesso Servizio Sanitario Nazionale si delinea come l'istituzione che rende operativa la mediazione culturale. Promuovere una gestione delle problematiche inerenti al rapporto istituzioni-immigrazione che tenga conto della necessità di una sensibilizzazione antropologica del personale sanitario e di un'educazione al rispetto della normativa per l'utenza straniera, costituisce il motivo dell'attuazione del progetto Missione Italia, promosso da Medici Senza Frontiere.

A partire dal 1999, presa coscienza dei nuovi fenomeni migratori che investivano l'Italia, MSF ha avviato una serie di progetti sul territorio nazionale: Missione Italia è stata operativa a Brindisi, ora lo è in Sicilia, lo sarà a Brescia e a Roma è attiva da febbraio nel XX Muinicipio. La firma di un protocollo di intesa tra la ASL RM E e MSF ha favorito la creazione di un progetto mirante a facilitare l'accesso ai servizi sanitari, diminuendo la distanza tra operatori e utenti.

Il lavoro si divide tra uno sportello fisso, che offre consulenza legale ed orientamento socio-sanitario, uno sportello mobile, presieduto da un'antropologa, coadiuvata da noi tirocinanti e da un logista-autista, un gruppo di mediatori culturali, chiave di accesso alle comunità di immigrati, ed un ambulatorio, reso disponibile dalla ASL RM E, in cui vengono rilasciate le tessere STP e visitati gli immigrati irregolari presenti sul territorio.

Il progetto è iniziato con un monitoraggio del territorio stesso che ha portato all'individuazione delle istituzioni e delle associazioni di volontariato cattolico e non, già esistenti in zona, con cui avviare una collaborazione. Nello stesso tempo è stato stabilito un primo contatto con le comunità di immigrati dislocate sul territorio, prevalentemente provenienti dalla Romania, America Latina (soprattutto Perù ed Ecuador), Capo Verde, Sri Lanka e Filippine. Il nostro è stato un lavoro di porta a porta, con la distribuzione di informazioni relative ai loro diritti e alla possibilità di usufruire di alcuni servizi. Il XX Municipio presenta caratteristiche singolari per quanto riguarda il fenomeno migratorio: se il I (zona Termini) è un luogo di approdo, il XX assorbe immigrati che si uniscono alle

comunità stabilitesi già da tempo. I complessi abitativi (piccole stanze in cui si concentrano bagno, cucina, stanza da letto, e di cui non è assicurata legalmente l'abitabilità) sorgono nei quartieri residenziali, dove è possibile trovare facilmente lavoro in qualità di colf, badanti, giardinieri… e rendono ancora più visibile quel contrasto tra due realtà che non vivono il processo di integrazione.

Il primo atteggiamento riscontrato nella popolazione straniera è stato di grande sfiducia, così si è cercato di trasformare quel "primo" contatto in rapporti costanti, attraverso ripetute visite nelle loro residenze abitative, creando un legame che va al di là del rapporto utente-istituzione e che mira a stabilire quella fiducia necessaria per portarli a cercare in noi una collaborazione più concreta. Il procedimento è stato questo: indirizzarli a seguire determinate strade per l'accesso ai servizi e ricontattarli per ascoltare se hanno incontrato resistenze o difficoltà e, in molti casi, accompagnarli alle istituzioni con l'aiuto dei mediatori culturali, facendo da tramite tra sistema e individui. Un sostegno solo iniziale che favorirà la loro successiva autonomia. Allo stesso tempo lo scopo è anche quello di sensibilizzare il personale sanitario perché utilizzi un approccio diverso, attraverso corsi di formazione.

Le problematiche relative all'accesso al SSN si riflettono per lo più nel rapporto che corre tra queste due realtà. Le maggiori difficoltà si riscontrano nel settore materno-infantile. Missione Italia dedica particolare attenzione alla ginecologia e alla pediatria. Un atteggiamento riscontrato più volte è la sottovalutazione delle cure materne per le condizioni dei bambini, molti dei quali nascono sottopeso per i cambiamenti alimentari delle madri, altri soffrono di un abbassamento delle difese immunitarie e si ammalano più spesso a causa delle condizioni abitative in cui vivono. La madre migrante vive la sua frustrazione ed il suo senso di colpa, rifiutando ulteriori contatti con il personale medico e negando così ripetuti controlli pediatrici al figlio.

Per quanto riguarda la ginecologia, l'esperienza avuta con le donne dello Sri Lanka, ad esempio, rende evidente l'importanza di un'educazione sanitaria che deve informare sul carattere fondamentale della prevenzione nell'ambito della sessualità e sui rischi che si corrono con ripetute pratiche di IVG o con gravidanze protratte senza i dovuti controlli. Alcune donne non hanno mai fatto visite dal ginecologo, per timore e perché la loro sessualità è controllata dal marito, per il quale ogni tipo di contatto rientra in un discorso di promiscuità. Per molte donne subentra la vergogna anche nell'uso di alcune parole. Esistono tutta una serie di tabù relativi alle terminologie, per cui non si parla di preservativo, di pillola anticoncezionale, si è restii a spiegare che tipo di problemi sanitari si hanno, anche se lievi infezioni genitali tra le più diffuse. Una donna, nella spiegazione di un suo problema, si guardava bene dal non pronunciare la parola "mestruazione", perché era presente un uomo nella stanza. Quando questo si è allontanato ci ha confidato il timore per un'ulteriore gravidanza inaspettata, visto il ritardo di alcuni giorni. Solo dopo ripetuti incontri, dopo aver instaurato un rapporto di tipo confidenziale si è riusciti a discutere di problemi di interesse ginecologico, per

cui si comprende quanta difficoltà queste donne incontrino nel parlare con un medico, che non conoscono, con cui è difficile il dialogo. In un'occasione particolare una donna ha richiesto la presenza dell'antropologo al momento della visita, chiedendole di sostituirla nella spiegazione del problema. La figura antropologica presente ha rivestito un ruolo di accesso centrale al momento della prima visita, stando bene attenta a non sostituirsi alla utente in questione, ma aiutandola nella spiegazione del problema, magari avviando il discorso e lasciando che sia lei a terminarlo.

L'antropologo dovrà essere un punto di incontro nella relazione, che affianca il mediatore linguistico-culturale e che renda operativa e vantaggiosa la sua sensibilità antropologica nell'affrontare certi tipi di tematiche in modalità appropriate alla persona ed in riferimento al contesto culturale di provenienza. L'approccio al paziente ed alla malattia da un lato, ed il ricorso alla sanità pubblica dall'altro, potranno manifestarsi su un livello differente, che tiene conto dei limiti di un'eccessiva medicalizzazione, anche di quelli che sono solo semplici disagi e non vere e proprie patologie, che prende in considerazione il carattere individuale della percezione della malattia, andando in tal modo a migliorare il rapporto medico-paziente.

Disagi e non patologie, come in molti casi da noi riscontrati sul campo, tra cui, per motivi di spazio, abbiamo scelto i più emblematici ed al tempo stesso complessi, nella loro semplicità: il primo, il caso di una adolescente filippina, che in assenza di sintomatologie asserenti dermatiti, allergie o intossicazioni alimentari, presentava un fastidioso prurito sul viso, quasi ad evidenziare un disagio psico-fisico ed esistenziale, segno manifesto di incomprensioni e scontri tra il sè ed un "fuori", spesso ostile, da fronteggiare; il caso di una donna dello Sri Lanka, che nei mesi successivi il parto affermava di sentire il cuore trafitto da spilli appuntiti, o il caso di una donna anziana, anch'essa srilankese, che affermava di soffrire di una grave malattia chiamata preoccupazione.

Riconoscendo la difficoltà oggettiva del migrante di esprimere e descrivere con precisione il proprio malessere, nonché del medico curante di interpretare sintomi e riconoscere comportamenti connotati culturalmente, abbiamo elaborato un *database* dettagliato ed efficiente che ci permetterà:

- in primo luogo di analizzare in chiave dinamica la percezione della malattia del migrante, ponendo in relazione i diversi incontri intersoggettivi maturati nel tempo, in maniera tale da poter scovare le problematiche reali, che siano esse sociali (di integrazione), culturali o biologiche, che sono alla base del disagio psico-fisico del paziente in questione;
- di mediare la percezione soggettiva, che spesso si presenta parziale, sfocata e come detto, plasmata culturalmente, con quella tanto più oggettiva quanto modellata anch'essa del medico curante, che si nutre della distanza tra osservatore e osservato, ma che attraverso l'utilizzo dei dati forniti dal *database* ed interpretati dall'antropologo, verrà posta in posizione privilegiata, di ascolto

prima, di diagnosi e cura poi, trovandosi nella condizione di dover attraversare un ponte, seppur fragile, che l'antropologo ha via via costruito nel tempo;
- come strumento statistico eccellente, in grado di fornire un'attenta valutazione dei bisogni sanitari ed assistenziali di tale fascia di popolazione, attraverso una rilevazione quantitativa della popolazione immigrata di riferimento, che non ometta la fascia supposta sana e la presenza irregolare sul territorio, rispetto alla quale valutare la prevalenza e l'incidenza delle varie forme patologiche;
- infine come mezzo di valutazione oggettiva del riscontro effettivo del progetto, valutabile nell'ordine della risposta dell'utenza immigrata alle sollecitazioni proposte ed ai servizi resi disponibili, di verifica quantitativa degli esiti, speriamo sempre positivi, delle cure elaborate e disposti dai medici che collaborano al progetto.

Non tralasciamo naturalmente quella che noi definiamo verifica qualitativa, intesa come la realizzazione di un'opera medico-sanitaria culturalmente sensibile, in grado di cogliere le determinanti socioculturali della malattia e della cura, di integrare la nostra visione del corpo come universo che obbedisce alle sole leggi biologiche, alla visione del corpo come somma di tecniche e comportamenti culturalmente determinati, per tentare di collocare positivamente tale visione all'interno della relazione terapeutica.

Le donne marocchine e la maternità

Souad Sbai
Presidente Associazione delle donne delle comunità marocchine in Italia (ACMID)

Negli ultimi anni, l'immigrazione dai Paesi in via di sviluppo verso l'Italia ha subito cambiamenti da un punto di vista sia quantitativo, sia qualitativo.

Dopo una prima fase in cui erano prevalenti i giovani di sesso maschile si sta assistendo, con l'aumento dei ricongiungimenti familiari, ad un processo di progressiva femminilizzazione dell'immigrazione straniera.

Le donne immigrate vivono un duplice spaesamento: oltre all'abbandono di un paese che conoscevano da sempre, nel quale comunicare non costituiva un problema, si ritrovano mogli e madri, da figlie e sorelle che erano. Mi riferisco in particolare alle donne marocchine, mie connazionali.

Sull'altra sponda del Mediterraneo le donne immigrate del Marocco e del nord Africa trovano, al loro arrivo, donne indipendenti, libere, sempre più adattabili ai mutamenti sociali, ai cambiamenti nella struttura della famiglia.

Quando la donna maghrebina parla della sua famiglia, non pensa subito alla famiglia costruita in Italia, ma a quella che ha lasciato in Marocco, della quale sente la mancanza soprattutto nei momenti più importanti della sua vita.

Il percorso della nascita

Le differenze tra Maghreb e Italia sono particolarmente evidenti in merito alla gravidanza: alla tradizionale sacralità di questa condizione si contrappone, in Italia, la sua medicalizzazione.

Nel paese di origine la maternità e il parto sono eventi che coinvolgono tutta la famiglia allargata e le donne della comunità. Il parto è un momento di comunicazione tra donne; l'uomo ne è escluso. In Marocco, per esempio, durante i primi quaranta giorni di puerperio (*nefess*) la donna non esce di casa, deve essere accudita e riposare, altrimenti il bambino ne risentirebbe. Alla fine del *nefess*, la puerpera si reca all'*hammam* (bagno turco) e viene di nuovo curata e massaggiata. In questo modo si evitano alla madre le paure che, in questi primi quaranta giorni, sono accentuate dalla scarsa percezione del neonato.

In Italia i bagni prolungati, le affettuosità ed il trattamento di grande rispetto vengono quindi bruscamente sostituiti dall'obbligatorietà di una serie di esami diagnostici.

Bisogna precisare che vi sono comunque importanti differenze tra il contesto rurale e quello urbano. Io sono di Casablanca e le donne dalla città sono sotto molti aspetti diverse da quelle rurali; queste ultime sono per lo più analfabete, conoscono dunque solamente il dialetto marocchino, e hanno una mentalità più 'chiusa'.

In Marocco le donne rurali non vanno dal ginecologo o all'ospedale, partoriscono in casa con l'aiuto delle madri, delle vicine di casa, della suocera e delle donne più vicine a lei, e con l'aiuto della *kabla*, la tradizionale levatrice. La *kabla* non ha studiato, pertanto non ha un diploma, ma ha tanta esperienza nel campo.

Le donne che vivono in città partoriscono in genere in ospedale. Le più moderne praticano il parto cesareo. Quest'ultimo è in Italia pratica diffusa e motivata in alcuni casi dall'esigenza di programmare e tenere sotto controllo i tempi.

In Marocco partorire in questo modo è da considerarsi vergognoso se non se ne ha davvero bisogno, altrimenti non si viene considerate vere e proprie mamme. La puerpera nasconderà la cicatrice come una vergogna e avrà seri problemi ad avere ancora due, tre o quattro figli, come spesso avviene nell'Africa settentrionale.

Al momento di partorire, anche la comunicazione è diversa: il silenzio delle immigrate è causa di incomprensione da parte delle ostetriche, che rischiano di male interpretare i ritmi del travaglio.

Confesso anch'io di aver avuto paura, al momento del parto, che qualcosa potesse andare storto e pertanto sono stata silenziosa: non gridavo, non piangevo, dicevo che tutto andava bene; la mia paura era che mi facessero il parto cesareo. Anche se ho vissuto in un contesto moderno a Casablanca, dopo dieci anni che abitavo a Roma ho avuto anch'io paura del parto cesareo, come se in questo modo non potessi avere il controllo della situazione.

E' utile considerare inoltre che la medicina tradizionale nella maggior parte dei paesi di origine convive con le strutture sanitarie della medicina ufficiale e viene utilizzata a seconda delle necessità, delle opportunità e dei sintomi che si presentano. Spesso le donne utilizzano preparati e "rimedi" della medicina tradizionale che si fanno inviare dal proprio paese.

Le donne di recente immigrazione hanno un unico punto di riferimento: il marito, che spesso è assente per motivi di lavoro, e non costituisce per la donna un conforto alle sue ansie ed ai suoi problemi, poiché in certe culture alcuni argomenti sono ancora tabù.

In definitiva, mancando di una rete sociale parentale ed amicale cui fare riferimento, le donne straniere si ritrovano, quindi, spesso sole in una realtà estranea

ed incontrano molte difficoltà nell'accedere ai servizi sanitari materno-infantili (si ricorda fra l'altro, a questo proposito, che le donne musulmane non desiderano farsi visitare da medici maschi).

Lo sportello "Maternità serena"

E' emersa, quindi, l'esigenza di trovare dei sostegni capaci di orientare e consigliare le donne immigrate su come affrontare la gravidanza e su come allevare il proprio bambino.

Di qui l'inziativa dello sportello "Maternità serena". Lo sportello è rivolto principalmente alle donne straniere provenienti dal nord Africa (arabe) e dall'Africa subsahariana (anglofone), ma vi possono accedere anche donne straniere di altre provenienze.

Obiettivi dello sportello sono: fornire alle donne straniere di recente immigrazione strumenti conoscitivi sulla gravidanza e la puericultura nel primo anno di vita del bambino, nel contesto sociale di immigrazione; umanizzare l'assistenza, attraverso l'ascolto e la disponibilità; garantire la continuità dell'assistenza stessa; trasmettere sicurezza e serenità rispetto alla gravidanza e al parto; evitare condizionamenti e pregiudizi; promuovere una possibilità di crescita e di scambio reciproco.

Viene utilizzato l'ausilio della mediazione linguistica culturale e di *femmes relais*, intese quali risorse per la propria comunità, che aiutano le donne ad orientarsi nei servizi sanitari già esistenti e le accompagnano finché non raggiungono una propria autonomia.

Le attività dello sportello comprendono anche: la predisposizione e distribuzione di materiale informativo in lingua araba, inglese e francese; l'organizzazione di corsi di formazione agli operatori sulle abitudini culturali delle varie etnie minoritarie e l'organizzazione, assieme agli operatori, di corsi e seminari di educazione sanitaria e di medicina preventiva destinati alle donne immgirate; l'organizzazione di un gruppo di mediatori culturali. Lo sportello opera in collaborazione con le strutture sanitarie territoriali dell'ambito materno-infantile.

La valutazione di questo primo periodo di attività ha messo in luce: un aumento dell'utenza; una sua maggiore regolarità nei controlli e negli esami; un suo maggior livello di informazione; un *counselling* adeguato alle culture; una migliore comunicazione tra gli interlocutori (paziente-operatore).

Bisogni di salute in due diversi gruppi di donne immigrate: l'esperienza dell'unità di strada e del Drop in Center

Germana Cesarano, Carla Valeri, Antonella Camposeragna
Cooperativa «Magliana '80»

L'esperienza che la Cooperativa Magliana '80 realizza nella città tramite numerosi progetti rivolti a fasce svantaggiate di cittadini conferma una diffusa condizione di bisogno da parte delle donne straniere che vivono nel nostro territorio. Il disagio si esprime in una richiesta di informazioni di base, di orientamento e di accompagnamento. Molte donne appaiono disorientate, non conoscono i diritti fondamentali dei cittadini stranieri in Italia, non hanno informazioni sui servizi di base, sia di tipo sanitario che sociale, né delle modalità di accesso a tutti i servizi; spesso hanno difficoltà legate alla non comprensione dell'italiano, vivono con difficoltà anche l'inserimento dei figli nelle scuole pubbliche.

Tutte le associazioni che da sempre si occupano di immigrate, o che lavorano in maniera preferenziale con donne abusate, hanno registrato un consistente aumento degli accessi da parte delle donne straniere, che richiedono consulenze sui diritti, sia in riferimento a problematiche legate alla famiglia, sia relativamente al lavoro, sia per quanto attiene ai percorsi di regolarizzazione.

Sappiamo, proprio da questi contatti, che spesso molte donne hanno un ampio patrimonio di esperienze e conoscenze scolastiche, professionali, personali: molte donne possiedono titoli di studio medio-alti e hanno lavorato nei paesi di origine con qualifiche significative. E' necessario poter offrire una consulenza mirata sul riconoscimento in Italia dei titoli di studio, sui percorsi di formazione professionale accessibili, e soprattutto offrire una consulenza che sostenga le donne nella corretta valutazione delle proprie capacità e potenzialità. In questo senso diventa importante anche creare contesti di sostegno alla persona, con un potenziamento dell'autostima e del senso di auto-efficacia; potersi confrontare con altre donne, che spesso hanno vissuto percorsi migratori analoghi, anche in gruppi di auto-aiuto, può costituire un momento qualificante di orientamento.

Un discorso a parte merita la condizione delle donne in condizione di clandestinità, ed in particolare delle tante straniere che si prostituiscono sulle nostre strade. Sappiamo bene che la diffidenza e la paura condizionano queste donne nell'avvicinarsi ai servizi e alle strutture pubbliche.

Questo può rivelarsi estremamente dannoso, portando queste persone ad una condizione di isolamento che si autoperpetua. La ricerca attiva in strada e nei luoghi naturali di aggregazione di queste persone costituisce una metodologia specifica di intervento di questo progetto. Proprio per questa fascia di utenza sembra indispensabile poter offrire una serie di servizi finalizzati alla rottura dell'isolamento ed alla promozione di autonomia.

Per tutte le donne pensiamo che le consulenze legali, la consulenza di servizio sociale, la mediazione linguistica per chi ha grandi difficoltà a comprendere l'italiano, l'attivazione di corsi di alfabetizzazione di base e di orientamento al territorio, possono essere degli strumenti di lavoro privilegiato .

Infine ogni intervento deve prevedere l'apertura sul territorio e ai servizi pubblici, per poter consentire un accesso a pari condizioni alle donne straniere come alle italiane, per tutta una serie di servizi sanitari essenziali e per tante prestazioni socio-assistenziali. Pertanto si privilegerà un lavoro di rete che sviluppi un costante rapporto con Consultori, Ambulatori di medicina di base, Ambulatori pediatrici, Servizio Sociale comunale.

Di seguito vengono esposti alcuni dati relativi all'esperienza di contatto con donne immigrate, nell'ambito dell'Unità di Strada (UdS) e del servizio Drop in Center.

L'esperienza dell'UdS

I contatti totali dell'Unità di Strada in un anno (ottobre 2001- ottobre 2002) ammontano a 587, i nuovi contatti a 131.

Osservando la distribuzione delle nazionalità dei contatti emerge subito la presenza fortissima di donne nigeriane nelle nostre strade. I contatti effettuati con persone nigeriane sono 241, e rappresentano più del 40% di tutti i contatti.

I contatti con albanesi ammontano a 64, e sono il 10% all'interno del gruppo dell'Europa dell'Est; 39 contatti sono con persone rumene (il 6% sul totale dell'Europa dell'Est). Un elemento che non viene sempre adeguatamente considerato riguarda il numero di presenze di persone che provengono dal Sudamerica: complessivamente (sono rappresentati quasi tutti i paesi sudamericani) i contatti con Latinoamericani sono 99 in tutto, rappresentano il 17% dei contatti totali, e di questi 68 sono con persone Colombiane. Ricordiamo che i contatti con colombiani sono sia con donne che con transessuali. Spesso i colombiani lavorano insieme nelle stesse postazioni, si fanno compagnia e si aiutano; a volte vivono insieme e hanno organizzato anche la loro migrazione insieme. Si tratta di un gruppo etnico particolarmente unito ed anche informato e consapevole. Spesso sono persone immigrate da parecchio tempo in Italia, e conoscono bene il funzionamento dei servizi e le normative.

Vogliamo ricordare anche 25 contatti con italiani e 5 con donne polacche.

Tab. 1. Distribuzione dei contatti per area geografica di provenienza

Area Geografica	N.	%
Europa Occidentale	41	7%
Europa Orientale	184	30%
Sud America	99	18%
Africa	247	42%
NR	16	3%
Totale	**587**	**100%**

Nel condurre un contatto gli operatori possono parlare più lingue: la situazione può richiedere che il colloquio avvenga completamente nella lingua madre della persona contattata, oppure può apparire più adeguato usare l'italiano per una parte del colloquio, e poi la lingua madre per argomenti più personali, o più difficili da affrontare e da comprendere. L'équipe dedica sempre del tempo, durante un contatto, a sollecitare la persona a studiare la lingua italiana, evidenziando come una prima forma di autonomia sia costituita proprio dalla capacità di usare con sufficienza la lingua del posto in cui si vive. In questo senso gli operatori lasciano anche alcuni indirizzi di enti che erogano corsi di italiano aperti a tutti. A volte gli operatori usano appositamente l'italiano per stimolare le persone a parlarlo. Ricordiamo che gli operatori registrano come «lingua usata nel contatto» la lingua «prevalentemente» utilizzata, anche se ne sono state usate due.

La tabella 2 mostra in quanti casi è stata usata prevalentemente la lingua italiana o viceversa altre lingue, durante 571 contatti in cui si è rilevato sia la provenienza che la lingua, e indica anche con quali gruppi nazionali si è più spesso usato l'italiano o una altra lingua. Si evidenzia come l'italiano sia usato nel 53% dei casi, seguito dall'inglese, e dall'albanese.

Con persone dell'Europa dell'Est (soprattutto le rumene) e dell'America del sud si è usato l'italiano, viceversa l'uso dell'inglese ha riguardato prevalentemente persone africane, e solo secondariamente donne dell'Europa dell'Est (slovacche, polacche, bulgare). La lingua albanese è stata usata nel 7% dei casi,

Tab. 2. Lingua in cui si è condotto il contatto per area geografica di provenienza

	Europa Occ.		Europa Orien.		Sud Am.		Africa		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Albanese	2	5	38	21	0		0		40	7
Francese	0		0		0		1	0	1	0
Inglese	0		2	1	0		193	78	195	33
Italiano	39	95	138	75	75	76	50	20	309	53
Portoghese	0		0		3	3	0		3	1
Russo	0		6	3	0		0		6	1
Spagnolo	0		0		20	20	0		20	3
Totale	**41**		**184**		**99**		**247**		**571**	

esclusivamente con donne albanesi o con qualche greca di lingua albanese, ed il russo ovviamente solo con donne russe. Si è usato talvolta anche lo spagnolo ed il portoghese, con persone del Sud America.

Solitamente l'unità di strada effettua invii agli sportelli, ai quali viene demandato il compito di approfondire con un colloquio il grado di bisogno ed il tipo specifico di necessità della persona; sarà lo sportello a realizzare a sua volta l'invio al servizio. A volte però l'invio viene fatto direttamente dalla strada, o di fronte ad una particolare urgenza, o perché si pensa che la persona non si recherebbe mai presso un ufficio. La tabella 3 indica che sono stati effettuati 94 invii, di cui solo per 84 era nota la provenienza geografica pari al 16% dei contatti. Le persone più frequentemente inviate sono africane ed europee dell'Est. Ma ci sono anche 3 invii di persone dell'Europa occidentale, e 8 di Latinoamericani.

Tab. 3. Richieste spontanee di invio agli sportelli ed invii effettivi

AREA		**Richiesta di invio allo sportello**		**Invio allo sportello**
		No	**Sì**	
Europa Occ.	N	2	1	3
	%	66,7	33,33	
Europa Orien.	N	25	5	30
	%	83,3	16,67	
Sud Am.	N	3	5	8
	%	37,5	62,5	
Africa	N	21	22	43
	%	48,8	51,16	
Totale	**N**	**51**	**33**	**84**
	%	60,7	39,3	

Osserviamo come solo 5 delle 30 persone inviate allo sportello, di nazionalità est europea, avevano esplicitamente richiesto l'invio, a differenza delle africane, che avevano richiesto l'invio in 22 casi su 43. Complessivamente su 84 invii effettuati dall'Unità di strada, questi erano stati esplicitamente richiesti 33 volte, e non richiesti in 51 casi. In realtà possiamo immaginare che gli operatori abbiano interpretato un bisogno non espresso immediatamente e direttamente dalla persona, e comunque le abbiano suggerito un invio di fronte alla esposizione di problemi sanitari specifici.

Utilizzando la scheda di primo contatto sono stati raccolti i dati relativi alle singole persone, indicate come *primi contatti*, cioè come persone mai contattate prima dal servizio. Il loro numero è pari a 131.

Confrontando il numero dei primi contatti con quello dei contatti totali appare evidente che in media ogni persona ha incontrato l'Unità di strada 4 volte e

mezzo. In realtà ci sono vecchissimi contatti, cioè persone che non si sono mai spostate e incontrano l'UdS ripetutamente, mentre viceversa alcune persone vengono intercettate una sola volta. Soprattutto in questo anno di grandi spostamenti e di fughe si sono realizzati contatti episodici con persone che provenivano da altre zone della città; proprio per questo si è deciso di curare molto il livello di informazione di base e di lasciare a tutte le persone incontrate per la prima volta un *kit* minimo di materiali che consentisse di mantenere aperto un contatto con alcuni servizi (sportello, numero verde, Comune).

Per quanto riguarda il *genere* le persone incontrate per la prima volta sono nel 70% dei casi donne, nel 26% transessuali (34 persone su 131), e in 3 casi sono uomini.

Tab. 4. Distribuzione per genere

Genere	**N**	**%**
Uomini	3	2,3
Donne	92	70,2
Transessuali	34	26,0
NR	2	1,5
Totale	**131**	**100,0**

Per quanto riguarda le *età*, 88 persone hanno un'età compresa tra 20 e 30 anni, solo 16 dichiarano meno di 20 anni e solo 17 superano i 30 anni.

Tab 5. Distribuzione per classi di età

Età	**N**	**%**
<20	16	12,2
20-30	88	67,2
>30	17	13,0
NR	10	7,6
Totale	**131**	**100,0**

Tab 6. Distribuzione per nazionalità

Nazionalità	**N**	**%**	**Nazionalità**	**N**	**%**	**Nazionalità**	**N**	**%**
Nigeriana	27	20,6	Russa	4	3,1	Messicana	1	0,8
Colombiana	17	13,0	Venezuelana	4	3,1	Polacca	1	0,8
Albanese	16	12,2	Moldava	3	2,3	Portoricana	1	0,8
Rumena	15	11,5	Croata	2	1,5	Serba	1	0,8
Bosniaca	6	4,6	Spagnola	2	1,5	Tedesca	1	0,8
Italiana	6	4,6	Camerunense	1	0,8	NR	6	4,6
Brasiliana	5	3,8	Cubana	1	0,8			
Ecuadoriana	5	3,8	Ganese	1	0,8			
Argentina	4	3,1	Liberiana	1	0,8	**Totale**	**131**	**100,0**

Vale per questo dato la stessa considerazione fatta nella parte precedente relativa ai contatti: questa popolazione è generalmente molto giovane; si tratta di persone arrivate in Italia da almeno 1 anno (il 42% delle persone) o da almeno 6 mesi (un altro 22%). Si tratta quindi di persone che hanno intrapreso la loro emigrazione in una età molto giovanile, a volte provenendo direttamente dal loro paese, a volte transitando per un altro. Quest'ultimo fenomeno riguarda alcune nigeriane, che sostano in Spagna o Francia, ed alcune donne russe e rumene, che passano per l'Albania. Un caso a parte è poi costituito dalle persone sudamericane, che tutte hanno sostato e a volte lavorato in Spagna.

L'esperienza del Drop in Center

Le analisi di seguito presentate si riferiscono ad un *periodo di osservazione mirata di 6 mesi,* successivo alla fase di avvio e di presentazione del servizio, durante il quale, essendosi il servizio stesso consolidato, è stato possibile utilizzare diverse schede di raccolta dati al fine di ottenere una fotografia del servizio e della sua utenza.

Nell'arco dei 6 mesi osservati, sono stati prese in carico dal servizio complessivamente 73 persone. Sebbene il Drop in fosse pensato per una popolazione immigrata femminile, nella realtà le persone sono donne per il 91,8% (pari a 67), ed il restante 8,2% (pari a 6) è composto da uomini. Cinque di questi, che risultano essere provenienti da paesi est europei, sono stati inviati da servizi in rete, mentre uno, di nazionalità asiatica, si è recato spontaneamente al servizio.

Tra le donne poi, c'è da segnalare la presenza di una italiana, che, inviata da un servizio in rete, si è recata al Drop in per una specifica offerta di lavoro di assistenza domiciliare.

Le persone immigrate provengono per il 42,5% da paesi est europei, per il 32,9% da paesi dell'area africana, 13,7% da paesi asiatici, 9,6% da paesi sud americani. Nel dettaglio si veda la tabella 8. I dati nazionali sull'immigrazione indicano che le comunità in cui la presenza femminile è risultata meno incidente, sono quelle dove è forte la cultura musulmana: « (…) l'Africa Settentrionale, l'Africa Occidentale, il vicino e Medio Oriente.. sono aree nelle quali la cultura islamica è prevalente… Diversamente, le aree a maggior protagonismo femminile risultano essere l'Europa, l'Africa Centrale (…) l'Estremo Oriente, di cui fanno parte le Filippine e la Thailandia, l'ex Urss e l'America centro-meridionale».

E' interessante notare che il gruppo nazionale più cospicuo risulta essere quello rappresentato dalle nigeriane. Le statistiche relative alla popolazione immigrata in Italia, dicono che tra tutti i paesi africani, la Nigeria è quello che al 31.12.2000 ha registrato un aumento più consistente delle presenze tra gli immigrati.

Tab 7. Afferenti al Drop in Center - Distribuzione per fasce di età

Età	N	%
=19	2	2.7
20-24	7	9.6
25-29	15	20.5
30-34	12	16.4
35-39	11	15.1
40-44	3	4.1
45-49	8	11.0
50+	1	1.4
NR	14	19.2
Totale	**73**	**100.0**

Tab 8. Paesi di origine degli afferenti al Drop in Center

Paese di origine	N	%
Nigeria	14	19.2
Ucraina	11	15.1
Romania	9	12.3
Filippine	6	8.2
Polonia	4	5.5
India	4	5.5
Moldavia	3	4.1
Albania	2	2.7
Egitto	2	2.7
Capo Verde	2	2.7
Sud Africa	2	2.7
Mauritius	2	2.7
Brasile	2	2.7
Ecuador	2	2.7
Italia	1	1.4
Jugoslavia	1	1.4
Croazia	1	1.4
Togo	1	1.4
Madagascar	1	1.4
Perù	1	1.4
Cile	1	1.4
Uruguay	1	1.4
Totale	73	100.0

Le persone che si sono recate al Drop in Center durante i 6 mesi di attività osservati hanno espresso le richieste riportate in tabella 9. Si sottolinea che esse si sono recate mediamente più di una volta al centro e che era comunque possibile esprimere più richieste; le percentuali riportate si riferiscono al totale degli afferenti al Drop in Center (73).

Tab 9. Richieste delle persone afferenti al Drop in Center

Tipo di richiesta	N	%
Lavoro	37	50.7
Assistenza Sociale	32	43.8
Assistenza Legale	24	32.9
Sostegno Psicologico	14	19.2
Invio a servizi	9	12.3
Alloggio	5	6.8
Assistenza medica di base	5	6.8
Formazione professionale	5	6.8
Accoglienza	4	5.5
Scolarizzazione	4	5.5
Accompagnamento a servizi	2	2.7
Informazioni su centri culturali	1	1.4
Altro	2	2.7
Totale	**144**	

Conclusioni

Dal lavoro con questi due gruppi di donne emergono delle diversità ma anche delle similitudini. Le persone che arrivano in Italia sono fondamentalmente sane e non sono portatrici di malattie. Si ammalano in Italia per le condizioni in cui vivono e lavorano. Le donne afferenti al Drop in Center presentano problematiche più marcatamente di tipo psicologico e psicosomatico, mentre le donne che abbiamo incontrato su strada presentano problemi e richieste legati a malattie contratte per trasmissione sessuale o interruzioni di gravidanza. Anche loro hanno disturbi psicologi e psicosomatici, ma la loro condizione di «schiavitù» non permette neanche di formulare la richiesta di aiuto.

Tutte le donne hanno bisogno di essere accompagnate ai servizi, necessitando pertanto di un lavoro paziente di mediazione, non solo di tipo linguistico ma anche e soprattutto culturale. Infatti molte di loro hanno paura delle novità proposte (tipo di cura, di profilassi) che sono diverse da quelle del loro paese di origine, non si fidano dei medici italiani, hanno paura che attraverso la cura si possa venire schedate e rimpatriate o licenziate.

Crediamo fondamentale continuare questo lavoro e allargare gli spazi di accoglienza che purtroppo stanno diventando sempre più ristretti.

L'AMSI e l'inserimento dei medici e degli operatori sanitari di origine straniera in Italia

Foad Aodi
Presidente Associazione Medici di origine Straniera in Italia (AMSI)

Vorrei anzitutto complimentarmi per l'organizzazione, perché penso che sia molto utile incontrare tutti i colleghi, amici e operatori sanitari nel campo della assistenza sanitaria agli immigrati per una riflessione, per mettere in rilievo gli aspetti positivi ed offrire un servizio sempre migliore.

Porto anche il saluto dell'Ordine dei Medici di Roma, essendo membro del Consiglio Direttivo e presidente dei Revisore dei Conti; anche questa è una notizia: gli immigrati cominciano ad essere presenti anche all'interno di istituzioni di rilievo nella società italiana.

Il presente intervento tratterà dell'inserimento dei medici e operatori sanitari stranieri in Italia, e delle attività dell'Associazione dei Medici Stranieri in Italia (AMSI).

Innanzitutto vorrei fare cenno alla condizione dei medici stranieri in Italia, in una prospettiva storica. Io appartengo a quella che definisco la nostra prima fase migratoria, cioè l'immigrazione di quegli studenti che vennero tanti anni fa, negli anni '70-80, a studiare nelle università italiane. A quei tempi, la maggioranza degli studenti che venivano in Italia erano di origine araba, greca, iraniana. Tutti quanti ci siamo poi laureati, qui a Roma, la maggior parte alla Università "La Sapienza" e qualche collega all'Università Cattolica del Sacro Cuore (Policlinico Gemelli di Roma). Tanti colleghi sono rimasti qui e molti fanno parte della nostra associazione, che conta attualmente circa seicento iscritti. Alcuni, invece, sono tornati nei loro paesi dove c'era possibilità di lavoro. Oggi osserviamo invece quotidianamente il ritorno in Italia di medici - particolarmente di alcune provenienze nazionali - che sono rientrati in patria subito dopo aver conseguito la laurea; questo accade perché purtroppo le possibilità di lavoro nel paese di origine sono molto, molto scarse, per vari motivi.

Una seconda 'fase' nella storia dei medici stranieri in Italia è quella che perdura tutt'oggi ed è caratterizzata soprattutto dall'immigrazione di medici provenienti dai paesi dell'Est europeo. Un fatto importante, che ha caratterizzato questa 'seconda fase' è stata la legge Martelli nel 1989, che ha dato ai medici stra-

nieri la possibilità di iscriversi all'Ordine dei Medici in Italia. Tutti noi ringraziamo Martelli per questo provvedimento; ricordo che io stesso ho dovuto attendere sette mesi dopo la laurea per potermi iscrivere all'Ordine dei Medici, appunto perché non era ancora entrata in vigore la legge.

Oggi emigrano in Italia soprattutto medici già laureati; sono molto pochi, invece, gli studenti stranieri, per via del numero chiuso nelle università italiane. Tanti medici dei paesi dell'Est arrivano dunque già laureati, qualcuno anche specializzato, qualcuno già primario nel paese di origine ed in Italia devono ritornare a fare gli studenti, per ottenere il riconoscimento della laurea. Per poter lavorare in Italia, infatti, un medico di origine straniera che non ha la cittadinanza italiana e non si è laureato in Italia, deve anzitutto fare la procedura per il riconoscimento della laurea, che richiede l'iscrizione al sesto anno di Medicina, quindi superare l'esame di Stato ed infine può iscriversi all'Ordine dei Medici.

All'AMSI si sono inoltre rivolti numerosi infermieri e fisioterapisti, che hanno bisogno del riconoscimento del loro titolo professionale; la nostra associazione ha costituito allo scopo due apposite commissioni, per ciascuna di queste due categorie.

Com'è noto, c'è una considerevole carenza di infermieri in Italia, e l'AMSI è intervenuta richiedendo un censimento degli infermieri nelle ASL e nelle strutture private, per conoscerne l'effettivo numero, anche per evitare illusioni.

Noi operatori sanitari, come credo qualsiasi cittadino straniero che viva qua in Italia rispettando le leggi, abbiamo bisogno prima di tutto di essere rispettati. Anche per questo riteniamo che si debba tutti quanti lavorare per una immigrazione programmata, una buona immigrazione; sicuramente i toni esageratamente forti del dibattito sulle quote non giovano a nessuno, né a chi desidera emigrare in Italia, né agli stranieri che già sono presenti sul territorio italiano.

Io sono convinto che per curare il paziente bisogna conoscerlo bene, non basta studiarlo solo superficialmente, e che gli immigrati devono essere protagonisti anche in questo, nella cura degli immigrati stessi. Per facilitare l'inserimento dei medici ed operatori sanitari stranieri in Italia l'AMSI ha attivato un servizio di consulenza gratuita presso l'Ordine dei Medici di Roma, Via Gian Battista de Rossi, ogni mercoledì mattina. Ricordo qui anche i servizi forniti on-line sul sito dell'Ordine.

Inoltre, da 4 anni, e cioè da quando si è costituita l'AMSI, organizziamo dei corsi di aggiornamento. Da gennaio ad oggi siamo intervenuti in 32 iniziative: convegni e corsi di aggiornamento, organizzati da noi stessi o da altri, e qualche trasmissione televisiva. Per fortuna qualcuno si accorge di noi e ci dà la parola per diffondere la conoscenza dei nostri servizi.

Per quanto riguarda l'inserimento come medici generici, sicuramente le possibilità sono minime, anche per il fatto che l'Ordine dei Medici di Roma è il più grande non solo d'Italia ma del mondo: si parla di trentasettemila medici; la richiesta è dunque enorme, mentre l'offerta è molto ridotta.

Tengo a segnalarvi una iniziativa sperimentale intrapresa presso la ASL RMB: l'apertura di ambulatori, nei giorni di sabato e domenica, per i "codici bianchi", cioè per casi non gravi di pazienti stranieri che si rivolgono al Pronto Soccorso, gonfiandone così le liste ed i tempi di attesa. All'interno di questi servizi hanno trovato lavoro numerosi medici, dell'AMSI e della FIMMG (Federazione dei Medici di Medicina Generale), italiani e stranieri.

Tornando alle problematiche del settore, vorrei ora evidenziare i problemi ancora insoluti, che noi dell'AMSI ci stiamo impegnando a risolvere. Anzitutto, l'obbligo della cittadinanza per accedere ai corsi di aggiornamento ed ai concorsi presso strutture pubbliche; tale disposizione (che non si applica ai medici di origine europea) fa sì che siano oggi solo una minoranza i medici di origine straniera in Italia che lavorano presso strutture pubbliche: si tratta di chi vive da molti anni sul territorio italiano, o di chi ha sposato una donna italiana.

Un'altro problema si rileva rispetto alla specializzazione: oggi un medico di origine straniera per accedere alla specializzazione deve reperire la somma richiesta, che sono circa 22 milioni di vecchie lire; invece il medico italiano viene pagato direttamente dallo stato italiano.

Nell'impegno a risolvere questi problemi abbiamo trovato due alleati molto sensibili: l'Ordine dei Medici di Roma e la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri (FNOMCeO).

Andando ora ad illustrare le attività correnti dell'AMSI nell'ambito dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, segnaliamo gli ambulatori di medicina generale e polispecialistici istituiti all'interno delle ASL RMB e RMF. Negli ambulatori operano medici stranieri di diverse nazionalità, che offrono le loro prestazioni in varie lingue. Secondo i dati del bilancio dell'anno scorso, sono state fatte 3.500 visite, in maggior numero di ginecologia, pediatria, ortopedia, fisiatria, pneumologia. A smentita di tutti i giornali che diffondono il luogo comune degli stranieri che portano malattie in Italia, le prestazioni per malattie infettive risultano il 4% del totale. Dunque, possiamo stare tranquilli; anzi, siamo oggi ancor più tranquilli, se pensiamo che ci sono operatori sanitari stranieri che giornalmente prestano il loro lavoro per favorire e garantire la salute di tanti cittadini, italiani e non, che ne hanno bisogno.

Considerando l'enorme aumento dell'interruzione di gravidanza, è stata inserita una ginecologa iraniana presso il reparto di ginecologia dell'ospedale Sandro Pertini e del Policlinico Casilino, con due obiettivi: dare non solo assistenza sanitaria, ma anche una educazione sanitaria e culturale alle donne straniere che si rivolgono a tali servizi, compiti che possono essere bene assolti dalla dottoressa, culturalmente e linguisticamente vicina a molte pazienti straniere.

Con ciò naturalmente non si vuole assolutamente affermare la maggiore competenza scientifica dei medici stranieri rispetto agli italiani, ma semplicemente, appunto, la loro maggiore vicinanza linguistica e culturale ai pazienti stranieri, utile sul piano sia della cura che della prevenzione.

Inoltre è stato inserito un oncologo dell'AMSI nel reparto di Oncologia ed un pediatra nei reparti di Pediatria degli ospedali Sandro Pertini e Policlinico Casilino di Roma; inoltre è stato inserito un nostro medico psichiatra presso il SERT dell'ospedale Sandro Pertini.

Io personalmente sono stato nominato membro dell'Osservatorio Regionale dell'Immigrazione su nomina dell'Assessore Formisano; stiamo attualmente lavorando per la realizzazione di dieci sportelli unici per l'immigrazione nel Lazio, dove vengono anche inseriti mediatori culturali, per facilitare la comunicazione con gli immigrati.

Sempre riguardo alle collaborazioni con la Regione Lazio, segnaliamo il progetto umanitario finalizzato alla cura, presso strutture sanitarie della Regione, di quei cittadini non comunitari, prevalentemente bambini, che nei paesi di origine hanno difficoltà di accesso alle cure. Il progetto coinvolge le strutture del Policlinico Umberto I, Ospedale San Camillo, Ospedale Bambin Gesù, IFO. La commissione costituita nell'ambito di questo progetto, nella quale è presente il presidente l'AMSI, ha esaminato l'anno scorso 71 richieste di ricovero, e autorizzato al ricovero 39 di esse; su 39, 25 riguardavano pazienti provenienti dall'Europa dell'Est, 9 dall'Africa, 3 dall'America Latina e 2 dal Medio Oriente. Quest'anno la commissione è stata riconfermata per l'anno 2003, 2004 e 2005 ed è stato stanziato un ulteriore finanziamento per consentire la cura di questi pazienti.

Nell'ambito della collaborazione con la Regione Lazio, ricordo anche un progetto per "la buona immigrazione", che prevede la cooperazione tra l'Italia ed i paesi d'origine, avviato inizialmente da Storace con la Tunisia. L'AMSI ha contattato a questo proposito numerosi ambasciatori, e presentato alcuni progetti. Purtroppo la situazione internazionale non ne ha consentito la realizzazione, per un motivo o per l'altro, tra cui non ultime le vicende dell'11 settembre e le loro conseguenze.

Vorrei da ultimo accennare alle difficoltà di accesso alle strutture sanitarie da parte dei pazienti immigrati. E' vero, bisogna senz'altro tener conto delle difficoltà culturali. Tuttavia, per quanto riguarda ad esempio la necessità, per alcune pazienti, di farsi visitare da ginecologhe donne, a cui qui si è accennato, si osserva da questo punto di vista anche un certo adattamento.

Forse l'abbandono delle strutture è legato maggiormente ad altre questioni; tra di esse, una particolarmente importante è a mio avviso il consenso informato: il fatto di dover firmare un foglio su cui non si sa cosa c'è scritto; spesso è scritto in caratteri molto piccoli e non è chiara la spiegazione, il perché si declinano delle responsabilità. Un paziente può effettivamente rifiutare, tornare indietro. E poi c'è la questione della prevenzione, che l'organizzazione dei nostri sistemi sanitari in patria, basati su delle assicurazioni, di fatto non incoraggia, non aiuta a capirne la necessità.

Concludo il mio intervento con un rinnovato ringraziamento agli organizzatori di questo workshop.

L'O.A.S.I. Pediatrica e l'esperienza sanitaria presso il Centro Comunale per il Contrasto alla Mendicità Infantile: risultati dei primi tre mesi di attività

C. Cappelli, L. Giannini, M. Iacobini, L. Ligi, F. Martino, R. Pedicino, A. Spalice, A. Vania, B. Werner

Organizzazione Assistenza Stranieri in Italia (O.A.S.I.) – Pediatrica

L'Organizzazione per l'Assistenza degli Stranieri in Italia (OASI) Pediatrica è una Associazione di volontari, non a scopo di lucro, che nasce dall'esigenza di alcuni operatori (docenti, pediatri, paramedici ed amministrativi) dell'Istituto di Clinica Pediatrica dell'Università degli Studi "La Sapienza" di Roma, di poter svolgere opera di volontariato sanitario laico a favore dell'infanzia disagiata, slegata da ideologie religiose e nel rispetto delle culture, delle tradizioni e delle religioni di tutti i bambini del mondo e che, nel rispetto delle leggi e della democrazia, mantenga libertà di azione e di pensiero per ogni operatore.

Dal 1° febbraio 2003 i Pediatri Volontari dell'OASI-Pediatrica sono attivamente impegnati, fornendo assistenza medica specialistica, presso il "Centro Comunale per il Contrasto alla Mendicità Infantile", istituito nell'ambito di un progetto sperimentale promosso dal Comune di Roma, con il patrocinio dell'UNICEF, l'approvazione e la partecipazione del Tribunale dei Minorenni, la Procura dei Minori, la Polizia Municipale e la Questura di Roma.

Questo progetto nasce dalla necessità di restituire i diritti fondamentali, come quelli del gioco, dello studio e di una crescita serena, ai minori dediti alla mendicità. Si stima (fonte del Comune di Roma) che alcune centinaia di minori vivano in condizioni di mendicità. Fino ad oggi, i soli interventi effettuati sono stati condotti dalle forze dell'ordine, volti a prelevare il minore dalla strada; ci si è limitati dunque ad un intervento esclusivamente repressivo, senza intervenire sulle cause della situazione di disagio.

Attraverso questo progetto innovativo è stato possibile entrare in contatto con le famiglie di provenienza dei minori e sostenerle nell'assunzione delle proprie responsabilità di cura, anche attraverso il supporto dei servizi sociali.

Il progetto consiste nella realizzazione di un Centro Diurno ove i minori, costretti alla mendicità e fermati dalle forze dell'ordine, possano confluire, in base all' dell'art.403 C.C., che prevede l'intervento della Pubblica Autorità sul minore che si trovi in stato di bisogno. Nel Centro i ragazzi sono accolti da personale specifico che li fa giocare e li assiste, e da personale sanitario (pediatri dell'OASI Pediatrica) che li sottopone ad una visita medica specialistica.

All'orario di chiusura del Centro i genitori (che abbiano dimostrato la parentela) devono presentarsi per riprendere i ragazzi. Nel caso che i genitori non si presentassero, i minori vengono accolti presso le Case Famiglia del Comune di Roma.

Dal 1° febbraio 2003 ad oggi sono pervenuti presso il Centro 34 minori di età compresa fra i 9 ed 17 anni. Tutti sono stati sottoposti a visita pediatrica. I parametri auxologici corrispondevano in tutti i casi all'età dichiarata. Nove di essi sono stati trovati in apparente stato di buona salute e senza segni di violenze fisiche; agli altri (22) sono state riscontrate patologie delle alte vie respiratorie associate a linfoadenomegalia laterocervicale.

Sono state, inoltre, rilevate: patologie dermatologiche (pitiriasi versicolor e scabbia) in due casi; ampie lesioni cicatriziali di vecchia data ed un estesa lesione impetiginizzata; tre casi di verruche cutanee estese sulle mani e sugli avambracci (lavano i vetri delle macchine ai semafori) e vaste lesioni impetiginizzate; un caso di pollachiuria e stranguria con segno del Giordano positivo; un caso di probabile patologia cardiaca (soffio sistolico di 2/6, fegato ad 1 cm dall'arcata costale). Due ragazzi (di 13 e 15 anni) hanno riferito di fumare più di 20 sigarette al giorno.

Ove necessario, sono stati prescritti farmaci di facile ed economica reperibilità (Ampicillina per via entrale e Gentamicina topica); altri sono stati indirizzati presso strutture pubbliche.

In tutti i casi i ragazzi sono stati riaffidati ai genitori. Si tratta di famiglie rumene (tranne una di provenienza bosniaca) di recente immigrazione e le cui condizioni di vita nel Paese di origine sono riferite come di estrema indigenza, tale da far loro apparire qualunque altro tipo di condizione sociale ed economica migliore e, anzi, auspicabile.

Tali famiglie hanno scarsissima conoscenza della lingua italiana e non sono inserite in gruppi nomadi ufficiali (ormai stanziali ed a 'numero chiuso'): non hanno dunque fissa dimora, si spostano frequentemente sia all'interno della città che nel Paese ed è pertanto difficile, da parte degli operatori del Centro, 'seguirle' e strutturare per loro un progetto di aiuto ed inserimento sociale.

Infine nessuno dei ragazzi è inserito in comunità scolastiche, anche in maniera saltuaria o temporanea.

WORKSHOP II

Roma, Istituto Italiano di Medicina Sociale
27 novembre 2003

Metodologia e riferimenti teorici del progetto di *Ricerca-Azione partecipata* promosso dall'Istituto Italiano di Medicina Sociale

Maria Paola Volpini
Istituto Italiano di Medicina Sociale

In questa giornata di incontro e dialogo con alcune delle comunità straniere residenti a Roma vorrei illustrare brevemente alcuni aspetti specifici inerenti la teoria e la metodologia di questo progetto sperimentale promosso dall'Istituto Italiano di Medicina Sociale.

In particolare mi propongo di porre alla vostra attenzione quegli aspetti di essa che presentano collegamenti rilevanti con alcune questioni specifiche emerse durante la fase preliminare della ricerca.

Il progetto è caratterizzato da una metodologia specifica: la Ricerca-Azione partecipata. Tale metodologia è stata elaborata nell'ambito dell'antropologia dello sviluppo ed in riferimento a progetti promossi negli anni '80, tra i Meru ed i Nandi del Kenya, da Domenico Volpini. Essa ha come scopo la promozione di dinamiche di auto-sviluppo all'interno di un contesto locale; ciò attraverso il coinvolgimento di quei soggetti - nel nostro caso nell'ambito dei servizi medico e socio-sanitari presenti nel territorio del comune di Roma - che a seguito della fase preliminare della ricerca manifestino interesse a sostenere un ruolo attivo nello svolgimento successivo del progetto, il quale si caratterizza per essere un progetto *aperto*, ossia con una struttura che si definisce progressivamente in relazione alle acquisizioni della ricerca, concepite come il prodotto dell'interazione tra i diversi soggetti che vi sono coinvolti. L'indagine antropologica sul campo costituisce l'attività conoscitiva che rappresenta il perno motore del progetto[1] laddove, nell'insieme delle dinamiche che agiscono nella realtà dei servizi medico e socio-sanitari del Comune di Roma, la dimensione socio-culturale emerge nella sua centralità. Si tratta di una realtà sociale e culturale la cui complessità rende problematico circoscrivere il "campo" d'indagine antropologica, che nel nostro progetto potrebbe essere esemplificato attraverso la definizione di *spazio sociale* proposta da Georges Condominas per cui ogni gruppo sociale si trova inserito in una «pluralità di reti che a loro volta lo inseriscono in spazi concen-

[1] D. Volpini, 1992, p. 158.

trici o parzialmente secanti, caratterizzati da dislivelli e opposizioni tra centri e periferie»[2], in tal senso potremmo dire che la realtà romana dei servizi socio-sanitari, nella sua complessità e frammentarietà, si definisce nello spazio delle relazioni dinamiche tra i differenti soggetti sociali che vi agiscono e ne sono coinvolti. S*pazio* che per Foucault si offre sotto forma di relazioni di dislocazione «rete che incrocia dei punti e intreccia la sua matassa»[3]. Ma per comprendere gli aspetti teorici e metodologici del progetto sarà bene chiarirne il contesto di elaborazione nell'ambito degli studi antropologici.

La contemporaneità ha posto l'antropologia culturale di fronte alla necessità di rivedere i propri strumenti interpretativi, laddove le definizioni classiche del concetto di cultura che la volevano espressione univoca di un popolo legato ad un territorio, con un ambiente naturale specifico, con l'affermarsi del fenomeno della globalizzazione economica e il conseguente incremento esponenziale dei movimenti migratori - tale da far sentire l'esigenza dell'ulteriore categoria descrittiva di "nomadismi contemporanei" per sottolinearne l'attuale peculiarità fenomenologica - ha portato a evidenziare come i gruppi sociali non siano tanto facilmente iscrivibili in forme conchiuse, attraverso le categorie di "popolo" e "gruppo etnico" ai quali sarebbe da collegare un "sistema culturale" che ne sia la definita espressione. Come ha avuto a sottolineare Amselle, i fatti culturali si inseriscono in un *continuo culturale* in riferimento al quale la discriminazione di singole culture si pone come una forzatura dovuta a esigenze classificatorie proprie del nostro "linguaggio scientifico". In effetti il dibattito sulla necessità di affinare gli strumenti interpretativi dell'antropologia culturale affonda le sue radici in altri ambiti speculativi: a partire dall'*Analitica del bello*, in cui Kant istituisce una relazione tra estetica ed ermeneutica, alla sociologia comprendente di Weber, alla filosofia del linguaggio di Wittgenstein, passando per Heidegger, Gadamer, Ricoeur, Habermas, Foucault, Derrida, Sabbatucci, fino ad arrivare alle riflessioni antropologiche di Geertz, Augè, Sperber, Amselle, Appadurai, Marcus, Clifford, Bhabha, Inda e Rosaldo, Callari Galli, Longo, per citarne solo alcuni.

La definizione del *campo* d'indagine

Superata la concezione sostantivistica della cultura, la definizione delle identità culturali, individuali e collettive, è ora concepita come il risultato di processi dinamici che si costruiscono attraverso le pratiche dei contatti culturali[4]. In riferimento a tale questione, vediamo ad esempio come per Augè «i limiti della visione culturalista della società» sono dati dal fatto che «sostantivare ogni sin-

[2] G. Condominas, 1980.
[3] M. Foucault, 1994, p. 13.
[4] M. Callari Galli, 2003.

gola cultura significa ignorarne contemporaneamente il carattere intrinsecamente problematico e la complessità di una trama sociale e di posizioni individuali che non si lasciano mai dedurre dal testo culturale»[5]. In tal senso egli propone di invertire il punto di vista etnologico partendo dagli individui e sforzandosi «di capire se e in che cosa le loro relazioni costituiscono un sistema, per cui sull'orizzonte di queste ricerche dovrebbero comparire le nuove frontiere delle identità collettive»[6]. Attraverso tale prospettiva di indagine si può tendere a ricostruire quella che Barth chiama «l'organizzazione sociale della differenza culturale»[7]. Proprio focalizzando l'attenzione sulla differenza culturale Appadurai propone di considerare la cultura, piuttosto che una sostanza, una dimensione «che si accompagna alla differenza situata ed incarnata, per cui sottolineando la dimensionalità piuttosto che la sostanzialità della cultura possiamo pensarla come strumento euristico utile per parlare della differenza»[8] e quindi di «considerare culturali solo quelle differenze che esprimono o formano la base per la mobilitazione di identità di gruppo»[9]. A proposito di come concepire la realtà antropologica di tali differenze Amselle critica il «postulato dell'esistenza di identità culturali distinte dette "culture" che giunge alla concezione di un mondo post-coloniale o posteriore alla guerra fredda visto come entità ibrida»[10], e afferma che «per sfuggire a questa idea di mescolanza per omogeneizzazione ed ibridazione, occorre postulare al contrario, che ogni società è meticciata e quindi che il meticciato è prodotto di identità già mescolate»[11]. La proposta di Amselle di comprendere l'essenza *meticciata* dei gruppi sociali, ed il loro essere inseriti in un *continuo culturale*, non rende però eludibile per l'antropologia culturale l'analisi delle differenze insite nelle forme locali in cui ciascun soggetto sociale si esprime. In effetti il problema posto da Amselle si connette al più ampio dibattito sulla critica delle categorie interpretative in uso negli studi antropologici, preoccupandosi in particolare di quelle che si prestano ad una tacita accettazione di una visione della realtà sociale e culturale connotata da differenze di carattere razziale o etnico, come l'apparentemente neutra categoria di *genocidio*. Ma il problema connesso alla definizione antropologica delle realtà sociali oggetto di studio inizia con la stessa definizione del campo d'indagine, laddove sembra necessario partire dall'analisi delle logiche di interazione sociale nelle quali si vengono a definire le identità sociali per arrivare all'individuazione delle distinzioni che vi operano a livello cognitivo e che determinano i confini delle realtà sociali stesse e dei loro orizzonti culturali. Identità e orizzonti culturali che vengono a definirsi

---

[5] M. Augé, 1993 (1992), p. 50.
[6] M. Augé, 1995 (1994), p.46.
[7] F. Barth, 1994 (1969) p. 41.
[8] Appadurai, 2001, (1996), p. 28.
[9] Appadurai, 2001, (1996), pp. 28,29.
[10] J. L Amselle, 2001, p. 42 .
[11] J. L Amselle, 2001, p. 21.

nella continua tensione tra le pratiche d'interazione sociale locali e lo spazio delle *relazioni di dislocazione*[12] globali nel quale si inseriscono. Dunque dal punto di vista euristico per l'antropologia si pone il problema di individuare le griglie interpretative, che in quanto dispositivi cognitivi, sono costruttive della realtà socio-culturale che gli individui ed i gruppi sociali elaborano per definire reciprocamente la propria e l'altrui identità in relazione/contrapposizione dialettica tra loro; in tale quadro dinamico si inserisce il problema di comprendere come, secondo la frase di Robertson[13], la globalizzazione si localizzi.

In *Nonluoghi* Augè afferma: «Le collettività come gli individui che vi si rifanno, hanno bisogno di pensare nello stesso tempo all'identità e alla relazione, e dunque di simbolizzare gli elementi costitutivi dell'identità condivisa (dall'insieme del gruppo) dell'identità particolare (di un certo gruppo o di un certo individuo rispetto ad altri) e dell'identità singola (dell'individuo o del gruppo di individui in quanto dissimili da tutti gli altri»[14]. In tal senso la realtà sociale romana attuale è esemplare, basti pensare alla varia origine e sovrapposizione di flussi migratori che costituiscono il quadro, fluido e complesso, del suo tessuto socio-culturale.

In riferimento a tali nuove realtà prodotte dai nomadismi contemporanei che si collocano nel più ampio quadro delle dinamiche socio-economiche e culturali proprie delle attuali forme di globalizzazione, si pone la questione relativa alle definizioni di società *multiculturale* e *multietnica* che sono state elaborate per darne conto. Matilde Callari Galli in proposito sottolinea come «le politiche occidentali del multiculturalismo debbano chiarire i loro rapporti da un lato con i fenomeni di ibridismo e dall'altro con le identità etniche e religiose»[15]. Già Amselle ne aveva sottolineato l'ambiguità in riferimento alla possibilità che la reificazione di *culture* e entità *etniche*, attraverso la discriminazione di alcune differenze culturali, possa portarsi dietro come corollario «l'erezione di barriere culturali impermeabili che fissano ogni gruppo nella sua singolarità»[16]. Ora, pur negandone l'utilità dal punto di vista euristico per le scienze sociali, mi pare comunque interessante osservare la consistenza di *significanti globali*[17] che tali categorie hanno assunto, attraverso l'uso che ne viene fatto in vari contesti sociali contemporanei, e di indagarne i significati particolari al fine di comprendere l'*uso* locale e storico che di esse, in quanto strumenti cognitivi, viene operato nella pratica attuale delle relazioni sociali. Interessante in tal senso la proposta di Cohen di considerare l'*etnicità* come espressione di un «gruppo di interesse» che per avanzare le proprie istanze può tendere a connotarsi in tali termini. Oggi

---

[12] M. Foucault, 1994.
[13] R. Robertson, 1999.
[14] M. Augé, 1993 (1992), p. 50.
[15] M. Callari Galli, 2003, p.146
[16] J.L. Amselle, 1999, p. 69.
[17] J.L. Amselle,2001.

infatti l'appartenenza etnica rappresenta uno dei modi di definire e definirsi e Cohen vi individua una forma di interazione tra gruppi culturali all'interno di un contesto comune, nel quale i rapporti tra immigrati recenti e gruppi presenti nel contesto sociale di accoglienza vengono descritti in termini di *etnicità*. Nell'ambito di questa sua funzione di espressione di particolari forme di *identità* e di *relazione*, è da sottolineare, come ha messo in rilievo Vanessa Maher, come l'identità etnica «sia, da una parte, determinata socialmente e, dall'altra, condizionata dall'esperienza effettiva del singolo per il quale avrebbe una valenza relativa e situazionale»[18]. Cosa che ci induce a considerare come i contesti sociali contemporanei consentano a ciascun individuo una molteplicità di possibilità di muoversi all'interno di reti di relazione, o *spazi sociali*, in cui definire di volta in volta la propria identità. E' dunque l'individuo, che nel suo essere, come dice Augè un «incrocio necessario ma variabile di un insieme di relazioni»[19], il soggetto da cui necessariamente prende le mosse la nostra indagine; dall'analisi culturale dei contenuti che esprime ci è possibile tentare di comprendere gli orizzonti di senso attraverso cui interagisce col *mondo*, e quali siano i criteri che determinano i modi di segnalare l'appartenenza e l'esclusione in riferimento al proprio gruppo[20] e, infine, come ciò influisca sulle dinamiche di interazione sociale in atto nel contesto nel quale è inserito. Per individuare tale contesto faccio ancora qui riferimento a Augè che parlando di "luogo antropologico", sottolinea come sia necessario chiarire che anche la costruzione concreta e simbolica dello *spazio* sia una operazione culturale, e «non deve sorprendere se l'etnologo è tentato di effettuare il percorso, dallo spazio al sociale , come se il primo abbia prodotto il secondo una volta per tutte…. E' proprio perché ogni antropologia è antropologia dell'antropologia degli altri, il luogo antropologico è simultaneamente principio di senso per coloro che l'abitano e principio di intelligibilità per colui che l'osserva»[21]. Se, come ha sottolineato Matilde Callari Galli, «nella contemporaneità i processi e i prodotti culturali si svincolano dalla loro aderenza ad un determinato spazio, perdono le loro connotazioni territoriali, divengono mobili… per iscriversi sempre e comunque in un particolare luogo»[22], vediamo che per Augè un luogo può definirsi in quanto identitario, relazionale e storico, mentre uno spazio che non può definirsi in tali termini è un *nonluogo*, ma egli precisa che esso non esiste mai in una forma pura «dei luoghi vi si ricompongono, delle relazioni vi si ricostruiscono… il luogo ed il non luogo sono piuttosto polarità sfuggenti, il primo non è mai completamente cancellato e il secondo non si compie mai totalmente»[23], rappresentando polarità in cui si ride-

[18] V. Maher, 1994, p. 31.
[19] Marc Augé, 1995 (1994), p. 33.
[20] F. Barth, 1994 (1969) p. 41
[21] M. Augé, 1993 (1992), p. 51.
[22] M. Callari Galli, 2003, p.142
[23] M. Augé, 1993 (1992), pp. 73, 74.

finiscono le dinamiche di identità e relazione. Nel senso di tali riflessioni mi pare si inserisca il suggerimento di Inda e Rosaldo[24] di dividere in due il termine deterritorializzazione, collegato alla necessità di definire la dimensione culturale propria della *globalizzazione*, per indicare che dal punto di vista antropologico la *deterritorializzazione* contiene sempre una riterritorializzazione.

Il contesto dei servizi medico e socio-sanitari del Comune di Roma potrebbe essere concepito in riferimento a tale dinamica polare: luogo antropologico in quanto spazio definito dalla cultura amministrativa dello Stato italiano, ma *non-luogo* per chi è estraneo a tale cultura, non solo perchè "straniero", ma perché non possiede le competenze linguistiche adeguate alla comprensione di tale linguaggio giuridico amministrativo, il quale crea una sua realtà culturale dalla struttura e dalle procedure complesse e rigide. Ma è all'interno di questo quadro che si sviluppano le forme concrete in cui si esprime, attraverso l'attività quotidiana di ridefinizione e, dunque, *costruzione* dei *luoghi* da parte degli operatori e degli utenti. Si tratta di una attività condizionata dalle dinamiche di interazione sociale messe in atto da ciascun soggetto in riferimento agli orizzonti di senso che ne orientano e definiscono la propria identità individuale e collettiva; in tale contesto trovano espressione le contraddizioni e le conflittualità che possono scaturire dalle strategie attraverso cui ciascun soggetto si definisce in termini di appartenenza o di esclusione ad un gruppo e in riferimento al contesto sociale in generale, come anche dalle difficoltà dovute ai dislivelli di competenze linguistiche tra i diversi soggetti coinvolti e, particolarmente, dall'uso in termini di potere o discriminatori che può esserne fatto da chi tra essi possiede tali competenze.

Nel nostro progetto dunque *il campo* di ricerca si concreta nella definizione di uno *spazio* locale definito dalla cultura amministrativa statuale e dai *luoghi antropologici* che vi si sviluppano come prodotto dell'interazione sociale tra soggetti istituzionali, operatori, utenti, rappresentanti di categorie e comunità che esprimono, in rapporto gli uni con gli altri, le loro istanze, i loro contenuti e valori, definendo così la loro realtà socio-culturale e orientandone lo sviluppo. La ricerca si concentra dunque sull'analisi dei contenuti espressi dai diversi soggetti coinvolti nell'interazione sociale, in modo da *criticizzarne* le *griglie interpretative*, che condizionano e, a volte, ostacolano il dialogo, al fine di far emergere la logica sottostante le dinamiche di relazione in atto. In tal senso l'indagine è volta ad individuare come ciascun soggetto sociale dia "senso" al mondo, attraverso quali griglie interpretative definisca *la realtà* e ne usufruisca, ossia la renda agibile, e come, movendo da differenti orizzonti di senso, vi si confronti definendola e ridefinendosi in una dinamica fluida di continuo mutamento. Tale analisi rappresenta un punto chiave per l'esplicitazione dei contenuti di tale confronto in atto nel contesto di interazione sociale nell'ambito della realtà dei servizi socio-sanitari romani. Infatti se - secondo l'intuizione dinamista[25]- nell'interazione

---

[24] J. Inda e R. Rosaldo, 2002, p. 12.
[25] G. Balandier, 1973.

sociale si generano, attraverso l'elaborazione delle conflittualità sociali, i mutamenti culturali, per Domenico Volpini «il conflitto socio-culturale è da considerare come elemento dinamico permanente del mutamento... si genera dallo scontro-incontro tra le varie soggettività e diviene il propulsore dinamico dei processi di critica e di autocritica globale. Nella "ricerca-azione partecipata", il superamento degli squilibri è perseguito tramite il potenziamento di questo processo, per mezzo della criticizzazione massima delle dinamiche socio-culturali»[26]. Secondo tale prospettiva teorico-metodologica è dall'incontro e dallo scambio conoscitivo e critico tra operatori e *mediatori culturali* e tra essi e le realtà sociali, immigrate e il contesto sociale di accoglienza, che diventa pensabile un percorso di auto-trasformazione socio-culturale della realtà sociali coinvolte, che si traduca nel senso di un effettivo miglioramento dell'accesso, della fruibilità e della qualità dei servizi socio-sanitari dei cittadini stranieri immigrati. Ciò alla luce della teoria dell'autosviluppo che, pur essendo nata con riferimento ai paesi poveri a nostro parere ben si applica a qualsiasi contesto di disagio sociale, è alla base della metodologia della Ricerca-Azione partecipata; per la cui efficacia è necessario coinvolgere tutti i soggetti interessati, col loro bagaglio di esperienze ed orientamenti, nel riesame e nella rielaborazione delle proprie istanze, promovendo una conoscenza critica del campo, di sé e delle proprie controparti, dei problemi sul tappeto e delle possibili risoluzioni. E' attraverso tale conoscenza che diventa possibile la costruzione dell'indispensabile dialogo tra di essi, l'elaborazione dei conflitti e la concertazione delle iniziative.

E' dunque il loro complesso intreccio di relazioni che costituisce il campo in esame di questo progetto.

Identità e relatività storica dei codici culturali e, tra essi, dei linguaggi scientifici

Dal punto di vista del gruppo sociale che li produce e ne fa uso, i codici culturali vengono percepiti come *dati*, non come scelta culturale, ma come espressione della realtà oggettiva, *dato* naturale, il mondo così com'è. Quindi il confronto culturale può generare una chiusura all'idea stessa di dialogo, in quanto essa può essere percepita come una minaccia, ma se le difficoltà di dialogo interculturale possono, da una parte, essere dovute a resistenze alla relativizzazione delle proprie scelte culturali, che il rapporto con qualsiasi soggetto che esprime la propria alterità introduce, dall'altra abbiamo visto che possono essere l'effetto di un rifiuto funzionale ad esigenze di edificazione e/o rafforzamento di ciò che viene percepito come caratterizzante la propria identità sociale e culturale. Ad esempio, nella complessa composizione socio-culturale italiana, tale chiusu-

[26] D. Volpini, 1994, pagg. 116-117.

ra non si realizza solo contro lo "straniero" o l' "extracomunitario" di per sé, ma poggia le sue radici anche sulla contrapposizione ad alcune componenti della società civile italiana che del *dialogo* fanno invece un valore costitutivo della propria identità, tanto da aver elaborato nuove strategie di dialogo e di relazione, anche attraverso l'affermazione del concetto di "dialogo interculturale". Sempre in riferimento al contesto specifico del progetto, emerge chiaramente come Roma, con le sue differenti componenti socio-culturali ed "etniche", offra un campo privilegiato di studio e di intervento in riferimento alle realtà dinamiche delle interazioni di contrapposizione e di dialogo che vi si realizzano. Qui il confronto, l'incontro e lo scontro tra differenti orizzonti di senso si esprime quotidianamente anche in relazione alla perdita e al recupero della salute.

Prevalente nell'ambito delle strutture socio-sanitarie abbiamo il paradigma *bio-medico*, proprio di un approccio scientifico-positivistico alla malattia che pretende di fondarsi su criteri *scientifici* rispondenti ad una realtà *biologica*. In tale ambito essa viene intesa come patologia con una sua eziologia biologica, la cui possibilità di cura è univocamente legata alle possibilità offerte dalla biomedicina e, dunque, ai suoi effettivi progressi di carattere scientifico. Ma vediamo come a questo proposito già Geymonat nel convegno Linceo sui problemi del linguaggio tenutosi nel 1956, mise in luce la necessità di legare strettamente l'analisi dei linguaggi scientifici con lo studio della loro storia[27]. In tale riconoscimento della relatività e storicità delle griglie interpretative "scientifiche" vi è l'idea che tutto il sapere sia prospettico e che non vi possa essere un'analisi puramente oggettiva dei fenomeni indipendentemente dalle prospettive teoriche. A tale proposito vediamo come Geertz, facendo sua la prospettiva ermeneutica, abbia sottolineato il fatto che «il commento descrittivo è già considerato un momento interpretativo, costruttivo e dunque carico di teoria …la scienza è così ricondotta all'uomo ed alla sua capacità di 'dare senso' al mondo». Alla base di queste considerazioni, come ha sottolineato Malighetti[28], vi è l' interpretazione heideggeriana e gadameriana del circolo ermeneutico, che pone l'accento sul suo aspetto anticipatorio e costruttivo. La questione viene così definita da Ricoeur: «*The reconstruction of the text as a whole necessarily has a circular character, in the sense that the presupposition of a certain kind of whole is implied in the recognition of the parts. And reciprocally is in the construing the details that we construe the whole*»[29]; il quale ha, quindi, posto in risalto come «l'interpretazione riguardi ogni discorso significante , in ultima analisi ogni realtà nella misura in cui dice 'qualcosa di qualcosa', si ha ermeneutica quando si coglie la realtà per mezzo di espressioni significanti, e non un estratto di impressioni che si pretendono derivare dalle cose stesse»[30].

---

[27] W. Belardi, 1993, p. 401.
[28] R. Malighetti, 1991.
[29] Ricoeur, in Rabinow, p. 89; in Malighetti, 1991, p. 65.
[30] P. Ricoeur, 1977, pp.25-26, p. 30.

Storicità degli orizzonti di senso, logiche classificatorie e comparativismo

In riferimento al medesimo ordine di riflessioni dell'ermeneutica filosofica, Sabbatucci sembra aver sviluppato la sua *prospettiva storico-religiosa*, nella quale propone un metodo individuante piuttosto che generalizzante, un metodo capace di rendere conto delle specificità culturali, piuttosto che di generiche analogie fenomenologiche[31], un metodo attraverso il quale operare una storicizzazione criticizzante delle categorie culturali occidentali e delle stesse categorie antropologiche. Mi pare qui interessante notare quello che sembra un parallelismo tra la critica alla fenomenologia religiosa in Sabbatucci e la critica alla concezione nominalistica del linguaggio di S. Agostino in Wittgenstein[32]. Infatti la sua critica alla fenomenologia religiosa si basa essenzialmente sull'affermazione che i suoi esponenti hanno operato una oggettivazione destorificante della religione e degli aspetti che la connotano nella cultura romano-cristiana, considerandola una *realtà a priori*, un *dato* e non un *fatto*[33], da ricercare al di là delle differenze culturali, in un comparativismo analogico le cui «arbitrarie classificazioni» hanno determinato un travisamento delle realtà culturali di volta in volta prese in considerazione, mancando l'obiettivo di coglierne la specificità culturale. Per Sabbatucci «la problematica storica nasce dall'attenzione al fatto incomparabile e dunque istituisce un processo di individuazione e non di classificazione»[34]. Parlando il linguaggio di Wittgenstein – il quale ha sostenuto che il suo interesse «sta nel mostrare che le cose che sembrano identiche sono in realtà differenti»[35]- si potrebbe dire che: *tradurre* fatti culturali *altri* per similitudine con le nostre categorie, significa inserire un elemento in un *gioco linguistico* che non è il suo, che segue le regole di una differente grammatica, non cogliendo, quindi, la *forma di vita* nella quale è inserito. Con ciò non si vuole tornare a rafforzare un'interpretazione culturalista delle società, infatti Wittgenstein non ha proposto una visione organicistica e reificata del linguaggio ma ha bensì posto l'accento sul suo carattere strumentale e situazionale paragonando l'uso delle proposizioni all'uso di un manico.

Più recentemente Amselle[36] ha affrontato la questione relativa all'arbitrarietà delle classificazioni del comparativismo negli studi etnologici, ma per sottolinearne un altro aspetto fondamentale: l'effetto che esse hanno avuto nel sostantivare delle differenze socio-culturali discriminando arbitrariamente all'interno di *continua* socio-culturali realtà socio-culturali isolate.

---

[31] Utili forse solo ad una strumentale utilizzazione dell'*altro* in vista, dato il moltiplicarsi dei momenti di confronto, della necessità di una continua ridefinizione della propria identità culturale (a questo proposito cfr. *Il pianeta culturale* e *Le ceneri del selvaggio* di G. Mazzoleni).
[32] L. Wittgenstein, 1983 (1953).
[33] Cfr.distinzione *dato-voluto* ne *Il mito, il rito, la storia,* Bulzoni, Roma 1978.
[34] Dario Sabbatucci, 1990, p. 84.
[35] L.Wittgenstein, 1983 (1953), p.157.
[36] J.L. Amselle 1999.

Per chiudere il cerchio di tali riflessioni ritorno nuovamente al pensiero di Gadamer il quale, come ha messo in luce Crespi, partendo dai concetti heideggeriani di *precomprensione* e di *circolo ermeneutico*, ha sottolineato come la comprensione sia un processo che inizia sempre a partire da pre-concetti presenti nel mondo già costituito dell'interprete. «Nell'interpretazione diviene così fondamentale il riconoscimento del «carattere costitutivo» che ha il pregiudizio in ogni comprensione, in quanto punto di partenza di ogni attività conoscitiva»[37]. Per Wittgenstein l'atto del comprendere è possibile solo attraverso l'*uso* del linguaggio, il quale è strumento cognitivo, come si evince dalla sua affermazione: «Comprendo una proposizione in quanto la *adopero*. L'atto del comprendere … è l'operare con la proposizione. *La proposizione c'è perché si operi con essa*»[38] e a proposito della sua influenza sul linguaggio privato, ha messo in luce come «quando si dice "ha dato un nome a una sensazione" si dimentica che molte cose devono essere già pronte nel linguaggio, perché il puro denominare abbia un senso» per cui «il pensare è… l'attività dell'operare con segni»[39]; sottendendo con ciò quel nesso linguaggio-mondo per cui «il significato d'una parola è il posto che essa occupa in un 'sistema grammaticale'»[40]. E' dunque a partire dalla centralità assunta dalla filosofia del linguaggio del secondo Wittgenstein nell'ambito più ampio della filosofia e delle scienze sociali che trova le sue radici l'espressione di Gadamer «L'essere che può venir compreso è il linguaggio»[41] per cui «il mondo non è oggetto del linguaggio, ma gli orizzonti del mondo e del linguaggio coincidono»[42]. Se come ha scritto Habermas: «Dopo l'esperienza di Wittgenstein non si può più commettere l'errore di ritenere possibile un meta-linguaggio che sia in grado di ricondurre le grammatiche dei diversi giochi linguistici ad un sistema generale di regole»[43], per l'antropologia contemporanea è necessario il superamento di una logica classificatoria, ma allo stesso tempo è necessario comprenderne l'esigenza culturale presente nelle espressioni reali e storiche in cui si concreta l'attività culturale dell'uomo, ciò senza perdere di vista il fatto che esse si definiscono attraverso quelle che Amselle chiama *logiche meticce* .

Tale digressione sui fondamenti teorici delle nostre considerazioni sulla relatività e storicità delle griglie interpretative del reale, intese come dispositivi cognitivi che permettono di *agire* all'interno della logica di orizzonti di senso specifici, mi è parsa utile al fine porre le basi per la comprensione delle necessità di un'a-

---

[37] H. G. Gadamer 1960, pp.314, 316.
[38] *Ludvig Wittgenstein ed il Circolo di Vienna. Colloqui annotati da Friedrich Waismann*, 1929-1932, trad. it. Di S.De Waal, 1975, p.158
[39] Ludwig Wittgenstein, 1933-1934, p.13 .
[40] Ludwig Wittgenstein 1983 (1953), p 281.
[41] H. G. Gadamer 1960, p. 542.
[42] H. G. Gadamer 1960, p. 515.
[43] J.Habermas 1967, p. 211.

nalisi degli orizzonti di senso che si confrontano, nella pratica dei contatti culturali, sul terreno, definito dalla preminente cultura biomedica, della dialettica salute/malattia nell'ambito delle strutture che offrono servizi socio-sanitari.

Si tratta di un percorso di riflessione teorica che, come già accennato, ha inizio con Kant il quale, nell' *Analitica del bello*[44], istituisce una relazione tra estetica ed ermeneutica e, attraverso la proposizione di una contingenza del *senso comune*, crea le basi per l'affermazione delle scienze storico-sociali attraverso la definizione di una problematica storica distinta per metodo ed oggetto dalle scienze naturali. E successivamente, come ha messo in luce Gadamer in *Kant e la svolta ermeneutica*[45], la ripresa di Kant operata dal primo Heidegger ha favorito lo sviluppo di nuovi approcci idiografici e storicizzanti all'interno dell'ambito delle scienze sociali.

Malattia, identità e relazione

Sin dagli anni 70 si è iniziato a parlare di *antropologia medica*, individuando un campo di studio nell'estrema varietà delle concezioni riferibili alla nostra dialettica salute/malattia e nel loro essere, come ogni aspetto della cultura, relative a determinati contesti storico-culturali e dunque, in quanto tali, in continuo mutamento. Dal punto di vista antropologico "il malato" come l'individuo « *non esiste che attraverso la sua posizione in un sistema di relazioni*»[46] all'interno del quale la percezione della sofferenza trova espressione attraverso peculiari codici linguistico culturali. Così in riferimento all'estrema varietà delle *griglie interpretative* del reale posta dall'oggetto di studio, così artificialmente delimitato, la terminologia antropologica ha dovuto affinarsi nel tempo[47] per potervisi confrontare, vista l'impossibilità di una semplice traduzione delle une nelle altre, pena la perdita delle possibilità di cogliere le specificità culturali che esse esprimono. Perché se è vero che in un mondo sempre più globalizzato alcune categorie sono divenute *significanti globali*[48], sono comunque state interpretate in *significati locali*, all'interno ed in funzione di logiche specifiche.

Per offrire un esempio, che senso può avere distinguere un ambito medico da uno normativo quando la "malattia" è spesso concepita come risultato di una infrazione alle norme sociali? La comparazione culturale può senz'altro produrre delle interessanti analogie, che possono essere utilizzate a scopo orientativo, tenendo però presente che lo scopo della nostra analisi è di individuare, nella loro

---

[44] I. Kant 1070 (1790).
[45] Gadamer 1975.
[46] Marc Augé, 1995 (1994), p. 33.
[47] Cfr. A Kleinman , 1978, 1980, 1981; A. Young, 1982; L. Eisemberg, 1977; H. Jr. Fabrega, 1974; D. Volpini, 1992.
[48] J. L. Amselle, 2001.

complessità e specificità, le logiche ed i contenuti che condizionano e orientano il discorso culturale all'interno degli *spazi sociali* coi quali ci vogliamo confrontare. Chiaramente nell'analisi culturale non si può che partire dal proprio linguaggio, dal proprio punto di vista. In questo senso è interessante il lavoro di Sabbatucci là dove, come abbiamo visto, ha proposto un'attenta criticizzazione storico-culturale delle categorie interpretative operanti come strumenti euristici nell'ambito degli studi etno-antropologici e storico-religiosi. Considerando tale operazione metodologica indispensabile per aprirsi all'ascolto dell'*altro* e tentare di comprenderne "la specificità" dei codici culturali, la loro *grammatica interna*, attraverso lo studio delle distinzioni categoriali che vi operano. In quanto come ha sottolineato Geertz «l'essere aperti all'alterità non implica né una obiettiva neutralità né un oblio di se stessi basato sull'oggettività del metodo». Ora, se per Geertz «la cultura consiste in strutture di significato socialmente stabilite, nei cui termini le persone *comunicano*»[49], emerge la rilevanza che assume nella metodologia di questo progetto l'analisi di tali griglie interpretative che, intese come strumenti cognitivi, permettono a ciascun individuo/gruppo di dare forma alle proprie realtà interne ed esterne, e consistenza alle proprie dinamiche relazionali. In questa prospettiva dunque, il problema di comunicazione tra operatori sanitari e pazienti immigrati non si pone tanto in termini di traduzione meramente linguistica, quanto di comunicazione tra differenti "*orizzonti di senso*", da concepire come realtà dinamiche, in continuo mutamento in riferimento ai contenuti che vengono ad esprimersi e quindi a ridefinirsi nell'interazione sociale. Come ha osservato Bhabha «la rappresentazione della differenza non deve esser letta come il riflesso di tratti etnici o culturali "già dati" e fissati nelle tavole della tradizione; al contrario l'articolazione sociale della differenza, dal punto di vista della minoranza, è una negoziazione complessa e continua che punta a conferire autorità a ibridi culturali nati in momenti di trasformazione storica»[50].

L'Antropologia medica come l'etnopsicoanalisi si sono interessate dell'interconnessione tra lo sviluppo della psiche individuale e gli strumenti culturali (quindi sociali) che la informano. Si è visto come tali strumenti culturali permettano all'individuo di interpretare la realtà propria e quella del contesto socio-culturale in cui essa si inserisce e di mettere in atto le proprie dinamiche relazionali attraverso specifiche rappresentazioni del "mondo", le quali, come dice Geertz, non necessariamente devono rapportarsi le une alle altre secondo una logica coerente, ma si offrono semplicemente e utilmente come dispositivi cognitivi. Questo aspetto costruttivo della conoscenza, che non rileva la realtà data, ma una realtà definita dall'occhio di chi la osserva, come abbiamo visto è diventato via via centrale negli studi antropologici sin dalle riflessioni filosofiche di Wittgenstein, in particolare in riferimento al linguaggio privato ed al carattere

---

[49] C. Geertz 1987 (1973), p.141.
[50] H. K. Bhabha, 2001 (1994), p. 13.

costruttivo del rapporto linguaggio-mondo, per cui, come pure evidenziarono Granet e Mauss[51], le modalità attraverso cui gli individui "sentono" ed "esprimono" i loro sentimenti variano a seconda delle griglie interpretative, dei codici culturali che il loro contesto sociale offre loro. Infatti, se Wittgenstein ha affermato: «*Il concetto 'dolore' l'hai imparato col linguaggio*»[52], già nel 1921 Granet e Mauss[53] misero in evidenza come ogni cultura codifichi un «linguaggio dei sentimenti» che dischiude al singolo un orizzonte di interpretabilità all'interno del quale incanalare e plasmare le proprie emozioni soggettive, rendendole così esprimibili , vivibili e comunicabili all'interno della (e dalla) società stessa.

In ambito etnopsicoanalitico troviamo una chiara eco del pensiero del secondo Wittgenstein, in particolare nella proposta di Nathan[54], che considera la cultura come una struttura specifica che la società offre agli individui che la compongono permettendo il funzionamento dell'apparato psichico di ciascun individuo, contenendolo e dandogli forma. Qui la cultura non è vista come un "abito", ma rappresenta il "fondamento strutturale e strutturante" dell'attività psichica umana. Si tratta di una visione della cultura come sistema che contribuisce alla "costruzione del Mondo" di ciascun individuo, garantendolo da possibili "crisi della presenza", secondo la ben nota lezione demartiniana. Ora se, da una parte, la cultura condiziona la percezione personale della realtà sia interna che esterna di un individuo, in quanto la sua struttura psichica e dunque la sua emotività si formano in interazione continua e dinamica col la realtà sociale di riferimento che la esprime, d'altra parte la visione del mondo che ne scaturisce viene *normalmente* intesa come un *dato* naturale, una realtà di per sé, incontestabile. In linea generale, anche la cultura biomedica non sfugge a tale meccanismo di difesa culturale che trova fondamento in una valutazione assoluta ed astorica della categoria *scienza*, e dell'aggettivo *scientifico*. Sarebbe interessante valutare, secondo la strada segnata da Sabbatucci, l'eventualità di una analisi di come, all'interno di un percorso storico-culturale nato in Occidente, *la scienza* sia stata posta al di sopra ed in contrapposizione dialettica ad un'altra categoria occidentale: la *magia*, nonché approfondire se tale visione abbia contribuito a portare buona parte degli esponenti della classe biomedica a riguardare *sub specie* "magia" altri sistemi di guarigione di altre tradizioni socio-culturali e a non riconoscerne la possibile validità, in quanto valutati non corrispondenti ai criteri di validazione previsti dalle griglie interpretative dell'attuale discorso medico-*scientifico.*

---

[51] M. Granet e M. Mauss, 1975 (1921).
[52] L. Wittgenstein, 1983 (1953), par. 384, p. 156.
[53] Questo argomento è stato affrontato in alcuni saggi tra cui: *L'espressione obbligatoria dei sentimenti* in *Rituali orali dei culti funerari australiani*, scritto da Mauss nel 1921, e *Il linguaggio del dolore nel rituale funerario della Cina classica*, di Granet, pubblicato nello stesso anno, pubblicati in Italia nella raccolta di saggi *Il linguaggio dei sentimenti*, Milano, Adelphi, 1975.
[54] T. Nathan, 1994, pp. 73-97.

E' ormai chiaro come i codici culturali sottostanti i metodi terapeutici tradizionali facciano riferimento ad un individuo il cui stato di *malattia* può essere riconosciuto ed interpretato solo all'interno di un discorso socio-culturale ampio, che tiene conto delle dinamiche relazionali e dei contenuti valoriali e normativi del suo specifico contesto sociale. Infatti la possibilità stessa, non solo di dare un nome e quindi di interpretare la *malattia*, ma persino quella di riconoscersi "malati", dipende da tali codici socialmente condivisi. Come Lévi-Strauss ha ben messo in luce in *Antropologia strutturale*[55], i codici terapeutici condivisi dal *guaritore* e dal *malato* sono in grado di mettere in moto dinamiche psichiche che, agendo a livello inconscio, possono permettere alla persona *malata* di arrivare ad una soluzione del suo stato patologico e di reintegrarsi a livello di un equilibrio fisico e psicologico socialmente riconosciuto. Tali aspetti della funzione terapeutica sembrerebbero aver trovato, nell'ambito della complessità delle società contemporanee, sia uno sviluppo settoriale nel discorso *scientifico* con la psicoanalisi e le sue evoluzioni e metodi, sia una maggiore propensione al ricorso a sistemi di cura "altri": dai saperi e pratiche derivanti dalle tradizioni popolari a evoluti sistemi di cura come la medicina tradizionale cinese o quella ayurvedica. A ben guardare la società occidentale ha persino coniato il termine di *medicine alternative* per definire tali differenti realtà che prosperano in quanto rispondono a esigenze terapeutiche e culturali evidentemente non soddisfatte dalla moderna biomedicina.

La questione inerente la qualità della comunicazione medico-paziente, o operatore sociosanitario-utente straniero, è però da collocare in un più ampio quadro di relazioni sociali all'interno del quale si inserisce il discorso della efficienza dei servizi di assistenza sanitaria agli stranieri immigrati. Infatti, l'oggetto di questa ricerca pone un problema che va oltre le concezioni relative alla salute e alla malattia. Esso pone la necessità di analizzare un contesto, quello dei servizi socio-sanitari, estremamente vario sia dal punto di vista delle strutture, che degli operatori e dei pazienti, anche in relazione ai contesti socio-culturali ai quali appartengono e di cui sono espressione.

Conclusioni

La metodologia della *ricerca-azione partecipata* prevede la promozione di un confronto che attivi dei processi di critica-autocritica tra i diversi soggetti presenti nei differenti ambienti di ricerca, sia in riferimento alle dinamiche in atto al loro interno, che a quelle poste in essere nella comunicazione con soggetti esterni appartenenti al medesimo contesto locale di intervento del progetto di ricerca. Questo processo è utile a promuovere una riflessione sul proprio ruolo in riferi-

[55] C. Lévi-Strauss, 1980, pagg. 210-229.

mento a quello degli altri, sulla propria attività e sulla propria concezione dell'attività altrui, sulle criticità che ciascuno identifica e sulle capacità creative di risoluzione delle stesse che ciascuno può mettere in campo.

In questo più ampio contesto credo si debba tener conto delle diverse componenti della complessa realtà socio-culturale romana e, all'interno di esse, della specificità del problema posto dalla categoria dello "straniero", alla sua connotazione e rappresentazione, in riferimento alla quale diversi soggetti sociali autodefiniscono aspetti della propria identità, strumentalmente, in contrapposizione dialettica tra loro.

E' all'interno di queste dinamiche di relazione e comunicazione conflittuali che spesso hanno trovato radici alcune delle attuali difficoltà strutturali ed organizzative dei servizi sanitari in riferimento all'assistenza agli stranieri immigrati, nonché alcuni fenomeni di palese discriminazione sociale. E' chiaro che affinché questo riferimento alla realtà dell'immigrazione cessi di basarsi su rappresentazioni del fenomeno che nulla hanno a che fare con la realtà storico-culturale effettiva delle persone e dei gruppi sociali che la riguardano, si rende necessaria la promozione di un confronto tra le parti basato, appunto, su un piano di realtà, meglio se sulla concretezza di problemi specifici.

Dunque se è proprio nell'ambito dei luoghi dell'interazione sociale che si esplicano le conflittualità tra le diverse parti coinvolte, in quest'ambito teorico-metodologico, l'individuazione delle conflittualità sociali e culturali diviene un punto nodale di un processo di criticizzazione delle dinamiche culturali, volto a consentire a tutti i soggetti coinvolti nel progetto di conoscere a fondo la realtà sia strutturale che dinamica della quale sono parti integranti ed interagenti e di cogestirne criticamente ed autocriticamente i processi di autotrasformazione[56].

Nel nostro caso il confronto con mediatori, rappresentanti delle associazioni di immigrati e altri cittadini di origine straniera, alcuni dei quali qui presenti, si rivela essere prezioso in quanto solo dall'incontro e dallo scambio conoscitivo e critico tra gli operatori del sistema di servizi medico e socio-sanitari e le realtà sociali immigrate presenti sul territorio romano, si può partire per intraprendere un percorso di auto-trasformazione socio-culturale della realtà locale nel suo complesso, che si traduca nel senso di un effettivo miglioramento dell'accesso, della fruibilità e della qualità dei servizi.

A questo proposito ho il piacere di informarvi che, a seguito della fase preliminare della ricerca, e nel suo ambito, L'IIMS ha avviato una collaborazione con la Struttura Complessa di Medicina delle Migrazioni dell'Istituto San Gallicano. Il Prof. Aldo Morrone, esprimendo interesse per la metodologia della Ricerca-Azione Partecipata, ha ritenuto di sviluppare con la nostra èquipe una ricerca sulla *mediazione culturale* nell'ambito della Struttura da lui diretta dove,

---

[56] D. Volpini, 1994.

in questi anni, è stato profuso un grande impegno nello sviluppare tale professionalità e competenza, sia con l'istituzione di un *master* in *mediazione interculturale*, sia con l'inserimento attivo della figura professionale del *mediatore culturale* nella pianta organica operativa della propria Struttura.

Tale ramo della ricerca si svilupperà intorno alle questioni poste dalla *mediazione culturale* in quanto strumento culturale elaborato per dare una risposta ai problemi posti dai nuovi contesti sociali e culturali prodotti dalle trasformazioni legate alle attuali forme di globalizzazione. In tale quadro dinamico si inserisce il problema di comprendere come, secondo la frase di Robertson, la globalizzazione si localizzi e il contesto di interazione sociale dei servizi di "mediazione culturale" offre la possibilità di definizione di un campo di ricerca in tal senso; infatti, lo studio dei contesti operativi in cui si svolge l'attività di mediazione culturale ci offre l'occasione per ampliare l'analisi alle dinamiche di interazione e alle pratiche sociali proprie del più ampio contesto sociale locale che vi ruota intorno. Partendo dalla realtà del sistema di reti di tutela dei diritti e promozione dell'inserimento sociale dei cittadini immigrati e delle loro famiglie si ha un punto di vista privilegiato, in quanto catalizzatore di tutte le criticità e conflittualità proprie dei rapporti tra gruppi sociali appartenenti alla società di accoglienza e gruppi sociali immigrati, che permette di ricostruire la realtà degli *spazi sociali*[57] e le soggettività che vi sono presenti. Ciò al fine di arrivare ad una comprensione dei contenuti dell'interazione sociale e culturale che ne condizionano le pratiche sociali e di come esse concretamente si inseriscano in un ambito di multipolarità territoriale[58], ossia come tale realtà locale si inserisca nello spazio multilocale dei fenomeni globali che sono alla base dei nomadismi contemporanei e come ciò influisca sui processi di definizione identitaria che a loro volta condizionano tali dinamiche d'interazione sociale.

Si è, infine, potuta registrare l'esistenza di un effettivo interesse da parte di alcuni operatori sanitari delle ASL, che da anni si occupano attivamente dell'assistenza sanitaria agli immigrati, a incontrarsi e confrontarsi con le comunità di stranieri residenti a Roma su questioni specifiche, in vista di un miglioramento dei servizi medico e socio-sanitari.

Il nostro invito dunque si rivolge a chi tra i rappresentanti e gli appartenenti alle associazioni straniere qui presenti è interessato a farsi avanti in vista di una collaborazione a questo progetto che, nella promozione di un effettivo dialogo interculturale, vede l'unica soluzione possibile alle sfide ed ai problemi posti dall'attuale mondializzazione.

---

[57] Condominas 1980.
[58] Foucault 1994, Callari Galli 2003.

Riferimenti bibliografici

Amselle, J. L. 1999 (1990) *Logiche meticce*, Bollati Boringhieri,Torino.
Amselle, J. L. 2001, *Connessioni*, Bollati Boringhieri,Torino.
Appadurai, A. 2001 (1996) *Modernità in polvere*, Meltemi, Roma.
Assmann, J. 1997 (1992) *La memoria culturale, scrittura. Ricordo e identità politica nelle grandi civiltà antiche*, Einaudi, Torino.
Augé, M. 1993 (1992), *Nonluoghi*, Elèuthera, Milano
Augé, M. 1995 (1994) *Il senso degli altri*, Anabasi, Milano.
Bhabha H. (a cura di), 1997, *Nazione e narrazione*, Meltemi, Roma
Bhabha H. 2001 (1994), *I luoghi della cultura*, Meltemi, Roma.
Balandier, G. 1973 (1971), *Le Società Comunicanti, Introduzione all'antropologia dinamista*, Bari, Editori Laterza.
Barth F. (1969) 1994 *I gruppi etnici e i loro confini*, in *Questioni di Etnicità*, a cura di V. Maher, Rosenberg & Sellier, Torino.
Belardi, W. 1993, *Ethnos, Lingua e Cultura, Scritti in memoria di GiorgioRaimondo Cardona*, Ed. Il Calamo, Roma.
Callari Galli, M. 2003, *Nomadismi contemporanei*, Guaraldi, Rimini.
Clifford J. E G. E. Marcus 1997 (1986), *Scrivere le culture*, Meltemi Roma.
Condominas, G. 1980 *L'Espace social. A propose de l'Asie du Sud – Est*, Flammarion Ed.
Fabrega, H. Jr. 1974, *Disease and Social Behaviour: An Interdisciplinary Perspective*. MIT Press, Cambridge, Mass.
Foucault, M.1994, *Eterotopia, Eterotopia. Luoghi e non-luoghi metropolitani*, pp. 9-20; *Il giuoco, Eterotopia. Luoghi e non-luoghi metropolitani*, pp. 23-5, in "Millepiani" n. 2, Mimesis Ed., Milano.
Geertz, C. 1987 (1973) *Interpretazione di culture*, Il Mulino, Bologna.
Geertz, C. 1988 (1983) Antropologia interpretativa, Il Mulino, Bologna.
Geertz, C. 1990 (1988) *Opere e vite, l'antropologo come autore*, Il Mulino, Bologna.
Geertz, C. 1995 *Mondo globale, mondi locali*, Il Mulino, Bologna.
Geertz, C. 1995 Ed. it. *Oltre i fatti*, , Il Mulino, Bologna.
Granet M. e Mauss, M. 1975 (1921) *Il linguaggio dei sentimenti* Adelphi, Milano.
Habermas, J. 1980 (1967) Agire comunicativo e logica delle scienze sociali, Il Mulino, Bologna.
Habermas, J. 1970 (1968) *Conoscenza e interesse*, Laterza, Bari.
Inda J.X. e Rosaldo R. 2002 *The anthropology of globalization* (a cura di), Blakwell pub. Malden.
Kant, I. 1970 (1790),. *Critica del Giudizio*, Laterza, Bari.
Kleinman, A. 1978, «Clinical Relevance Of Anthropological and Cross-Cultural Research: Concept and Strategies», in *American Journal of Psychiatry*, Vol. 135.

Kleinman, A. 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press.

Kleinman, A. 1981, «On Illness Meanings and Clinical Interpretation: not Rational Man, but a Rational Approach to Man the Sufferer/Man The Healer», in *Culture, Medicine, and Psychiatry*.

Lévi-Strauss, C. 1964 (1962), *Il pensiero selvaggio*, Il Saggiatore, Milano.

Lévi-Strauss, C. 1980 (1958), *Antropologia Strutturale*, Il Saggiatore, Milano.

Maher V. 1994 *Razza e gruppo etnico: il mito sociale e la relatività dei confini*, in *Questioni di Etnicità*, a cura di, Rosenberg & Sellier, Torino.

Malighetti, R. 1991, Il filosofo e il confessore: antropologia e ermeneutica in Clifford Geertz, Unicopli, Milano.

Nathan, T. 1994 *Costretto ad essere umano* in Psicoterapia Sci. um., vol.4.

Nathan, T. 1996 (1993) *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.

Ricoeur, P.1981 (1965) *Il conflitto delle interpretazioni*, Jaca Book, Milano.

Ricoeur, P.1977 (1975)*La metafora viva*, Jaca Book, Milano.

Ricoeur, P.1986 (1983) *Tempo e racconto*, Jaca Book, Milano.

Robertson, R. *Globalizzazione. Teoria sociale e cultura globale*, Trieste, Asterios Editore, 1999.

Sabbatucci, D. 1978 *Il mito, il rito e la storia*, Bulzoni, Roma.

Sabbatucci, D. 1990 *La prospettiva storico religiosa*, Il Saggiatore, Milano.

Volpini, D. 1992, *Antropologia e Sviluppo*. CUAMM. Dipartimento di Sociologia, Un. di Bologna.

Volpini, D. 1994, *L'autosviluppo integrale*. Società Editrice Esculapio. Bologna.

Wittgenstein, L. 1975 (1929-1932), *Ludvig Wittgenstein ed il Circolo di Vienna. Colloqui annotati da Friedrich Waismann*, Trad. it. di S. De Waal, La nuova Italia, Firenze.

Wittgenstein, L. 1983 (1933-1934) *Libro blu e Libro marrone*, Trad. it. di A.G. Conte, Einaudi, Torino,

Wittgenstein, L. 1983 (1953) *Le ricerche filosofiche*, Einaudi, Torino.

Young, A. 1982, *The Anthropologies of Illness and Sickness*, in *Annual Review of Anthropology*.

Il diritto alla salute della popolazione migrante: aspetti normativi, accesso e fruibilità dei servizi

Chiara Mellina
Istituto Italiano di Medicina Sociale – Laboratorio di Scienze Sociali

Per anni, nel nostro paese, il fenomeno dell'immigrazione è stato sottovalutato o fronteggiato con interventi di urgenza e di conseguenza anche le politiche sanitarie rivolte agli stranieri sono state a lungo dettate da provvedimenti di emergenza per risolvere situazioni contingenti.

L'attenzione alla salute nelle popolazioni immigrate può apparire un dato secondario rispetto ai problemi che il fenomeno migratorio pone nel suo complesso. Non è così, invece, né per ragioni di diritto umanitario, né per dettato costituzionale del nostro paese, né per motivi puramente economici. Favorire l'accesso ai servizi sanitari ed operare in modo che la salute degli stranieri immigrati sia tutelata al pari di quella degli autoctoni è un vantaggio per tutti.

La tutela della salute di ogni individuo risponde ad un'esigenza di solidarietà umana e, contemporaneamente, ad una logica di prevenzione collettiva.

Per ciò che riguarda l'assistenza sanitaria agli immigrati, l'Italia dispone oggi di un *corpus* legislativo abbastanza avanzato perché impostato su una logica solidaristica che promuove la salute indipendentemente dallo status giuridico, sociale e culturale. Ciò è stato possibile anche grazie all'art. 32 della Costituzione italiana che recita: «La Repubblica Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti…».

L'attuale normativa nazionale sull'assistenza sanitaria agli immigrati garantisce a tutti i cittadini stranieri presenti sul nostro territorio l'accesso, almeno in via teorica, ai servizi sanitari[1]. Un accesso che nella maggior parte dei casi è pre-

[1] Normativa basata sulla Legge 40/1998 confluita nel D.Lgs 286/1998 (Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero) ed il suo Regolamento di attuazione (D.P.R. 394/1999). Inoltre, per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, la Circolare del Ministero della Sanità n.5 del 24/03/2000; Piano sanitario nazionale 1998-2000 e 2003-2005; Documento programmatico sulle politiche di immigrazione 2001-2003. La legge 189/2002, non ha apportato alcuna modifica agli articoli 34, 35 e 36 del D.lgs 286/98 che disciplinano e regolamentano le procedure di accesso al Servizio Sanitario Nazionale da parte degli stranieri.

visto alle stesse condizioni dei cittadini italiani. Il provvedimento è certamente avanzato perché estende il diritto all'assistenza sanitaria anche a chi è in condizioni di irregolarità giuridica e di clandestinità, ma rimane - come è emerso più volte dalle interviste in profondità effettuate durante la ricerca - ancora scarsamente conosciuto e praticato sia dagli stranieri che dagli operatori del settore.

I buoni principi non sono sufficienti, bisogna fare in modo che vengano applicati e che tutti abbiano facile accesso alle cure necessarie per il mantenimento e/o il recupero della salute.

Per rendere fruibili le prestazioni sanitarie è fondamentale una buona informazione (sia degli operatori che dell'utenza) ed è necessario un continuo monitoraggio per far emergere problemi e soluzioni. A questo proposito, nel caso specifico della Regione Lazio, l'Assessorato Regionale alla Sanità si è adoperato - grazie anche alle sollecitazioni e alla collaborazione di coloro che operano nel settore - a predisporre le Linee Guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla U.E. In queste linee guida sono racchiuse, in maniera organica, le norme fin qui emanate (il testo è stato presentato e distribuito agli operatori delle ASL, delle aziende ospedaliere, delle strutture universitarie, delle Associazioni di volontariato, delle Associazioni di immigrati ecc.).

Va inoltre aggiunto che l'Assessorato Regionale alla Sanità aveva già disciplinato, precedentemente alla legge 40/98, l'assistenza sanitaria agli stranieri irregolari (STP) con una delibera della Giunta Regionale (5122/97) e ha continuato a regolamentare la materia con numerose circolari tendenti a rendere omogenea l'azione delle strutture sanitarie nel Lazio e a soddisfare il bisogno di salute della popolazione migrante. La normativa della Regione Lazio è infatti densa di delibere e circolari regionali sul tema della salute tra cui quelle per la regolamentazione dell'accesso all'assistenza sanitaria per lo straniero temporaneamente presente (STP).

Pensare alla formazione specifica del personale per migliorare la capacità comunicativa nel rapporto servizio-utenza può essere una buona occasione anche per la popolazione locale.

L'attuale normativa nazionale in materia di tutela della salute degli immigrati è tra le più avanzate in Europa, perché estende il diritto alla salute e all'assistenza sanitaria anche agli stranieri in condizione di irregolarità giuridica (garantendo cure urgenti, essenziali, continuative e programmi di medicina preventiva). E' stata, infatti, elaborata una proposta di Direttiva da presentare al Consiglio dell'Unione Europea per garantire tali diritti a tutti gli stranieri presenti nel territorio dell'Unione Europea[2].

---

[2] Il gruppo promotore è formato dall'Area Sanitaria Caritas Roma, dal Naga di Milano e dall'Oikos di Bergamo; la proposta è stata illustrata, in via preliminare, ad alcuni politici per avviare i percorsi necessari per la presentazione formale. Hanno aderito a questa iniziativa già decine di associazioni ed enti italiani e stranieri impegnati in questo specifico campo. Il testo e il modello di adesione sono reperibili in vari siti web (*www.simm.it; www.stranieritalia.it*).

L'Italia con questa normativa ha deciso di scindere il tema dell'ordine pubblico da quello della sanità pubblica, in una logica di tutela dell'intera collettività, realizzata a partire dalla tutela del singolo.

In conclusione per evitare allarmismi è importante ricordare comunque che in generale gli immigrati che giungono nel nostro paese sono prevalentemente giovani e sani[3]. Se al loro arrivo gli immigrati recano patologie, queste sono quasi sempre legate alle condizioni disumane in cui si svolge il viaggio.

Così la popolazione che immigra nel nostro paese ricopre una fascia d'età medio giovane e che, in condizioni di "normalità" (casa, lavoro, igiene, ricongiungimento familiare), si ammala poco. In questi casi anche il peso sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è minimo (dato che ciò sembra essere una della maggiori preoccupazioni del SSN ormai aziendalizzato e quindi volto al profitto più che alla guarigione; in questo però sussiste perfetta parità con i cittadini italiani, altrettanto penalizzati).

Con l'attuale normativa gli immigrati chiedono, anzi pagano coi contributi (a patto che il datore di lavoro li versi), niente di più di quanto venga erogato in prestazioni sanitarie agli autoctoni. Le preoccupazioni per l'aumento della spesa sanitaria per quanto riguarda gli immigrati dunque appaiono alquanto pretestuose. Inoltre, secondo quanto emerso al VI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (svoltosi a Lampedusa 5-8 maggio 2004), gli immigrati finanziano il SSN più degli Italiani, giacché pagano le stesse tasse ma utilizzano poco le strutture sanitarie. Mentre un italiano utilizza le strutture sanitarie per un costo medio di circa 1300 euro l'anno, l'immigrato arriva al massimo a 5/600 euro l'anno[4].

Il peso sanitario degli immigrati è contenuto ulteriormente se si considera che purtroppo, con il continuo fermento legislativo, è subentrato da parte degli immigrati il timore di rivolgersi ai presidi sanitari. L'utenza straniera è inoltre scoraggiata anche dalle complicazioni burocratiche per accedere ai servizi oltre che dai lunghi tempi di attesa per le prestazioni specialistiche.

Il risultato è che una parte non trascurabile dell'utenza straniera preferisce rivolgersi a strutture sanitarie di supporto, più agili, gestite direttamente dal volontariato. Ma il volontariato non può vicariare cronicamente prerogative e funzioni dello Stato.

Vi è piuttosto da osservare che – date le insalubri condizioni in cui spesso vivono gli stranieri nel nostro paese – è qui semmai, che gli immigrati si ammalano.

---

[3] Va da sé che questa considerazione sulla condizione della salute all'arrivo del migrante non vale per chi è "a seguito" di progetti migratori altrui, o per chi è costretto a scappare dal proprio paese per motivi politici, di persecuzione o di guerra. I profughi, gli sfollati e i rifugiati sono individui con particolare vulnerabilità sia psichica che fisica.

[4] A. M. Mira (2004: 24).

Riferimenti Bibliografici

Bolaffi G. (1996), *Una politica per gli immigrati*, Bologna, Il Mulino.
Magni R. (1995), *Gli immigrati in Italia*, Roma, Edizioni Lavoro.
Sergi N. e Carchedi F. (a cura di), (1991), *L'immigrazione straniera in Italia. Il tempo dell'integrazione*, Milano, Edizioni Lavoro.
Maritati A. (2000), "La legge italiana: governare l'integrazione", in: *Gli argomenti umani. Sinistra e innovazione. Lezioni dall'Italia*, n. 4, anno 1, aprile, Milano, Editoriale Il Ponte.
Mira A. M. (2004), "La difesa della Salute. Sanità, immigrati, falso problema", *Avvenire*, 7 maggio.

L'utilizzo dei servizi sanitari: le esperienze degli immigrati

Maria Adriana Bernardotti
Istituto Italiano di Medicina Sociale – Laboratorio di Scienze Sociali

Nell'ambito della ricerca di sfondo abbiamo fatto delle interviste in profondità a stranieri residenti a Roma[1], utilizzando una traccia comune di domande che mirava ad indagare diversi aspetti dell'utilizzo del SSN da parte dell'utenza straniera, in particolare il rapporto con gli operatori ed i giudizi sul funzionamento del sistema. L'obiettivo fondamentale della indagine preliminare è stato quello di rintracciare i punti di frizione, gli aspetti critici del rapporto tra l'utente immigrato ed i servizi e operatori locali, per poi successivamente avviare, all'interno di contesti particolari, dei percorsi di ricerca-azione partecipata[2] mirati allo sviluppo di processi di cambiamento, definiti ed intrapresi dagli stessi attori di questa relazione.

Dal punto di vista metodologico, più che un campione rappresentativo della popolazione immigrata romana, il materiale raccolto rappresenta un mosaico di voci degli stranieri residenti nella città. Abbiamo cercato in ogni caso di includere un ampio ventaglio di punti di vista: mediatori con esperienza di lavoro nei servizi, rappresentanti di associazioni di immigrati ma anche singoli utenti. Sono stati intervistati sia stranieri arrivati da poco, che persone con molti anni di permanenza in Italia, immigrati con esperienze di integrazione di successo ed esponenti di gruppi con particolare rischio di emarginazione o disagio (come gli immigrati irregolari, i richiedenti asilo, le persone appartenenti alla comunità rom). Si è cercato, inoltre, di privilegiare le nazionalità numericamente più rappresentative nell'immigrazione a Roma.

Prima di entrare nell'analisi dobbiamo fare due considerazioni:

1. La prima è che non è soltanto difficile, ma che sarebbe metodologicamente scorretto, pretendere di tracciare un quadro rappresentativo del rapporto dell'immigrato con i servizi, considerando quanto è composto e differenziato il

[1] Sono state realizzate 23 interviste in profondità e numerosi colloqui informali.
[2] Per il quadro complessivo delle interviste, vedi su questo volume A. Todisco, III Workshop.

mondo dell'immigrazione a Roma ed in Italia. Le ragioni non sono esclusivamente metodologico-statistiche perché, se le culture non sono mai contenitori statici, questo è particolarmente evidente nelle condizioni di immigrazione e si deve accuratamente evitare il rischio di facili generalizzazioni che portano a fondare stereotipi.

La realtà che abbiamo davanti si disegna piuttosto come un mosaico di atteggiamenti diversi, di comportamenti differenti nel districarsi tra la cultura italiana e quella di provenienza, qualche volte differenti anche all'interno di una stessa famiglia[3]. Prevale quasi sempre una spinta verso la contaminazione, un'apertura al cosmopolitismo: si incorporano abitudini italiane ma anche di altri paesi, grazie agli scambi che in una città come Roma sono possibili tra immigrati di tante diverse provenienze. Chi cerca di mantenere intatti i tratti della cultura originaria, generalmente crede in un rientro a breve termine o ha la possibilità di vivere quasi esclusivamente all'interno della propria comunità etnica, situazione non particolarmente diffusa nella realtà italiana (oltre che si tratta di soggetti meno disponibili all'intervista, anche in ragione dei problemi di lingua). Al contrario, grazie all'immigrazione molti si dichiarano fieri di avere scoperto la ricchezza delle culture nel mondo.

In definitiva, quello che abbiamo cercato più semplicemente di fare è di segnalare alcune linee comuni, dei leit motiv che si ripetono nelle interviste, evitando d'altra parte – per ovvie ragioni di privacy - di fare riferimenti nominativi a singoli intervistati.

2. La seconda considerazione è che una parte consistente delle testimonianze raccolte sono molto critiche sul funzionamento del SSN e che, considerando gli obiettivi del nostro progetto, abbiamo ovviamente privilegiato questi aspetti nell'analisi. Abbiamo notato anche che il resoconto di esperienze negative proviene quasi sempre dalle donne immigrate. Queste ultime, d'altra parte, costituiscono il segmento maggioritario dell'utenza straniera dei servizi sanitari: la maternità risulta il maggiore motivo di consultazione, oltre al fatto che sono normalmente le donne a seguire i problemi di salute dei bambini[4].

   Sicuramente una parte delle critiche può essere dovuta alla difficoltà di lettura di quelle che sono le pratiche e la cultura dei servizi italiani. In ogni caso, la maggior parte delle recriminazioni sono simili a quelle segnalate dalla popolazione autoctona, senza considerare che nel caso degli immigrati esisto-

---

[3] Un esempio riguarda le seconde generazioni. In una delle interviste è stato molto interessante il racconto di una mediatrice rom che ci ha segnalato i differenti atteggiamenti rispetto alla cultura autoctona e a quella d'origine (matrimonio, studi, lavoro) assunti da lei e da sua sorella, determinati in gran parte dalla scelta del partner.

[4] Si vedano i dati sulle dimissioni ospedaliere a Roma riportati su questo stesso volume, (M. A. Bernardotti, I Workshop). La preponderanza femminile si registra anche nei dati sull'iscrizione al SSN, nelle realtà dove questi sono reperibili (cfr. Dossiers dell'Osservatorio Provinciale di Bologna, www.provincia.bologna.it).

no condizioni obiettive per le quali problemi come i tempi di attesa o la mole dell'iter burocratico possono indurre all'abbandono di un percorso di cura.

Fatte queste premesse, passiamo ai risultati.

Un primo argomento riguarda *l'accesso ai servizi.*

Il canale principale di accesso, di primo contatto per chi è appena arrivato, rimane la conoscenza di altri immigrati. Anche i datori di lavoro possono essere figure chiave (soprattutto nel caso delle colf e badanti). Continua invece a mancare una politica di informazione e orientamento a vasta scala; in ogni caso tutto sembra confermare che le modalità più utilizzate (depliants, vademecum, ecc.) sono complementari alla trasmissione di informazione per 'passaparola'.

Per quanto riguarda l'applicazione della normativa, sussistono ancora a Roma alcuni problemi in un quadro per il resto abbastanza positivo. Nella fase dell'ultima regolarizzazione, è stato segnalato da diversi mediatori stranieri la difficoltà trovata per l'iscrizione semestrale dei regolarizzandi, spesso trattati come STP (stranieri temporaneamente presenti), al punto tale che gran parte del lavoro dei mediatori è di tipo amministrativo, allo scopo di insistere sui servizi per l'applicazione della normativa.

D'altro canto, emergono problemi legati alla precarietà giuridica della condizione dello straniero (la perdita di regolarità a causa della disoccupazione, il lavoro nero, la difficoltà di accedere alla residenza, ecc). Gli stessi medici di base riscontrano questi problemi attraverso l'instabilità del loro numero di iscritti stranieri.

Riguardo agli irregolari viene riferita una persistente forte carenza di informazioni sulla possibilità di accedere ai servizi pubblici e sulla normativa per gli STP. Mancano, come spesso si rileva altrove, punti di orientamento centralizzati e questo è ancora più evidente nel contesto romano, dove ognuna delle aziende sanitarie ha creato sistemi diversi per assolvere agli obblighi imposti dalla normativa regionale sull'assistenza sanitaria agli irregolari. D'altra parte sussistono ancora, da parte degli immigrati irregolari, molte paure di avvicinarsi al servizio pubblico.

Questa parte dell'utenza, ma anche alcuni immigrati regolari, preferiscono utilizzare i servizi del volontariato o alcuni servizi pubblici dedicati. Si ottiene in questi luoghi un'attenzione immediata, senza le trafile burocratiche del servizio pubblico standard, con la possibilità di parlare la propria lingua e in un ambiente più aperto all'accoglienza. Le persone arrivano da lontano per utilizzare questi servizi, ma anche alcuni operatori delle ASL spesso indirizzano pazienti stranieri verso queste strutture, non assolvendo il loro compito di universalità delle prestazioni.

Il servizio pubblico non dedicato, o che non è stato oggetto di interventi specifici mirati all'accoglienza, spesso viene disertato perché ottenere una visita può significare la perdita di intere giornate lavorative. Chi lavora in nero o con contratti precari non ha diritto ad assenze per malattia. Il problema è particolarmente sentito tra le *lavoratrici domestiche*, che trascurano la salute non avendo la

libertà e il tempo di andare dal medico. Ci sono stati segnalati casi di donne che rimangono incinte e lo negano fino alla fine per paura di perdere il lavoro, di donne costrette ad abortire, di badanti che per potere andare all'ambulatorio devono portare con sé la donna anziana che accudiscono.

Un tema delicato è quello del *front office* del servizio pubblico, che rimane un problema per lo straniero. L'utente è costretto ad avere rapporti con molti uffici amministrativi prima di accedere alla visita medica e questo disorienta chiunque non sia nato in Italia. Il linguaggio della burocrazia, specialmente, è ostico e faticoso, gli impiegati degli sportelli sbrigativi ed abituati a dare risposte standard. La cartellonistica degli ospedali e dei poliambulatori (così come del resto degli uffici pubblici) non è comprensibile neanche per chi ha una buona padronanza dell'italiano. Molto del lavoro dei mediatori interculturali ha riguardato finora l'azione di orientamento all'interno dei presidi sanitari, l'accompagnamento agli sportelli di accettazione ed alle casse per il pagamento dei ticket.

Si deve anche considerare che la scelta del servizio non dipende necessariamente dalla vicinanza della residenza. Si consideri in primo luogo la rete del trasporto pubblico romano: spesso è più facile arrivare in centro che non all'ambulatorio del proprio quartiere, quando la distanza non è raggiungibile a piedi. Oltre a questo, gli stranieri prediligono i servizi dove sono stati avviati in passato progetti specifici per la loro accoglienza, anche quando i progetti sono stati conclusi: è il caso dei rom, che tornano nei servizi dove sanno che non saranno rifiutati o guardati con diffidenza.

Gli aspetti più interessanti della rilevazione riguardano la *fruibilità dei servizi,* i problemi trovati nel loro utilizzo, a cominciare del rapporto con il medico di famiglia. Il medico di base è il perno del sistema e se questo non funziona correttamente o non è percepito in forma positiva, ne trae le conseguenze l'intero rapporto con il SSN.

Diversi intervistati ci hanno confessato senza pudore di non utilizzare correttamente la figura del medico di famiglia, anche quando conoscono bene la sua funzione nel sistema sanitario italiano. Ci sono chiaramente esperienze individuali positive, ma riguardano il rapporto con il singolo medico ed in tutti i casi si tratta di persone in Italia da molti anni. La principale critica riguarda il ruolo percepito meramente burocratico della figura e, molto spesso, la mancanza di accoglienza verso gli immigrati. L'immagine che frequentemente si ripete nel racconto del paziente straniero è che "solo sanno fare impegnative e mandare da altre parti". Estremizzando un poco, diciamo che si va dal medico di base quando c'è bisogno di un certificato per le assenze del lavoro, difficilmente quando si sta male e meno ancora per attuare la prevenzione. Un altro dei problemi indicati è quello dell'orario ridotto, che si scontra con i tempi lavorativi della maggioranza degli immigrati.

Da ciò deriva un utilizzo scorretto dei servizi, con rischi per la tutela della propria salute. Spesso lo straniero sceglie di automedicarsi nel caso di problemi percepiti lievi; va invece al Pronto Soccorso quando considera necessaria la con-

sultazione del medico. Quelli che se lo possono permettere, ricorrono alla medicina privata o comprano i farmaci pagandoli a prezzo pieno.

L'utilizzo improprio del Pronto Soccorso trova spiegazione nel fatto che questo servizio risponde meglio alle aspettattive dell'immigrato: dà una risposta immediata al problema ed è fruibile a qualsiasi ora.

I Pronto Soccorso romani (ed italiani) si trovano da tempo intasati da richieste improprie, i cosiddetti "codici bianchi" che indicano lo stato non urgente del paziente. In questo senso è molto interessante l'esperienza del Policlinico Umberto I, che prendendo atto di questa situazione ha deciso di aprire – in via sperimentale - un ambulatorio dedicato agli stranieri per alleggerire il lavoro del Pronto soccorso. Il servizio è fornito in forma volontaria dal personale sanitario del Policlinico e possono accedere tutti gli stranieri, indipendentemente dalla loro posizione di soggiorno. In definitiva con questa esperienza si è portata la medicina del territorio (quella di base nello specifico) all'interno del Policlinico. Ciò crea una serie di problemi, di cui sono consapevoli i promotori dell'iniziativa (da lì il carattere sperimentale della stessa). Per certi versi si è costruito un "canale preferenziale" per gli stranieri, assolvendo un bisogno molto richiesto che è quello di un "servizio di prossimità", uno spazio dove trovare risposta immediata al problema di salute. Questa domanda, tuttavia, riguarda spesso anche gli utenti italiani e la dimostrazione è un'altra esperienza, quella dell'ambulatorio di via Moranti, nel VII Municipio, gestito da volontari dell'AMIA, l'associazione di medici italo-arabi: si tratta di un poliambulatorio che offre diverse cure specialistiche, costituito per venire incontro alle necessità degli stranieri, ma che risulta nella pratica molto utilizzato dagli anziani italiani del Centro Anziani vicino.

Tutte le difficoltà finora segnalate concorrono a creare un'immagine negativa dei medici autoctoni. In una considerevole parte delle interviste emerge come tema centrale il difficile rapporto con il medico italiano.

Per diverse ragioni, il medico italiano non appare, nelle testimonianze di molti intervistati, come la figura autorevole alla quale affidare la cura della propria salute. Il paziente immigrato arriva alla visita cercando "certezze" da parte del medico, una risposta sicura ed immediata al suo problema; invece viene congedato con una serie di impegnative per andare a fare analisi e accertamenti diagnostici. A fronte di questo, da parte del paziente immigrato vi sono spesso due letture negative: quella del disinteresse del medico nei suoi confronti (quando non di razzismo) e quella dell'ignoranza o incapacità del medico.

Riguardo al rapporto paziente-medico vengono al pettine chiaramente i principali punti di frizione culturale in merito alla tutela della salute: le diverse culture dei servizi per chi arriva da paesi dove non esiste un sistema sanitario universale; in parte connessa a tale diversità, la scarsa attenzione alla prevenzione (o almeno alla prevenzione diagnostica, tale come l'intende la medicina occidentale); le diverse concezioni di salute, di benessere e di malattia, quindi, ma anche

la particolare condizione di vivere nello status di immigrato (sia per il valore che ha la forza fisica per il successo del progetto individuale, che per la situazione di disagio sociale-psicologico che sovente tale status comporta) e di minoranza culturale nella società di accoglienza.

Il medico italiano nella visione che emerge da molte interviste non dà risposte, non spiega, non parla con il paziente, spesso neanche lo visita. Il paziente è costretto a circolare tra laboratori e specialisti e finisce per percepire i medici come "esperti di organi" e non come "tutori della salute", del benessere complessivo della persona. La medicina è sempre più tecnologia e sempre meno scienza dell'uomo e della sua salute.

Il medico di base nell'ottica del sistema sanitario italiano ha un ruolo di regia in questo percorso diagnostico e terapeutico. Se il suo ruolo è snaturato a partire dalle attuali condizioni di lavoro, o se fallisce il rapporto come succede spesso con l'immigrato, il paziente è costretto ad essere lui il gestore del puzzle, chi ricompone i pezzi tra gli specialisti, il medico di se stesso.

Gli intervistati che hanno imparato a districarsi meglio nel sistema italiano ripetono che bisogna "imporsi", "essere assertivi", tenere sotto controllo i medici, spesso anche litigando, allo scopo di ottenere risposte soddisfacenti. Altri dicono che i medici italiani "fanno spaventare", "sono aggressivi", che manca quella sensibilità che consente un rapporto intimo con il medico, necessario per affidarsi a lui nella situazione di malattia. Alcune comunità immigrate di vecchio insediamento hanno la possibilità di avere medici connazionali che lavorano nell'ambito del SSN, come è il caso dei soci dell'associazione egiziana che tendono a scegliere medici di base egiziani o arabi in generale.

Alcune critiche riguardano anche esperienze vissute negli ambulatori del privato sociale, gli ambulatori dedicati a stranieri. I pazienti sono spesso appena arrivati in Italia e manca un servizio di interpretariato per tutte le lingue. Senza la possibilità di comprendersi, lo straniero si sente "infantilizzato": riceve medicinali in omaggio senza la possibilità di controllare quello che gli fanno ingerire. Il problema linguistico, in tutti i tipi di strutture, comporta il rischio di diagnosi e di cure sbagliate, come i casi in cui si racconta dell'estrazione del dente sano o della prescrizione del medicinale che produce reazione allergica.

Un altro segno di questo sentimento di "sfiducia" verso i medici italiani è l'accusa frequente di discriminazione e razzismo verso gli immigrati, quando non l'attesa delle ferie per tornare al proprio paese e intraprendere lì percorsi diagnostici e di cura, o il ricorso all'automedicazione.

Il tema della discriminazione e del razzismo è posto soprattutto dagli immigrati di lunga permanenza in Italia ed impegnati su questo fronte (leaders di associazioni, mediatori). Non sempre viene tematizzato dal singolo, che spesso denuncia le cattive esperienze come vissuti personali. Per chi vive da molto nel paese, c'è una Italia prima e dopo dell'immigrazione di massa: il ricordo di un'Italia accogliente che giorno dopo giorno diventa ostile verso lo straniero.

Alcuni degli intervistati impegnati su questo tema nell'ambito dell'associazionismo richiamano l'attenzione sulla gravità degli episodi di razzismo istituzionale nell'esperienza quotidiana dei servizi. Occorre certamente riflettere sul fatto che l'identificazione di certi episodi come "razzismo" pone problemi complessi di interpretazione, perché dietro a molti fatti può celarsi l'incomprensione culturale delle regole da parte dello straniero (un tipico esempio sono le lamentele per essere stati superati dagli italiani nelle file al Pronto Soccorso, quando l'ordine è in realtà determinato dalla condizione di urgenza, che ha la priorità rispetto alle patologie non urgenti, in molti casi riportate da pazienti immigrati). Ad ogni modo, ci sono stati segnalati da parte degli intervistati episodi molto gravi.

Una situazione specifica è quella della medicina penitenziaria, un'altra l'atteggiamento verso i rom in molte strutture pubbliche. Si denuncia anche la difficoltà di far fronte a stereotipi consolidati, come l'essere maltrattata e considerata una prostituta quando si viene da un paese dell'Europa dell'Est e si fa l'interruzione di gravidanza o, al contrario, non essere accolta dal servizio sociale se non si risponde esternamente allo stereotipo dell'immigrato bisognoso, come succede a una donna sola con un figlio in reale stato di estremo bisogno.

In molte delle esperienze narrate il rifiuto dei servizi o il continuo rinvio delle risposte da parte dei servizi si risolve con l'intervento di amici o conoscenti italiani. Spesso si tratta dei datori di lavoro come nel caso delle colf, che dalle testimonianze raccolte appaiono generalmente subordinate alla sensibilità dei datori di lavoro ai loro bisogni sanitari. Altre volte sono operatori del volontariato o semplici conoscenti che devono intercedere per riuscire ad ottenere un intervento in tempi ragionevoli o una visita specialistica adeguata. In definitiva, anche in campo sanitario, "avere delle conoscenze" è necessario per accedere ai propri diritti. Gli immigrati vedono nella fragilità delle proprie reti sociali uno dei problemi per l'accesso alla salute, in un sistema sociale come quello italiano che percepiscono basato soprattutto sulle reti famigliari ed amicali.

Qui emerge l'importanza delle associazioni degli stranieri, che spesso hanno un ruolo sostitutivo nella fragilità delle reti sociali dell'immigrato. I connazionali integrati con successo in Italia, a volte i mediatori linguistico-culturali o i medici della propria stessa provenienza, assumono spesso una funzione di tutela dei diritti dei più deboli della comunità, mettendo a disposizione le loro risorse in termini di contatti e conoscenze personali di operatori sanitari italiani. A loro volta anche i servizi, di fronte a problematiche emergenti per le quali mancano ancora strumenti e capacità di intervento, contattano loro stessi le associazioni, come ci è stato segnalato riguardo a episodi di violenza familiare connessa a tossicodipendenza in alcune famiglie filippine di recente ricongiungimento in Italia.

Oltre al sentirsi discriminati e soggetti deboli del sistema, esiste tra gli immigrati un'idea abbastanza diffusa di cattiva sanità in Italia. Si tramandano aneddoti sugli errori dei medici e la diffusione sui media di queste vicende col-

labora a fissare questa immagine negativa dei professionisti italiani. Diverse sono le esperienze in questo senso vissute personalmente dai nostri intervistati: medici distratti che sbagliano l'annotazione del tempo di gravidanza e compromettono il parto, prescrizione di farmaci controindicati e altre disattenzioni gravi.

Abbiamo chiesto agli intervistati di confrontare il sistema sanitario italiano con quello dei paesi di provenienza. Del sistema italiano viene apprezzato il suo carattere pubblico e la gratuità delle prestazioni (facendo salvo i costi del ticket). Sono molti, tuttavia, quelli che rimpiangono alcuni aspetti della sanità dei propri paesi, in particolare la qualità dei professionisti, il rapporto medico-paziente, l'immediatezza di risposta. Il problema in patria - secondo la maggioranza - è la mancanza di risorse economiche e di strumentazione adeguata negli ospedali pubblici e qualche intervistato, tramite la sua associazione di appartenenza, si propone di avviare iniziative di cooperazione in campo sanitario. Per diversi paesi si parla di un sistema sanitario che è progressivamente decaduto con l'incremento della privatizzazione (ad es. le Filippine, l'Egitto), problema al quale si aggiunge a volte la corruzione dei medici (come nei paesi dell'Est). Riguardo a certi paesi si rimpiange un'epoca nella quale la sanità era accessibile a tutti ed era molto buona la qualità dei professionisti, come nel caso dell'Iraq o dell'Algeria.

Nonostante queste considerazioni, richiama l'attenzione il fatto che diversi immigrati raccontano di tornare nel proprio paese per curarsi, anche nel caso di interventi chirurgici e trattamenti che implicano un certo sviluppo tecnologico della medicina. Per alcune categorie di immigrati è comune licenziarsi dal lavoro e rientrare in patria in caso di malattia, come succede con le colf e badanti e con chi ha lavori precari.

Ci sono diverse ragioni che concorrono a giustificare scelte di questo tipo. Da una parte la possibilità di avere il contenimento affettivo della famiglia e degli amici nella convalescenza. Altra ragione è il rapporto con gli operatori sanitari. Anche se la sanità è privata nel proprio paese, guadagnando in Europa si può facilmente accedere alle migliori cure e l'immigrato approfitta dei vantaggi comparativi con i connazionali. In qualche caso, si annovera tra le cause del ritorno la possibilità di accedere alle medicine tradizionali, ma con un utilizzo complementare a quella occidentale.

L'impressione è che quando il proprio stato di salute crea "paura", quando si percepisce una rottura del proprio equilibrio psicofisico, parecchi stranieri scelgono di affidarsi alle cure o almeno a fare una consultazione complementare nel proprio paese. E' necessario un passaggio in patria per recuperare le forze originarie, l'equilibrio perduto nel mondo ostile in cui si trova a vivere l'immigrato. Un'idea presente in forma esplicita in certi racconti è che la Natura del paese di provenienza è sana, incontaminata, in contrapposizione a quella italiana, dispensatrice di malattia. Anche per questo tornando in patria si trova la via della guarigione. Non deve perciò stupire se pensiamo che qualche volta il rientro è una

proposta suggerita dai servizi davanti a casi difficili, in particolare di dipendenze o psichiatrici: si aiuta lo straniero a fare ritorno nell'attesa di una guarigione nel seno della famiglia[5].

Gli stranieri che godono di condizioni di maggiore stabilità in Italia, sia dal punto di vista lavorativo che famigliare, tendono a utilizzare maggiormente i servizi italiani. In ogni caso anche tra loro è comune che i viaggi per ferie siano abbinati a consultazioni mediche, soprattutto a trattamenti odontoiatrici. Molti stranieri, quando ne hanno la possibilità, evitano accuratamente i dentisti italiani, in primo luogo per il costo dei trattamenti, ma anche, in diversi casi, perché questi professionisti sono al primo posto nelle critiche sulla cattiva qualità delle prestazioni. Come ci diceva una colf peruviana, "anche i dentisti dei padroni sono peggiori di quelli del mio paese". Abbiamo trovato giudizi simili tra intervistati di altri paesi dell'America Latina, dei paesi del Nord Africa e dell'Europa dell'Est.

Un'altra ragione per la quali gli immigrati utilizzano poco i servizi italiani è perché generalmente manca il concetto di prevenzione nei loro paesi di provenienza. Come ha detto un intervistato "la prevenzione è un lusso dei paesi ricchi". Ma anche risiedendo stabilmente in Italia, una pratica di prevenzione intesa come andare periodicamente dal medico curante e chiedere impegnative per fare analisi e accertamenti, è lontana dalle abitudini[6]. Al contrario, è più facile che si cerchi di tacere lo stato di malessere, perché la perdita del patrimonio di salute può significare il fallimento del progetto migratorio: salute e giovinezza sono due risorse imprescindibili per lavorare all'estero.

Un'altra conseguenza del rapporto non sempre facile con il sistema sanitario italiano sono le pratiche di automedicazione, come è stato individuato almeno per alcuni gruppi di immigrati. Un'impressione inattesa ricavata dalle interviste è, infatti, l'esistenza di un "traffico" di medicinali tra l'Italia e i paesi di accoglienza: si scopre, ad esempio, che le filippine portano in patria le pillole anticoncezionali che là sono molto care ma riportano indietro molti medicinali di vendita libera, che riempiono la cassetta dei primi ausili di casa. L'elenco di medicinali senza ricetta è generalmente molto superiore nei paesi di provenienza degli stranieri e la pubblicità delle case farmaceutiche tende a stimolare la pratica dell'automedicazione, molto generalizzata in paesi dove la consultazione medica è a pagamento e non è diffusa la prevenzione. D'altra parte è evidente che chi inizia un trattamento terapeutico in patria porta con sé i farmaci in valigia. In alcuni racconti le medicine sono spedite dai famigliari addirittura tramite posta.

Non si vuole affermare che l'automedicazione sia più diffusa tra gli stranieri che tra gli italiani, ma soltanto portare all'attenzione un eventuale problema,

---

[5] Sono stata testimone di diversi interventi di questo tipo lavorando nei servizi per l'immigrazione della città di Bologna.

[6] Un'altra ragione a favore di chi sostiene la bassa incidenza relativa degli stranieri nella spesa sanitaria (assieme alla giovane età, al fatto che si emigra in stato di buona salute, ecc).

che sembrerebbe più diffuso all'interno di alcune provenienze nazionali. Altri intervistati sostengono invece di fare molta attenzione prima di assumere farmaci, "perché curano gli organi ma ammalano il corpo", come ha spiegato un intervitato di un paese del Subcontinente Indiano. Al contrario, la loro impressione è che sono gli italiani quelli che abusano dei medicinali, anche davanti a semplici raffreddori. In ogni modo si deve sottolineare che non abbiamo registrato nessun caso di rifiuto verso l'assunzione di farmaci.

Paradossalmente, la forma di cura opposta ai farmaci, ovvero le medicine naturali e tradizionali, offrono come i primi una risposta immediata alla malattia, ma hanno il pregio di stabilire un rapporto olistico con il tema della salute, perché mirano a ristabilire un equilibrio perduto. Come ha riassunto un intervistato cinese: "la medicina cinese è per la salute, la medicina occidentale per la malattia".

Il tema delle medicine tradizionali non risulta spontaneamente nel racconto dei nostri intervistati se non davanti alla nostra espressa richiesta. Chi arriva in Italia – si deve sottolineare - è stato quasi sempre anticipatamente socializzato alla medicina occidentale, praticata nei centri urbani da dove provengono.

In ogni caso, quasi tutti gli intervistati hanno esperienze in prima persona di guarigioni attraverso forme popolari di medicina in patria. Più di uno ha ricordato interventi di una certa entità, come la ricomposizione di fratture attraverso lo scioglimento delle ossa in olio bollente, praticata – scopriamo – con tecniche simili in diverse latitudini. Nessuno però sa dell'esistenza di queste pratiche in Italia e si afferma anche di non sentirne la mancanza.

Quello che, caso mai, molti conservano è la tradizione di utilizzo di infusi come prima risposta al malessere: "prima la tisana e dopo il medico se c'è bisogno", si dice da molte parti. Qualcuno porta le erbe dal proprio paese, altri tentano di riconoscerle in Italia. In questo senso è interessante notare che c'è un approccio timido al "cosmopolitismo" e alla contaminazione con altre culture: si scoprono i negozi dei cinesi di Piazza Vittorio ma manca ancora una "traduzione" interculturale dell'offerta. Si utilizzano anche prodotti di uso alimentare comune in Italia per scopi curativi, come il prezzemolo per il raffreddore o il caffè per cicatrizzare ferite. Poco si può fare in Italia, tuttavia, perché manca la generazione di donne anziane che generalmente sono le depositarie di queste conoscenze. In questo è avvantaggiata la comunità rom, le cui donne anziane escono dai campi per raccogliere le erbe curative.

Gli intervistati di diverse provenienze conservano il ricordo ed apprezzano queste pratiche ma l'impressione, tratta dalle interviste, è che hanno la convinzione che non sia possibile decontestualizzarle dal loro luogo di origine, che in Italia perderebbero senso ed efficacia. Nessuno sa della presenza di guaritori a Roma, ma l'idea generalizzata è che se ci fossero si tratterebbe sicuramente di "ciarlatani".

Nel caso di stranieri provenienti da culture più ricche di questo tipo di tradizioni, si ha l'impressione che la persona tenda a scindere i due mondi, a tenere separati dentro di sé i due universi simbolici e di significati. Un senegalese, rac-

contando l'incredibile esperienza di guarigione della quale era stato protagonista con il suo marabù, diceva: "adesso che la racconto qui a te non ci credo, mi sembra assurdo. Quando sono lì io ci credo". Questo forse è un esempio estremo perché si tratta di una persona fortemente acculturata. Si sa che tra i gruppi murid in Italia circolano i marabù e che la maggior parte dei senegalesi adopera quotidianamente i gri gri come talismano: in ogni caso è sempre qualcosa che ha efficacia perché arriva dal paese. Un altro esempio è quello di una colf peruviana che il giorno dopo della nostra intervista tornava in patria per un periodo a scopo di cura. E' partita con il progetto di abbinare nel suo paese trattamenti medici occidentali ad un rituale di origine inca, ma simultaneamente ci racconta di deridere il suo datore di lavoro napoletano per la pratica di superstizioni.

Accanto a questo però c'è un atteggiamento eclettico, aperto a tutte le forme di cura, simile a quello dell'uomo occidentale dei nostri tempi. Diversi immigrati, nordafricani ad esempio, alla domanda sulle medicine tradizionali hanno pensato in primo luogo all'omeopatia o ad altre medicine alternative sviluppate ultimamente anche in Italia. E' interessante in questo senso segnalare la esperienza dello sportello Salute del No.Di, la federazione di diverse associazioni di donne straniere di Roma. In questo sportello, oltre all'attività di orientamento ai servizi del SSN, si propone un'offerta di medicine alternative orientate al benessere della persona, che comprende lo shiatsu, lo yoga, il massaggio aiurvedico, i fiori di Bach. Questa proposta, chiaramente, riceve maggiore accettazione tra le donne dell'Est europeo e soprattutto tra le sudamericane, di per sé cresciute in un ambiente di forte sincretismo culturale o, come dice l'operatrice, anche lei sudamericana, con "maggiore capacità di deculturalizzarsi".

Un altro tema indagato è stato quello dei problemi sanitari maggiormente rilevati nella comunità di appartenenza. Le risposte sono state coincidenti nell' affermare il patrimonio di salute originario, indicando la ricorrenza di mali vincolati alla rottura di quel patrimonio nella situazione di immigrazione. Appaiono così in primo luogo i problemi psicologici, lo stress, le depressioni. Un punto rilevante sono le *dipendenze* da alcol, droghe e i disagi che ne conseguono.

Occorre richiamare l'attenzione sul fatto che è praticamente assente dai servizi un approccio al tema dell'alcolismo attento ai diversi significati che assume la sostanza a seconda delle culture. Si pone anche la necessità di modificare i test standard utilizzati, adeguando le domande sulle abitudini e modalità di consumo alle diverse comunità straniere, come ci ha segnalato un operatore della sanità penitenziaria. Stanno arrivando inoltre nella città droghe finora sconosciute, come la *shabù*, una droga sintetica di certa diffusione tra gli uomini giovani filippini. I problemi connessi alla dipendenza dall'alcol ed il loro correlato di violenza familiare è un tema ricorrente per alcune comunità, come la filippina e peruviana, quando i mariti raggiungono in Italia le loro mogli lavoratrici. Il tentativo di ricomporre i ruoli tradizionali maschile e femminile all'interno della coppia, la frustrazione degli uomini davanti a donne che hanno assunto ruoli di capo-

famiglia, porta spesso a situazioni di violenza che rimangono chiuse all'interno del nucleo e per le quali i servizi non riescono ancora ad intervenire.

Le patologie da *stress* legate alla condizione di immigrazione sono molto frequenti. Si segnalano come fattori il problema abitativo, il lavoro, il clima ed il cambiamento del metabolismo legato anche alla cucina. In primo luogo appare comunque il problema del vivere nell'illegalità, subendo spesso soprusi di vario genere, o le conseguenze dell'esperienza traumatica dei viaggi nella clandestinità, per i quali sono passati una grande parte degli immigrati residenti oggi in Italia. Accanto alle forme più comuni di somatizzazione segnalate, riportiamo i casi di sterilità in coppie fertili prima dell'emigrazione, che sono un motivo particolare di angoscia secondo alcune intervistati.

Lo stress è legato anche alla solitudine, alla mancanza di reti di relazioni famigliari, condizione che nelle donne è all'origine di un significativo numero di interventi di interruzione di gravidanza, dietro i quali affiorano spesso storie dolorose di abusi e sopraffazioni. I servizi appaiono al momento non attrezzati a fornire risposte adeguate a questi tipi di bisogno.

Per finire, alla domanda posta agli intervistati su cosa dovrebbe fare il SSN per migliorare il rapporto con l'utenza immigrata, la richiesta di minima, posta da tutti, è quella di garantire un servizio di interpretariato linguistico. Si punta ancora sull'attività di orientamento e si chiedono servizi centralizzati plurilingui accanto a una semplificazione dell'iter burocratico.

Accanto a ciò si sollecita il pronto superamento delle barriere corporative e l'apertura del sistema ai professionisti stranieri: medici, infermieri, ostetriche (nel caso delle donne musulmane), mediatori linguistici-culturali. Riguardo a quest'ultima figura è diffusa la paura di un ritorno indietro rispetto ai piccoli passi finora realizzati: molti dei progetti con i quali venivano assunti non sono più finanziati; parallelamente si moltiplicano i Master universitari e si teme una prossima chiusura corporativa della professione a favore degli italiani.

Gli intervistati insistono sulla problematicità del rapporto medico-paziente. Ci si attende un'altra sensibilità, una predisposizione all'accoglienza, una maggior attenzione verso la complessità umana della persona che si ha di fronte.

Un tema fondamentale individuato dagli intervistati, sul quale appare esservi ancora un forte ritardo negli interventi, è quello della formazione all'accoglienza dei medici italiani ed in particolare dei medici di base. E' stato evidenziato che questi ultimi spesso non conoscono neanche la normativa sugli irregolari: sono frequenti gli episodi nei quali medici curanti sensibili visitano familiari ed amici irregolari dei loro iscritti, utilizzando il loro tesserino, senza sapere le possibilità che offre la legge.

E' quindi evidente che la riqualificazione del medico di base, in quanto una delle interfacce principali del sistema sanitario ed in quanto regista di un percorso terapeutico che coinvolge sempre più figure professionali e servizi, avrebbe una ricaduta importantissima sull'intero sistema.

Politiche sanitarie per la protezione degli immigrati e rifugiati

Rodica Iulia Bolea

Diploma di Master in "Immigrazione e rifugiati. Formazione, comunicazione e integrazione sociale"

> *" L'Europa avrebbe potuto sviluppare la sua ricchezza, così come è avvenuto, senza la riserva di manodopera costituita dai contadini prima e, successivamente, dalle colonie e dai paesi sottosviluppati? Gli Stati Uniti avrebbero potuto realizzare una così grande accumulazione di capitale senza la manodopera nera, portoricana, messicana e haitiana?"*
>
> André Jacques[1] (1988)

L'Italia ha cominciato a prendere coscienza della centralità del fenomeno immigratorio solo di recente, malgrado esso si avvii ormai a compiere trent'anni.

La tardiva consapevolezza, la sottovalutazione o addirittura la rimozione del fenomeno, dai più reputato come effimero e passeggero, hanno impedito per lungo tempo che l'immigrazione fosse presa sul serio e hanno concorso alla debolezza delle politiche sociali per la tutela e l'allargamento dei diritti dei migranti, dei profughi e delle minoranze. Nel libro *Estranei e nemici* Annamaria Rivera scrive "(…) Questo atteggiamento ha a lungo connotato tanto le istituzioni quanto la società e l'opinione pubblica maggioritaria. Per lungo tempo, malgrado un pluralismo culturale e religioso di fatti, la società italiana si è rappresentata e atteggiata secondo un modello biancocentrico, che definisce e privilegia un tipo 'medio' di italiano"[2].

E' opportuno considerare inoltre "(…) che l'Italia entra nel novero dei paesi di immigrazione proprio nel momento in cui in tutta Europa si mettono in atto politiche di chiusura o di drastica limitazione degli ingressi"[3].

La qual cosa, se da una parte incrementa il flusso verso l'Italia, essendo sempre più difficile raggiungere i paesi di antica immigrazione, dall'altra parte contribuisce a conferire alle politiche dell'immigrazione, e di conseguenza alla percezione collettiva, un'impronta repressiva se non xenofobica. Va ricordato che nel 1992 entra in vigore il Trattato di Maastricht che, inaugurando la cosiddetta cittadinanza europea, concorrerà decisamente ad istituire una distinzione ed una separazione fra cittadini comunitari e non. Interessante per capire il fenomeno sono i risultati di una ricerca dell'Eurisko pubblicata nel 1990: "(…) nell'autunno del 1989 la maggioranza degli italiani mostrava di non avere alcuna consapevolezza critica circa la presenza degli immigrati nella società..."[4].

---

[1] A. Jacques (1988: 128).
[2] A. Rivera (2003: 41).
[3] M.I. Macioti, E. Pugliese (2003: 76).
[4] L.Balbo (1990: 33).

Peraltro in Italia già dagli anni sessanta sono presenti i primi gruppi di lavoratori provenienti da paesi non occidentali - dapprima africani (tunisini, marocchini) e poi asiatici. Il 1989 è un anno cruciale non solo per gli equilibri geopolitici, ma anche per le conseguenze rilevanti sul fenomeno migratorio (guerra in Jugoslavia, le ondate di immigrati dall'Albania, dalla Romania e dai paesi dell'ex-Jugoslavia). "Italia, un paese di immigrazione in un mondo di migranti": con questo slogan il "Dossier Statistico Immigrazione 2003" si propone di favorire la riflessione sul carattere stabile assunto dall'immigrazione in Italia.

La scaletta del video realizzato da Rai News 24 per la presentazione del Dossier Caritas 2003, dimostra che le migrazioni sono ormai una caratteristica strutturale del mondo di oggi:

- "(…) I migranti nel mondo sono 175 milioni. Più della metà si trova nei paesi poveri, mentre 76 milioni soggiornano nei paesi ricchi e rappresentano il 10% della popolazione.
- Dai paesi di provenienza degli immigrati si ricava la geografia del sottosviluppo nel mondo. L'Unione Europea, con 25.346 dollari di reddito pro capite, ha una ricchezza 6 volte superiore al reddito dei paesi in via di sviluppo, 7 volte superiore al reddito del nord Africa, 11 volte a quello del Subcontinente Indiano e 30 volte a quello dell'Africa Centro Orientale.
- In questa fase è forte l'emigrazione anche dai paesi dell'Est Europeo. In questi paesi il reddito è 3 volte più basso rispetto a quello dell'Unione e si sente la necessità di sistemare un gran numero di lavoratori (…).
- Dai paesi dell'Est provengono anche i nomadi (7 milioni in Europa e circa 100.000 in Italia) (…).
- L'Italia è ormai un grande paese di immigrazione, il terzo in Europa insieme alla Gran Bretagna, subito dopo la Germania e la Francia. A livello comunitario l'incidenza degli immigrati sulla popolazione è del 5.2% (...)[5].
- Un decimo circa dei migranti è costituito da rifugiati (15 milioni), la categoria più bisognosa e maggiormente protetta dalla legislazione internazionale perché sfuggita a causa di persecuzioni di natura politica, culturale, religiosa.
- In Italia si trovano circa due milioni e mezzo di immigrati, con una incidenza del 4% sulla popolazione (1ogni 25 residenti).

---

[5] Cfr. Caritas (2003: 31-2). "I paesi che hanno un maggior numero di immigrati sono sparsi in vari continenti e sono capeggiati dagli USA (35 milioni) e dalla Russia (13,3) milioni: negli USA non è solo alto il numero assoluto ma rilevante anche l'incidenza sui residenti (12,4%). Gli altri paesi, che rientrano nella lista dei primi 15 per consistenza delle presenze, sono cosi raggruppati per continenti:

- Europa: Germania (7,3 milioni), Ucraina (6,9 milioni), Francia (6,3 milioni), Regno Unito (4 milioni);
- Asia: India (6,3 milioni), Arabia Saudita (5,3milioni), Pakistan (4,2milioni), Kazakistan (3milioni), Iran (2,3milioni), Israele (2,3milioni);
- Africa: Costa d'Avorio (2,3 milioni);
- America: Canada (5,8milioni);
- Oceania: Australia (4,7 milioni)" (ibid.).

- E' notevole in Italia il ritmo di aumento della popolazione immigrata, con il raddoppiamento ogni 10 anni, e questo a causa dell'andamento demografico negativo e del fabbisogno di forza lavoro aggiuntiva. Da qui a metà secolo la popolazione italiana diminuirà di 5 (ISTAT) o di 10 milioni (ONU).
- (…) Si stima che gli iscritti a scuola siano attualmente poco meno di 300.000, per i due terzi concentrati nel Nord Italia. La loro incidenza sulla popolazione scolastica è ancora al di sotto del 3%. 4 scolari su 10 frequentano le elementari e solo uno le scuole superiori[6].
- Attualmente (…) solo 150.000 hanno ottenuto la carta di soggiorno, con diritto quindi a un soggiorno stabile e in prospettiva anche al voto, così come è stato già realizzato in altri 8 stati membri.
- La concessione della cittadinanza italiana prevede anche 10 anni di previa residenza; sono pochi i casi registrati annualmente (10.000) a causa dei requisiti onerosi e delle procedure burocratiche complesse (...).
- Gli immigrati presenti in Italia vengono da tutte le parti del mondo e ciò fa del Paese un crocevia di nazioni (189) e di continenti. I primi gruppi nazionali sono Marocco, Albania, Romania e Cina. L'Italia è anche un crocevia di continenti, con prominenza dell'Europa (42,5%), a cui seguono l'Africa (25%), l'Asia (18%) e l'America (12%) (…).
- Tra gli immigrati si riscontra anche una grande varietà di religioni. Prevalgono i cristiani (46%), ma è anche notevole la presenza dei musulmani (37%) e significativa la presenza di induisti e buddisti (5%)"[7].

Col tempo l'azione a favore della integrazione sociale degli immigrati ha saputo organizzarsi in proposta politica tanto da essere prevista nella legge n. 40/1998 "Turco-Napolitano".

La legge n.189/2002 Bossi-Fini non ha modificato gli articoli riguardanti il diritto all'assistenza sanitaria per gli immigrati regolari e per quelli in condizione di irregolarità giuridica.

Rimangono valide le norme sancite dagli articoli 34 e 35 della legge Turco Napolitano, dagli articoli 42 e 43 del suo Regolamento d'attuazione e le indicazioni date dalla circolare n.5 emanata dal Ministero della Sanità nel marzo 2000. Oggi in Italia, almeno teoricamente, è garantita l'accessibilità alle cure, seppur in forma diversificata:

- per i regolari è prevista l'equiparazione ai cittadini italiani;
- per i clandestini (per la sanità gli STP – Stranieri Temporaneamente Presenti)

---

[6] Cfr. Caritas (2003:163). "(…) Negli ultimi 5 anni scolastici gli alunni stranieri sono addirittura più che triplicati (nell'a.s. 1996-1997 erano infatti solo 57.600, cioè lo 0,7% di tutti iscritti alle scuole nazionali, per cui (…) in meno di 20 anni la loro presenza numerica è aumentata praticamente di 30 volte (…)" (ibid.).

[7] Cfr. Caritas (2003) e la Scaletta del video realizzato da Rai News 24 per la presentazione del *Dossier Statisco – Immigrazione 2003* della Caritas.

sono assicurate le cure urgenti, essenziali e continuative, con particolare riferimento alla medicina preventiva, alla tutela della maternità e dei minori.

Il Decreto del Presidente della Repubblica del 23 Maggio 2003 con l'approvazione del Piano sanitario Nazionale 2003-2005, è il documento programmatico di maggior importanza della sanità italiana. Pur trattando il tema in modo esaustivo ed enfatizzando in particolare il peso delle malattie infettive, è comunque significativo che uno spazio venga dedicato alla salute degli immigrati nella sessione "la salute è il sociale" (il precedente Piano 1998-2000 includeva per la prima volta il tema in "tutela dei soggetti deboli").

Sottolineando la necessità di assicurare l'accesso della popolazione immigrata (regolare e non) al S.S.N., il Piano indica la necessità, fra l'altro, sia di "interventi di tipo informativo" dell'utenza immigrata sull'offerta dei servizi da parte delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), che l'individuazione all'interno di ciascuna ASL di unità di personale esperto e particolarmente idoneo per questo tipo di rapporti. Le azioni prioritarie riguardano i seguenti aspetti:

- migliorare l'assistenza alle donne straniere in stato di gravidanza;
- ridurre l'incidenza delle malattie sessualmente trasmesse, della tubercolosi tramite interventi di prevenzione mirata a questa fascia;
- raggiungere una copertura vaccinale della popolazione infantile immigrata pari a quella ottenuta per la popolazione italiana;
- ridurre gli infortuni sul lavoro tra i lavoratori immigrati, tramite gli interventi previsti a tal fine per i lavoratori italiani.

Attualmente, la medicina delle migrazioni si trova di fronte a scenari che richiedono nuove risposte: dalla fase dell'emergenza si è passati alla promozione del diritto e quindi al suo riconoscimento.

Il degrado più o meno rapido del patrimonio di salute del migrante nel paese ospite pone seri problemi sia alla persona che si ammala, che viene a perdere un'importante risorsa da investire per la realizzazione del progetto migratorio, sia alla collettività, che è costretta sostenere i costi sociali ed economici che questo comporta.

La percezione delle condizioni di vita, che un singolo immigrato si trova a esperire in un paese ospite, non solo è influenzata da un diverso quadro di riferimento culturale, ma da una sorta di distacco affettivo o di giudizio. Nel singolo percorso immigratorio è distinguibile una fase razionale, di esame dell'effettiva realtà, ed una fase immaginaria e irrazionale, opaca al soggetto, che non la riconosce.

Misure di accoglienza, politiche sociali e sanitarie devono integrarsi ed interagire perché la fragilità sociale è il fattore di rischio maggiore per la salute della popolazione immigrata ed il progressivo inserimento ed inclusione nel tessuto sociale, economico e culturale, è la migliore forma di prevenzione. L'inserimento lavorativo non è sufficiente per poter parlare di integrazione,

perché l'immigrato, oltre ad essere un individuo escluso dalle occupazioni socialmente centrali della società, è anche estraneo alla cultura della società ospitante.

C'è in molti immigrati la volontà di salvaguardare il proprio passato, ovvero la cultura di origine, l'identità, il contesto sociale al quale sentono di appartenere e che permette di allontanarli da una realtà che del resto li esclude e con la quale i rapporti sono spesso limitati. Infatti, per molti immigrati l'attività lavorativa costituisce l'unico momento di contatto con il mondo circostante. Il conferimento della pienezza dei diritti sociali, civili e politici ai non–nazionali sarebbe non solo doveroso, in base al principio universale dei diritti spettanti ad ogni persona, ma costituirebbe un argine contro i problemi supplementari al doloroso processo di adattamento.

Il senso di appartenenza, l'identificazione con una origine nascono insieme a noi, alle prime parole sentite, capite. L'esperienza vissuta nella prima infanzia è incisa profondamente in ognuno di noi, condiziona il modo di percepire; da qui nasce una nostalgia che somiglia ad un segreto. Le nuove radici messe in terra di emigrazione sono deboli, tanto più se la terra di accoglienza non è "preparata" per l'accoglienza degli immigrati: la terra sembra impoverirsi, alle volte divenire sterile.. Travolti da mutamenti radicali che hanno intaccato ciò che era un tempo la loro vita, gli immigrati come "libera scelta" combattono con le necessità di sopravivenza immediata sognando Il Grande Ritorno.

Tra le problematiche relative all'inserimento, un posto centrale assume l'insegnamento della lingua per sfuggire all'isolamento. La condizione di immigrato (come più volte indicato dalla letteratura sociologica e da indagini in proposito), coincide con la condizione di "uomo marginale", il fatto essendo in totale conflitto con l'immagine che egli stesso ha di sé: la sua identità sembra scomporsi. Il migrante, all'arrivo nella condizione di "invisibilità" (clandestinità) imposta dalle leggi in vigore, è la figura più lacerata dell'identità offesa e più assurda dell'alterità negata dei nostri tempi. Il migrante, infine, rappresenta l'avventuriero pacifico del sistema-mondo, a volte un Eroe che è stato mandato dai suoi famigliari per la "salvezza" di loro tutti: hanno investito in lui "il loro capitale" e il successo o l'insuccesso del progetto migratorio mette in pericolo un'intera famiglia (nel caso dei senegalesi e maghrebini la famiglia allargata può essere composta di 100-120 persone). È la famiglia il soggetto del processo migratorio: la centralità che si carica di simbologie come segni sia di riconoscimento, sia di differenziazione dalle altre identità.

Il migrante può narrare il caso umano del mondo contemporaneo con una lingua che può aspirare ad essere universale. Con l'esperienza dell'immigrazione il migrante compie l'atto supremo della dignità umana che si spoglia della maschera di nazione, per poter costruire una possibilità panumana, e quindi veramente essenziale.

Riferimenti Bibliografici

L. Balbo (1990), "Vocabolario", in L. Balbo e G. Manconi, *I razzismi possibili*, Milano, Feltrinelli.

Caritas (2003), *Dossier Statistico – Immigrazione*, Roma, Anterem.

A. Jacques (1988), *I senza patria: Sradicati, Rifugiati Emigrati*, Roma, Editori Riuniti.

M.I. Macioti, E. Pugliese (2003), *L'esperienza migratoria. Immigrati e rifugiati in Italia*, Roma-Bari, Laterza.

A. Rivera (2003), *Estranei e nemici. Discriminazione e violenza razzista in Italia*, Roma, Derive Approdi.

L'esperienza della mediazione socio-sanitaria presso l'Istituto S. Gallicano

Sandrine Sieyadji, Felicia Cheles
Mediatrici linguistico-culturali - Istituto Scientifico S. Gallicano (IRCCS), Roma

Il servizio di Mediazione Interculturale dell'Istituto San Gallicano nasce nel 1997 all'interno della Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale.

Sin dall'inizio l'obiettivo principale dei mediatori è stato quello di aiutare le persone straniere a non sentirsi estranee nello spazio dove sperano di ottenere le cure mediche e di offrire sostegno morale, mettendosi a disposizione dei cittadini stranieri e degli operatori socio-sanitari, là dove l'assenza di condivisione di una lingua comune metterebbe in pericolo la garanzia di uno scambio bilaterale efficiente.

Nel corso degli anni gli interventi di mediazione hanno mirato a:

- migliorare la comunicazione tra persone straniere ed operatori socio-sanitari;
- informare gli operatori sulle caratteristiche culturali delle persone che curavano, e sui modi di espressione relativi alla salute, alla malattia e al dolore;
- informare gli immigrati su: i servizi socio-sanitari, la legislazione in materia di sanità e immigrazione, i propri diritti.

Nel luglio 2002 è stato aperto lo Sportello di Informazione e Orientamento Socio-Sanitario, rivolto ai cittadini italiani e stranieri ed agli operatori dei servizi, che si propone di offrire informazioni ed orientamento alle persone in situazione di disagio sociale e non solo, sulle questioni riguardanti il soggiorno in Italia (l'ingresso sul territorio nazionale, il permesso di soggiorno, la carta di soggiorno, la cittadinanza, l'asilo politico), la formazione, l'accesso ai servizi (sociali, assistenziali, sanitari, alloggiativi, educativi, legali, legislativi e culturali), il lavoro.

I mediatori allo sportello lavorano essenzialmente in rete con gli operatori dei servizi presenti sul territorio, e molti interventi consistono nell'accogliere le richieste delle persone per poi indirizzarle al professionista di competenza, ossia nel fare da ponte tra le richieste e le risposte, in un contesto multiculturale.

La struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'Istituto San Gallicano di Roma offre

prestazioni ambulatoriali di vario genere a beneficio di cittadini stranieri ed italiani; un'attenzione particolare è riservata agli indigenti (pensionati, invalidi, persone senza tetto e senza reddito) ed alle persone che vivono in gravi condizioni di esclusione (stranieri irregolari, nomadi, prostitute e transessuali, profughi, detenuti, vittime di tortura….)

L'accoglienza è effettuata dal personale amministrativo affiancato dai mediatori culturali. La percezione dei concetti di malattia, di igiene, di dolore, varia da un luogo geografico ad un altro, e subisce l'influenza culturale di quei luoghi. Il mediatore culturale che opera in ambito sanitario e non solo, ha il ruolo di chiarire questi aspetti e di favorire la comunicazione, non solo linguistica.

Siamo 27 mediatori linguistico-culturali che collaboriamo con il servizio di Medicina Preventiva delle Migrazioni. Proveniamo dalle stesse aree geografiche dei pazienti, e se questi ultimi non parlano l'italiano comunichiamo con loro nella lingua madre; dove questo non è possibile, attraverso lingue veicolari.

La collaborazione si è rilevata indispensabile:

- presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico;
- nell'ambulatorio;
- presso lo sportello socio- sanitario;
- presso gli sportelli dell'Ufficio Territoriale del Governo
- nel quadro della ricerca scientifica.

Presso l'URP il mediatore opera sia allo sportello delle informazioni, che allo sportello delle prenotazioni delle diverse prestazioni ambulatoriali.

Inizialmente, nei primi anni di attività, è stata una specie di provocazione mettere lo straniero dalla parte di chi dà il servizio all'utente, straniero e anche italiano, per cambiare quella che era l'immagine stereotipata dello straniero, che è in grado soltanto di chiedere e ricevere. Dopo le difficoltà iniziali, i rapporti sono andati migliorando finché il paziente è arrivato a fidarsi, al punto che tornando chiedeva direttamente di "quei mediatori stranieri".

Due aspetti interessanti sono emersi da questa esperienza:

- l'inversione dei ruoli come motore di un cambiamento di mentalità. Mettere il mediatore in grado di poter offrire e dare informazioni, e soprattutto servizi, può dimostrarsi un contributo utile alla costruzione di una mentalità più aperta. E' un chiaro segnale che l'integrazione multiculturale è una necessità della futura società interculturale.
- La presenza dei mediatori porta un cambiamento nella relazione tra utente e istituzione. Tramite il mediatore la relazione struttura-operatore / utente diventa più personale e diretta, perchè l'accento è posto sulla diversità e l'individualità delle persone.

Il primo colloquio viene fatto alle persone in situazione di disagio che si rivolgono alla struttura per la prima volta. Si tratta per lo più di persone senza fissa dimora, senza documenti o prive di qualsiasi assistenza sanitaria.

L'obiettivo del colloquio è di capire perché la persona si è rivolta alla struttura, capire come è strutturata la sua rete primaria, informarla sull'iter da seguire e orientarla verso vari servizi.

Sono circa 6000 le persone che sopravvivano per le strade di Roma, oltre la metà delle quali è immigrata (64,9% secondo i dati del Comune di Roma). La presenza dei cittadini stranieri fra i senza tetto merita una riflessione particolare. Si tratta generalmente di giovani da poco tempo in Italia, alla ricerca di un lavoro, e che nella prima fase d'inserimento si trovano privi di alloggio per vari motivi: carenza di posti nelle strutture di accoglienza, difficoltà di trovare un posto in affitto, scarsità della rete relazionale e dei rapporti famigliari e sociali.

Inoltre più della metà degli stranieri che vivono per la strada sono richiedenti asilo.

L'osservatorio dell'Istituto San Gallicano che negli ultimi 4 anni ha seguito circa 3500 persone senza fissa dimora, di cui 69% immigrati, segnala che l'ingresso nella condizione di senza fissa dimora è collegato, per la maggioranza degli stranieri, alla difficoltà iniziale di inserimento. Inoltre si nota fra le persone italiane un'alta percentuale di italiani immigrati all'estero o figli di emigrati, che sono ritornati e che non sono riusciti a reinserirsi nella società.

L'intervento del mediatore di solito parte dal colloquio di accoglienza e di ascolto, prosegue poi con l'iter previsto per le persone in situazione di disagio (accompagnamento-supporto in caso di necessità, lavoro di rete con i servizi attivati dal Comune di Roma a favore alle persone senza fissa dimora), informazioni e orientamento alle opportunità offerte sul territorio, alle leggi...

L'attività dello Sportello d'Informazione e Orientamento Socio-Sanitario dell'Istituto San Gallicano non è solo rivolta a favore di persone con difficoltà linguistiche e culturali, ma anche, in gran parte, a favore di persone residenti da anni in Italia, che si considerano abbastanza ben inserite nel tessuto sociale e che però incontrano delle difficoltà nell'accedere alle informazioni e nell'esercitare i propri diritti.

I principali paesi di provenienza dei beneficiari delle prestazioni sono, nell'ordine, i seguenti:

1-Romania;	8-Marocco;	15-Libia;
2-Ecuador;	9-Libia;	16-Bangladesh;
3-Ucraina;	10-Sry Lanka;	17-Nigeria;
4-Polonia;	11-Moldavia;	18-Afghanistan;
5-Itialia;	12-Russia;	19-Pakistan;
6-Perù;	13-Kurdistan;	20-Algeria;
7-Egitto;	14-Marocco;	21-Tunisia.

Gli interventi effettuati dal servizio di mediazione linguistico-culturale in ambulatorio comprendono:

- accoglienza e ascolto;
- colloquio di sostegno e di integrazione sociale;
- procedure iscrizione al SSN;
- rilascio tesserino STP;
- rinnovo tesserino STP;
- interpretariato linguistico;
- mediazione culturale;
- informazione e orientamento ai servizi socio-sanitari;
- accompagnamento-supporto in altre strutture;
- invio allo sportello;
- lavoro di rete con altri operatori e strutture.

Gli interventi effettuati dal servizio di mediazione linguistico-culturale presso lo sportello socio-sanitario comprendono:

- informazioni e orientamento al SSN;
- invio ai servizi socio- sanitari;
- consulenze generiche;
- consulenza legale;
- orientamento e promozione socio-lavorativa;
- ricerca della sistemazione abitativa;
- colloquio di sostegno e di integrazione sociale;
- informazioni sui contributi economici;
- informazioni sulle associazioni per stranieri;
- orientamento rispetto alle pratiche burocratiche;
- informazioni sulla legislazione sull'immigrazione;
- informazioni sulle scuole e corsi di formazione professionale;
- lavoro di rete con operatori e altre strutture;
- interventi di accompagnamento-supporto.

Infine da Maggio 2003 la Prefettura di Roma ha attivato, presso l'Istituto San Gallicano, uno sportello informativo per tutte le persone che hanno presentato la domanda di regolarizzazione in seguito al Decreto Legge n.195/2002.

Dal Lunedì a Venerdì, i mediatori accolgono giornalmente da 150-170 persone, lavoratori e datori di lavoro o altri incaricati, ai quali danno informazioni sull'iter seguito dalle pratiche di sanatoria. Nella stessa occasione si cerca di orientare e informare i lavoratori stranieri sui loro diritti e doveri, sulla legislazione vigente sull'immigrazione così come su quella in materia di salute, di diritti sociali e assistenziali, educativi, lavorativi, alloggiativi e sulle pratiche amministrative.

Frammenti di un contesto migratorio nella narrazione di un mediatore interculturale

Mustapha Fennane
Mediatore linguistico-culturale - Istituto Scientifico San Gallicano (IRCCS)

La comunità marocchina scopre l'immigrazione attraverso il colonialismo

Fu negli anni '40 che il protettorato francese importò 15.000 lavoratori marocchini. Erano in maggioranza contadini, analfabeti e berberi strappati dalle loro montagne… Lì dove domina il vento, il fruscio degli uliveti e la fragranza delle rose. Terra segnata dalle rughe del tempo nei racconti delle nonne…Terra dove gli oggetti comunicano con i loro odori per dare un significato magico e misterioso a cose semplici come il fango, i sassi, la lana, la pioggia, il legno, la paglia, l'agnello, la capra, l'asinello, il dromedario, *hannà*[1], l'incenso e via dicendo… Le cose hanno un valore per quanto hanno un velo… Gli oggetti comunicano per quanto il loro silenzio tramonta attorno… le tribù e le famiglie si conoscono fra loro, legati da una storia secolare tramandata con amore e orgoglio…

E fu negli anni '50 che il Protettorato francese sradicò altri 15000 lavoratori, dalla terra del sole sino alla terra della nebbia e del ghiaccio, per ghettizzarli nelle periferie delle proprie metropoli, spesso con qualche vicino "Italico", o Spagnolo… Furono impiegati nel lavoro dei campi, delle miniere e dell' edilizia… Quest'ultimo era, a quel tempo, il lavoro dei marocchini e degli italiani.

Malgrado tutto non si può documentare una vera e propria migrazione marocchina verso la Francia sino agli anni '60 e '70. Due decenni che segnarono, testimoniarono la prima migrazione marocchina di massa. Una parte di questi migranti si dedicava al lavoro ambulante (i famosi "*vù comprà*" in Italia, chiamati in Spagna "*Mojamet barato*"), attività che molti di loro esercitavano già in Marocco nei *souk* (mercati settimanali nelle campagne marocchine); in maggioranza si trattava di contadini delle pianure del Marocco centrale.

---

[1] *Hannà* (arabo); *hennè* (francese), alberello delle Litracee, tipico delle regioni subtropicali. Le foglie secche trovano impiego, in polvere, nella tintura dei capelli, delle unghie e nei tatuaggi (le informazioni sono tratte da: *l'Enciclopedia*, La biblioteca di Repubblica, UTET, 2003, voce *Hennè*).

Altre spinte migratorie, che possiamo chiamare rispettivamente di terzo e di quarto grado, sono documentate durante i decenni '80 e '90. La caratteristica di questo fenomeno migratorio è di non essere più indirizzato unicamente verso la Francia, ma anche verso molte altre mete del mondo industrializzato come Belgio, Olanda, Inghilterra, Canada, Stati Uniti… inclusi i paesi dell'Opec come Arabia Saudita, Bahrain, Emirati Arabi Uniti ecc.; come ultime mete si sono scelte: Italia, Spagna, Grecia, Portogallo. In questi ultimi paesi la migrazione marocchina si è intensificata a causa di molti motivi, tra i quali:

1. l'inizio della crisi degli anni Ottanta a causa della guerra del Sahara, era già scoppiata verso la seconda metà degli anni '70;
2. l'aumento esorbitante del debito pubblico;
3. il susseguirsi degli anni di siccità;
4. l'approvazione e l'applicazione di norme a svantaggio dell'immigrazione in molti dei paesi ricchi, ecc.

L'Italia vista dai marocchini prima del fenomeno migratorio

Chi ha avuto la fortuna di andare a scuola in Marocco, o di avere il televisore in casa propria, poteva sapere dell'esistenza di una *terra urbanizzata* che si chiama: Italia. Terra di Dante, del Machiavelli, di Leonardo Da Vinci, di Galileo, di Cristoforo Colombo, personaggi tanto trattati nei programmi scolastici marocchini. Terra del Rinascimento, terra del Michelangelo, del Caravaggio, del Bernini, terra di Giuseppe Verdi, di Paganini, di Rossini, di Puccini…e tanti altri ancora…

Chi non ha avuto questo privilegio poteva tentare la fortuna di incontrare qualche sopravissuto di Monte Cassino durante la Grande Guerra. Ce ne sono tanti in Marocco. Nei loro racconti si ripetono parole come il "fuoco tedesco", *L'Marikàn* (gli americani), *Taaliyan* (gli Italiani), le avventure d'arma bianca. Operazioni suicide per la liberazione dell'Italia e la sconfitta del nazismo. Molti di loro sono senza pensione o sopravvivono con una gamba sola o con una mano sola. Soli nella loro povertà, soli nella malattia, soli nella solitudine.

I primi marocchini: come sono arrivati in Italia?

Personalmente sono arrivato in Italia nel Giugno del 1994, dopo un lungo travagliato viaggio, ma poi, percorrendo l'Italia, le sue città, le sue campagne, mi capitò di fermarmi a Torino per un breve periodo. Lì avevo affittato un posto letto in un luogo dove la comunità marocchina è molto numerosa.

Mi capitò di scambiare due parole con degli anziani marocchini che vivevano in Italia da quasi trenta anni. Chiesi loro come erano arrivati fino a qui, come avevano scoperto questa terra, visto che erano stati tra i primi ad arrivare… E lì

uno di loro mi rispose, con il suo accento paesano, con una voce che mi era molto familiare:

> « In principio, eravamo immigrati in Francia, e tutte le estati scendevamo dalle regioni di Alsace, Aquitane, di Bretagne e di Bourgogne… per vendere tappeti e merci varie sulle spiagge marsigliesi… Fu così che… camminando… camminando… sul lungo mare della fatica e della fortuna, vendendo, camminando, vendendo… improvvisamente notammo che la lingua era cambiata. Non capivamo nulla di quello che la gente diceva, però le persone compravano ugualmente. Ci siamo domandati: "Dove siamo?" E faticammo a capire che eravamo in Italia… Per noi era la scoperta di un nuovo mercato, facendo un mestiere che avevamo sempre fatto. Da quel giorno, iniziammo a venire direttamente in Italia e con noi portavamo altra gente e quella gente portava altra gente, ed eccoci qui…! Oggi, ci chiamano "venditori abusivi"....».

Il mio percorso in due righe

Anche io ho contemplato le stelle! In notti di solitudine e di oblio, in case immaginarie senza forma e senza tempo. In notti umide contavo i minuti, le gocce di rugiada, aspettando il primo raggio di sole del giorno, come Biancaneve attende il bacio del suo principe.

Ero lì, buttato da una parte, che guardavo senza nemmeno più chiedere aiuto… In un dolore profondo, antico… Incarnavo lo sfinimento di un essere umano sconfitto, straziato, senza più luce negli occhi… Sembrava così lontano, quasi impossibile, il mio sogno di fare parte del regno della normalità.

I giorni, i mesi, gli anni... la ruota del tempo correva così veloce… Avevo quasi dimenticato il sapore di un pasto caldo… Avevo dimenticato come si riposa in un letto morbido tra bianche lenzuola profumate… Me lo ricordavano le sale d'intervento degli ospedali… La vita mi aveva convinto di essere un uomo di bronzo… Avevo smesso di cercare l'alchimia che mi avrebbe reso d'oro.

Lì, sul marciapiede della città e del tempo, ho molto letto e ho molto scritto… E ho conquistato il mio primo posto sotto un tetto… E mi sono permesso la scuola e altro… Lì, sull'angolo della mia fine mi sono ricordato di esistere, di essere… Lì, dove mi sono autoflagellato, autodistrutto, autocensurato… Tutto d'un tratto sono rinato.

Il mio incontro con la mediazione

Fu qualche anno fa, mentre cercavo di capire che cosa avrei voluto fare nella vita, che risultò dai test psicologici e dai colloqui di orientamento, che ero portato per la mediazione. Apparve nel frattempo l'occasione di un corso IFTS

(Istruzione e Formazione Tecnica Superiore) per mediatori interculturali. Mi presentai e vinsi il concorso… Fu un'esperienza lunga e intensa… fino al momento in cui dovevo scegliere il luogo dello stage… Scelsi l'Istituto San Gallicano… E venni accettato…

Le basi della mia scelta: l'Istituto San Gallicano

a. La lunga esperienza di quest'Istituto in materia d'immigrazione. Non va dimenticato che il San Gallicano quando è stato costruito, 300 anni fa, si occupava di gente straniera (pellegrini e visitatori di Roma)… fino a quando non si sono moltiplicati i flussi migratori, per essere un'altra volta in prima linea, pronto ad accogliere immigrati e senza fissa dimora…
b. Il prestigio di cui è dotato. Il San Gallicano è dotato, infatti, di staff di medici ricercatori, psichiatri e psicologi, è meta di gruppi di ricerca antropologica, sociologica, ecc. Punto di formazione e di smistamento di mediatori interculturali che oggi operano in vari luoghi della penisola.
c. Il tema dell'immigrazione viene concepito in tutti i suoi aspetti (salute, cultura, scuola, casa, lavoro, ecc.).
d. La convinzione che in quest'Istituto avrei, in un primo momento, approfondito il tema immigrazione che mi stava molto a cuore e, in secondo luogo, avrei compreso anche la mia propria storia e il mio proprio vissuto.

Fasi del percorso d'inserimento lavorativo presso l'Istituto San Gallicano: lo *stage*, la fase di volontariato e la fase di collaborazione

Durante la prima fase svolsi lo *stage* che durò quattro mesi. Poi continuai come volontario fino a che non mi inserii come collaboratore, presso gli sportelli socio-sanitari e quelli dell'UTG (Uffici Territoriali del Governo)… Oltre a questo partecipai alle ricerche che ivi si svolsero…

Il mio lavoro consiste nell'identificare i problemi dell'immigrato che si rivolge allo sportello, attraverso un breve colloquio e compilando una scheda che verrà poi inserita in una banca dati ai fini dell'elaborazione statistica e della ricerca. Una volta emersi i problemi dell'utente, procedo fornendogli la modulistica e le informazioni necessarie riguardo la sua pratica di regolarizzazione, di rapporto di lavoro, di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale o ai corsi di formazione o al riconoscimento dei titoli di studio… Spesso l'immigrato si rivolge allo sportello con lo specifico bisogno di accedere ai terminali, per conoscere la situazione relativa all'andamento della sua pratica, ma attraverso il colloquio emergono altre esigenze che non sono meno importanti.

L'Istituto San Gallicano: un modello di mediazione

Parlando di mediazione interculturale ci riferiamo ad una figura professionale nuova per l'Italia, che in un certo modo è destinata ad emanciparsi viste le energie investite dalla maggior parte delle istituzioni e dalle parti sociali per definirla ed accompagnarla nella sua esistenza.

Il mediatore interculturale è dunque un esperto di strategie di comunicazione. Può operare secondo i suoi talenti, la sua preparazione, e le sue capacità umane ed intellettuali. Conosce le nuove tecnologie ed è in grado di diagnosticare la realtà e preparare possibili strategie d'intervento.

Il mediatore interculturale può essere inserito in un'azienda con tanti lavoratori stranieri o nelle banche per sensibilizzare il risparmiatore straniero, o per agevolare l'incontro tra due o più aziende appartenenti a paesi di culture diverse e facilitare la contrattazione attraverso la buona comunicazione. Il tema è gia uno degli interessi in molti dei grandi investimenti e di dibattiti nell'ambito del *marketing* e del *management*.

Al San Gallicano la mediazione interculturale assume un carattere particolare, che è quello di mediare tra l'individuo e la realtà. Intendo una mediazione da un lato tra disagiati, immigrati poveri, senza fissa dimora, donne e bambini con specifiche violenze e frustrazioni sociali, sanitari e culturali e dall'altro le istituzioni.

Il mediatore del San Gallicano (successi ed insuccessi)

Il fatto che si parli di mediazione interculturale è già un motivo di successo, al quale si aggiunge il fatto di esistere fisicamente e di operare nel campo con credibilità e impegno. La fede in quello che facciamo è nella sua utilità sociale. Ci rende una famiglia allargata in grado di accogliere ogni anno centinaia di migliaia di immigrati e non e soddisfare, addirittura, i loro bisogni primari. Ma tutto questo non vuol dire che la nostra situazione sia invidiabile: paghiamo ogni giorno il prezzo che non esista un albo professionale che renda tale figura un soggetto giuridico tutelato dalla legge, che permetterebbe il riconoscimento pubblico e sociale. Questo implicherebbe più conoscenza di questa figura. L'albo professionale getterebbe anche le basi per definire le funzioni del mediatore interculturale visto che attualmente rientra tra gli insuccessi il fatto di confondersi con altri ruoli, oltre alla mancanza di una vera e propria rete territoriale dei mediatori, che operi in maniera ordinata. Ci troviamo in situazioni di difficoltà economica, inoltre mancano anche fondi destinati a rendere la struttura idonea al tipo di lavoro che facciamo.

Riflessioni sul concetto della cura (intervento e prevenzione)

Per intervenire in campo sanitario in favore della popolazione immigrata bisogna cominciare a considerare la problematica in una ottica di diritto. Un diritto già sancito dalla costituzione italiana, visto che spesso il servizio di cura a favore dell'immigrato in Italia viene offerto come un atto di carità in cui l'utente si sente umiliato e poco rispettato. Oltre a questo bisogna rifondare una sanità basata sulla prevenzione.

Immaginiamo la maggioranza degli immigrati, che durante i loro primi anni in Italia trovano difficoltà di accesso ad una vita sociale equilibrata tale da farli approdare a luoghi degradati in cui finiscono per ammalarsi. Perciò il SSN (Servizio Sanitario Nazionale) dovrebbe preoccuparsi dell'immigrato senza una formazione scolastica, dell' immigrato che non ha casa, dell' immigrato che non ha un lavoro, dell' immigrato che sfugge alla solitudine nell' alcool perché non ci sono luoghi in cui aggregarsi, ecc.

Forse non sono solo problemi da immigrati, ma sono anche i problemi degli italiani, ma questo è un altro discorso.

Il concetto di cura è un concetto molto ampio. Richiede innanzi tutto un grande amore per "l'umano"; una conoscenza approfondita su "chi è l'individuo", e "qual è la sua costituzione". E' importante la sensibilità e il rispetto quando ci si relaziona. Solo così si possono gettare delle basi per intervenire in quell'equilibrio così fragile, ma anche unico e misterioso, della salute. Solo l'amore che riusciamo a sviluppare all'interno di noi può riuscire a toccare un'anima malata, entrare in punta di piedi, ammirarla come ammiriamo un tramonto o un bellissimo paesaggio, ma questo non significa aver capito tutto, anzi! Significa essere consapevoli di essere così piccoli di fronte al meraviglioso piccolo grande cosmo che è l'uomo.

Riflessione sull'esclusione (Razzismo - Classismo – Indifferenza)

Tengo a sottolineare qui l'invito alla riflessione sulla natura dei sentimenti prodotti dalla nostra società (o dalle nostre società). Sulla natura dell'esclusione. Perché l'*altro* non è qui con noi? E' questione di razzismo? Perché l'*altro* ha un colore di pelle diverso. E' una questione di classismo perché l'*altro* è povero? Che non ha vestiti puliti come i miei, non ha la macchina di lusso come la mia, non ha un villino carino come il mio e oltretutto ha sempre vissuto in borgata, è ignorante e non è andato a scuola come me o è figlio di contadini e non conosce le buone maniere. Sarà forse questione di indifferenza perché a me dell'*altro* non me ne frega niente.

In questura (Io e mia figlia)

Per chiudere il mio discorso e per non cadere nella polemica vi racconto un fatto curioso che mi è accaduto veramente… Per sdrammatizzare sul tema triste che sto trattando.

Io ho una bellissima figlia a cui sono ovviamente molto legato, spesso le racconto delle fiabe in italiano e anche in arabo. E' molto curiosa, vuole già capire tutto.

Un po' di giorni fa mi presentai al commissariato per il rinnovo del permesso di soggiorno portando con me anche mia figlia. Mi chiesero un sacco di documenti che diedi. Alla fine arrivò il momento in cui mi presero le impronte digitali… e, mentre l'ispettore mi riempiva la mano d'inchiostro, mia figlia mi teneva sotto tiro. Mi fissava con gli occhi e la testa fuori. Voleva capire che cosa mi stessero facendo.

Allora io la guardai e le sorrisi dicendo: "Eh figlia mia! Questa è gente creativa. Questi fanno *body art*!".

Testimonianza

Saliha Belloumi
Mediatrice linguistico-culturale - Istituto Scientifico San Gallicano (IRCCS)

Sono algerina, rifugiata in Italia da cinque anni, ed esercito la professione di mediatrice linguistico-culturale. Vorrei accennare innanzitutto alla mia drammatica esperienza di vita collettiva in un centro di accoglienza per molti mesi, aggravata dalla non conoscenza della lingua italiana e dalla mancanza di orientamento e di informazione. Tutti ostacoli che lo straniero incontra al suo arrivo, ma che per me sono diventati col tempo una grandissima risorsa, direi quasi un corso di formazione accelerata alla vita. Questo è stato il mio percorso per poter capire il malessere degli altri.

Dopo essermi diplomata al CIES[1], ho esercitato la professione di mediatrice lavorando soprattutto all'Istituto San Gallicano, una miniera di informazioni, di storie di vita, di ricchezza umana, di conoscenza del mondo, con tutti gli aspetti positivi e negativi.

Il primo compito del mediatore consiste nell'accogliere e nell'ascoltare le persone. Il mediatore, lui stesso un immigrato, riesce ad assistere un altro immigrato non solo linguisticamente ma anche condividendo il suo modo di pensare e la sua visione del mondo. Appena sono arrivata in Italia mi sono subito ammalata; sognavo di persone che potessero capire il linguaggio del malessere, della confusione, della perdita di identità, della nostalgia al di là delle parole. Solo chi ha vissuto questa esperienza può realmente comprenderla. La chiave della professione di mediatore consiste prima di tutto nel saper ascoltare, e poi nell'essere sempre informato e preparato ad accogliere ogni categoria di persone, dagli immigrati regolari o irregolari alle prostitute, ai *clochards*, ai tossicodipendenti, ai rifugiati politici: ognuno di loro porta con sé il suo malessere specifico.

Ma all'Istituto San Gallicano si dà ascolto anche agli italiani, quelli senza fissa dimora, o semplici anziani marginalizzati dalla loro stessa società. Come osserva anche il dott. Morrone, capita a queste persone di non parlare con nessu-

[1] "Centro Informazione e Educazione allo Sviluppo", Roma.

no per giorni e giorni; quando arrivano chiedono di essere ascoltati, ed è proprio quella la loro terapia. Per una straniera come me, questa è un'occasione per conoscere una parte nascosta della società italiana.

Concludo la mia testimonianza con una breve riflessione: ho avuto a che fare con una persona che si lamentava di essere considerata come extracomunitaria dopo aver vissuto in Italia 10 anni, mentre il fratello, che vive in Francia, dopo soli cinque anni di permanenza ha avuto la cittadinanza. Anche se cittadino francese, in quel paese l'immigrato non viene accettato e integrato, lo dico come algerina che conosce bene i francesi. In Francia l'integrazione si chiama assimilazione, mentre in Italia sei molto più libero e più rispettato nella tua identità culturale, anche se ci sono delle difficoltà. L'Italia ha conosciuto l'immigrazione da pochi anni ed è ancora in una fase di evoluzione. Personalmente preferisco l'Italia alla Francia, ci vivo da cinque anni e noto notevoli progressi nella mentalità della gente, anche se questo non corrisponde ad un miglioramento dal punto di vista legislativo.

La mediazione interculturale: un esempio

Patrizia Interlandi
Mediatrice interculturale -Istituto Scientifico S. Gallicano

A dispetto del pensiero comune che generalmente associa la povertà ai cosiddetti paesi in via di sviluppo, i dati della Commissione Europea attestano che "dalla fine degli anni '90, nei 18 paesi dell'Europa centrale ed orientale e nei nuovi stati indipendenti dell'ex Unione Sovietica, più di 165 milioni di persone vivono con meno di 4 dollari al giorno (…); nell'Unione Europea circa 60 milioni di persone, pari al 18% del totale, sono a rischio di povertà e di esclusione sociale"[1].

Questi dati fanno riflettere. Nella società moderna italiana i poveri sono costretti ad una certa dipendenza dall'assistenza sociale e, per loro, è anche maggiormente difficile l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale.

La povertà, oggi, non si esprime solo in termini di bisogno materiale, ma anche di scarse opportunità di istruzione, di esposizione a rischi ambientali e soprattutto di un precario stato di salute; anzi, essa è tra le prime cause della malattia. Infatti, impedendo di soddisfare quelli che sono i bisogni primari, come un adeguato nutrimento, l'accesso all'acqua potabile ed ai servizi sanitari, comporta l'esposizione a tassi più elevati di malattie infettive, come AIDS e tubercolosi, un'attesa di vita più breve, un'alta mortalità infantile, un maggiore uso di alcool e droghe, con conseguente incremento delle malattie non trasmissibili e mentali[2].

Malgrado il fatto che il problema della povertà e del suo impatto sulla salute stia diventando motivo di grande preoccupazione, in molti paesi europei i sistemi sanitari, che tentano di affrontare il connubio tra povertà e salute, non possiedono ancora risorse umane e finanziarie adeguate per interfacciarsi con una questione così complessa.

---

[1] CISP (2004).
[2] Ziglio E., Op. Cit.

L'Istituto San Gallicano

L'Istituto S. Gallicano, da sempre in prima linea nella battaglia contro le malattie legate alla povertà (fu fondato nel 1725 dal papa Benedetto XIII per accogliere e curare i malati ed i pellegrini che giungevano a Roma), nel corso della sua storia ha costantemente rivolto un'attenzione particolare ai malati più poveri ed emarginati.

L'Istituto ha conosciuto, nel tempo, un notevole sviluppo, sia rispetto alle prestazioni mediche, sia nel campo della riflessione scientifica e metodologica, della ricerca e della formazione e, già nel 1936, ha acquisito lo status giuridico di *Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico* (IRCCS). L'interesse alle tematiche dell'assistenza sociosanitaria alle fasce deboli, in particolare alla popolazione immigrata, e lo specifico impegno nella loro accoglienza e cura, si sviluppano a partire dagli anni '80, in stretto rapporto con il volontariato cattolico ed in particolare sotto lo stimolo dell'opera di Don Luigi Di Liegro. Determinante risulta l'interesse e l'operato del dott. Aldo Morrone, primario di dermatologia presso l'Istituto. Nel 1985 viene così ufficialmente istituito il *Servizio di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale* (nel 2000 trasformato in Struttura Complessa), la prima struttura pubblica di Roma che ha offerto prestazioni mediche gratuite ai bisognosi ed ha continuato a rappresentare per anni l'unico punto di riferimento per l'assistenza, la cura e la ricerca clinica, scientifica, sociale e antropologica per quanto riguarda immigrati, nomadi, tossicodipendenti, senza fissa dimora**,** con un'attenzione particolare anche agli immigrati cosiddetti "irregolari" o "clandestini", in quanto "*La Repubblica ritiene che la salute sia un diritto fondamentale dell'individuo e un interesse pubblico, e garantisce cure gratuite per i malati*", come sancito dall'Articolo 32 della Costituzione Italiana.

Dal 1996 la Struttura Complessa ha attivato un servizio di mediazione linguistico culturale, all'interno del quale un numero sempre crescente di mediatori provenienti da diverse aree geografiche, cura l'accoglienza degli immigrati, traduce, diffonde informazioni e soprattutto aiuta medico e paziente a capirsi, spiegando quali sono le particolari necessità culturali e religiose dei pazienti. Inoltre è stato attivato un Consultorio medico-antropologico, rivolto soprattutto all'analisi ed all'intervento sul disagio culturale come fattore di rischio per l'insorgenza di malattie, nel quale lavorano fianco a fianco medici, mediatori e antropologi. Nel 1998 la Struttura è stata riconosciuta quale "Centro di Riferimento e Consulenza della Regione Lazio e delle Aziende Sanitarie per quanto riguarda le iniziative di formazione e tirocinio degli operatori socio-sanitari sulle materie concernenti la salute degli immigrati".

Importanti iniziative della Struttura sono l' organizzazione e la realizzazione di un Workshop Internazionale dal titolo "Cultura, Salute, Migrazione", che si svolge annualmente a Roma presso il CNR, ed il "Corso Internazionale di Medicina Transculturale" che ha come obiettivo generale lo studio dei problemi

socio-culturali connessi con il fenomeno migratorio e dell'impatto che l'incontro tra differenti culture ha sulle condizioni della salute. Organizza inoltre corsi di formazione professionale per mediatori interculturali ed il relativo tirocinio presso il S. Gallicano, in collaborazione con il Ministero della Salute ed il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali[3].

La mediazione culturale in Italia

Il nostro paese rappresenta ormai un importante punto di attrazione migratoria da almeno una ventina di anni. E', dopo la Germania, la Francia e la Gran Bretagna, il quarto paese dell'Unione Europea che supera il milione di residenti stranieri, cui si aggiungono ormai annualmente più di 100 mila nuove presenze. I principali paesi di provenienza sono quelli dell'Est Europa (Romania, Albania, Ucraina, Polonia, Moldavia), seguiti da quelli dell'area magrebina (Marocco, Egitto) e dai paesi latino-americani (Ecuador, Perù)[4]. Nella sola città di Roma oltre la metà delle 6.000 persone che sopravvivono per le strade sono immigrati e, di questi, una buona percentuale è rappresentata dai richiedenti asilo politico. Questo fenomeno delle migrazioni ha trasformato e sta trasformando sempre più l'Italia, come è già avvenuto in altri paesi dell'Unione Europea, in una meta stabile di immigrazione, un paese multietnico, dove vivono fianco a fianco culture, lingue e religioni diverse. Specialmente gli immigrati che risiedono da più tempo in Italia, ed in particolare i loro figli, sono chiamati ad inserirsi in modo più approfondito nel nuovo contesto, senza rinunciare alla loro cultura di origine, contribuendo così ad un processo di cambiamento e di arricchimento della società, in cui sono coinvolti anche gli italiani. Conoscere queste realtà "altre" è certamente un buon inizio nella costruzione di una convivenza pacifica e per una buona gestione del fenomeno immigrazione.

In moltissimi casi la fuga dal proprio paese è dovuta alle guerre, a regimi dittatoriali, alla fame, le carestie, la mancanza di lavoro e di libertà. Anche se generalmente si tratta di persone giovani, sane, istruite, spesso l'ingresso nella condizione di "senza fissa dimora" rappresenta la prima tappa dolorosa del percorso di inserimento nella nuova società ed è collegato alle difficoltà iniziali nella ricerca di un lavoro, di un alloggio e ad una rete relazionale minima se non del tutto assente. Difficoltà che vengono aggravate da una scarsa conoscenza della lingua e delle norme e istituzioni del paese ospitante.

La mediazione linguistico-culturale, come immaginario ponte gettato a superamento delle barriere comunicative, nasce in Italia proprio per rispondere all'esigenza di aiutare i nuovi arrivati nel loro percorso di inserimento e si è

[3] Manfellotto D. (2004).
[4] Caritas (2003)

affermata in tempi relativamente recenti, sulla base di esperienze già iniziate negli altri paesi europei. Gli enti e le associazioni del terzo settore sono stati i protagonisti, sin dagli inizi degli anni Ottanta, nell'avvio e nello sviluppo dei servizi di mediazione culturale, poi seguiti dal tentativo delle istituzioni di definire un quadro comune ed un orizzonte entro cui collocare la figura del mediatore: la legge che per la prima volta prevede esplicitamente l'utilizzo dei mediatori è del 1998 (L. 40/98, divenuta poi "Testo Unico sulla disciplina dell'immigrazione"), recependo così una sperimentazione iniziata nel corso degli anni Novanta. La mediazione culturale, elemento costante delle politiche di integrazione, serve ad agevolare il processo di integrazione degli immigrati residenti in Italia e di mutamento della società italiana attraverso la conoscenza e lo scambio reciproci, cercando di assicurare uguali opportunità nel rispetto della diversità. Ultima, ma non meno importante, finalità è quella di prevenire comportamenti discriminatori e razzisti per consentire così una convivenza pacifica e democratica. Così intesa, la mediazione culturale non si occupa, o non si dovrebbe occupare, semplicemente di facilitare l'accesso del singolo immigrato ai servizi, bensì operando in ambito sociale, si fa carico di favorire una sorta di transazione culturale che vede impegnati italiani ed immigrati, promuovendo una reale prospettiva interculturale, considerata come un valore, un'occasione preziosa di confronto e di arricchimento per l'intera società.

Il mediatore culturale è un operatore, dotato di una specifica preparazione, che si inserisce nel territorio come figura "ponte" tra gli immigrati da una parte ed i servizi pubblici e la società dall'altra. Esso ha il compito di facilitare e promuovere la comunicazione e la comprensione, sia a livello linguistico che culturale, ponendosi in modo equidistante e neutrale tra le parti interessate. I suoi ambiti specifici di intervento sono quello sanitario (strutture ospedaliere, ASL, consultori), giuridico (Questura, carcere, tribunale), scolastico, lavorativo (uffici di collocamento), sociale (servizi sociali dei comuni e delle ASL). Ma il mediatore culturale è soprattutto, o dovrebbe essere, una figura chiave nel processo di integrazione degli stranieri, un nuovo strumento utile per costruire l'interazione indispensabile tra culture diverse. Egli, oltre ad avere una buona conoscenza della lingua italiana e di un'altra lingua veicolare tra quelle maggiormente diffuse nelle comunità straniere presenti in Italia, deve possedere una buona predisposizione alle relazioni umane, un'ottima conoscenza della legislazione italiana, del funzionamento delle strutture presenti sul territorio, delle tecniche di comunicazione e di gestione dei conflitti.

In realtà, da una recente indagine sulla mediazione culturale in Italia condotta dal CISP (Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli) e dall'UNIMED (Unione delle Università del Mediterraneo) per conto del Ministero del Welfare, emerge come questa non sembri ancora aver superato il carattere originario di servizio "emergenziale" o sperimentale.

Generalmente i servizi sono attivati attraverso convenzioni tra enti pubblici e soggetti del privato sociale, finanziati attraverso fondi pubblici, per lo più attra-

verso progetti o iniziative a termine, la cui durata oscilla tra gli 8 ed i 15 mesi. Gli ambiti principali di intervento riguardano in primo luogo i servizi sociali (l'area che va dalla prima accoglienza al sostegno agli stranieri nel disbrigo di pratiche ed all'informazione sui loro diritti) ed educativi scolastici, seguiti da quelli sanitari e giudiziari. Risulta invece irrisorio il numero dei servizi di mediazione nelle imprese, nei sindacati e nelle università. Un'impostazione dunque ancora largamente improntata all'accoglienza, informazione e orientamento, che rispecchia la situazione delle politiche immigratorie, ancora fortemente impegnate sul fronte dell'emergenza.

Tra le difficoltà incontrate dagli enti, le principali sono il reperimento e la gestione dei fondi, cui si aggiungono quelle relative al rapporto con altri enti e istituzioni, alla scarsa conoscenza del servizio nel territorio, alla diffidenza degli operatori ed alla scarsa valorizzazione ed uso improprio dei mediatori. In realtà non esiste molta chiarezza nella definizione del ruolo e dell'identità del mediatore (come appare anche dalla vasta gamma di nomenclature: linguistico, culturale, interculturale…), oltre che delle sue stesse funzioni. Nonostante le proprie competenze, egli funge generalmente da prima interfaccia tra istituzione ed utenti stranieri, limitando la sua attività principalmente a quella di interpretariato linguistico e di traduzione, seguita da quelle di informazione, orientamento e accompagnamento. Esiste anche una gran confusione riguardo allo status giuridico, professionale e retributivo del mediatore, che non è stato ancora definito adeguatamente. Ad esempio, per quanto riguarda i rapporti di impiego dei mediatori, finora si è ricorsi a contratti di collaborazione coordinata e continuativa, contratti a progetto, rapporti di prestazione professionale, di lavoro dipendente privato. Il riconoscimento professionale del ruolo implica di per sé una sua istituzionalizzazione, che richiede un'adeguata messa a punto. Per questo sono necessarie varie precisazioni relativamente ai compiti da svolgere, ai settori nei quali intervenire, agli standard formativi (percorsi tipo, ore di formazione necessarie, formazione specifica per poter operare nei diversi settori, stage presso le strutture pubbliche e del privato sociale). E ancora la ricerca del CISP evidenzia, a causa di un frequente turn-over, la precarietà e mobilità dei mediatori, che spesso offrono prestazioni limitate nel tempo e in più ambiti, per cui il loro numero può variare molto secondo i periodi. Tutto questo ha provocato e provoca tra i mediatori malessere e frustrazione.

La ricerca si conclude sostenendo che la mediazione italiana si caratterizza per due diverse accezioni: una "ridotta" all'impiego del mediatore come figura di traduttore, più o meno ufficiale, nei diversi contesti di necessità, ed una più "ampia" che vede nella mediazione il complesso di pratiche concrete di avvicinamento, negoziazione e scambio tra culture diverse. In quest'ultimo caso si punta ad una sorta di standard di formazione, statuto, riconoscimento professionale di tale categoria di operatori.

La formazione, finora gestita da associazioni private, ma in alcuni casi anche dagli stessi enti locali con l'aiuto di dipartimenti universitari, prevede in genere

un monte ore variabile di lezioni teoriche cui si affiancano quasi sempre attività di tirocinio e di laboratorio[5].

La formazione presso l'Istituto San Gallicano

L'Istituto S. Gallicano, che fin dal 1996 ha attivato un servizio di mediazione linguistico-culturale che si svolge secondo modalità innovative e presenta una maggiore continuità e regolarità rispetto ad iniziative analoghe, organizza in collaborazione con il Ministero della Salute ed il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali dei *corsi di formazione professionale per mediatori culturali in ambito socio-sanitario* e relativo tirocinio.

In realtà, quella fornita dall'Istituto, è una preparazione molto più ampia e completa, che va oltre l'ambito specifico socio-sanitario. Infatti il corso si compone di 10 moduli, che approfondiscono i diversi ambiti di intervento della mediazione: si parte da un modulo introduttivo, seguito dal modulo sulla comunicazione, quello socio-psicologico, linguistico, legislativo, antropologico, di organizzazione del tirocinio, di specializzazione, di socializzazione e dal modulo di valutazione finale, tutti intervallati da giornate di studio con letture magistrali, per un totale di 200 ore di formazione teorica, cui se ne aggiungono 100 di tirocinio all'interno dello stesso Istituto ed altre 100 presso enti esterni, per un monte ore totale di 400 ore.

Grande rilevanza è data alle tecniche di comunicazione verbale e non verbale (parole, tono della voce, gesto, postura, espressione facciale) e soprattutto all'ascolto attivo durante la fase del colloquio iniziale, strumento di base preziosissimo a disposizione del mediatore per entrare in empatia con l'assistito, svolgere un'attenta ed adeguata analisi del bisogno, "catturare" il maggior numero possibile di informazioni per arrivare a concludere positivamente quella che si chiama una "relazione di aiuto". Il mediatore culturale, infatti, accoglie, interpreta, ascolta, comprende per giungere, poi, alla soluzione del problema. Le lezioni sono arricchite inoltre di simulazioni pratiche, in cui si sperimenta concretamente questo tipo di metodologia comunicativa. Vengono analizzati, inoltre, gli aspetti psicologici della migrazione, l'impatto che questi hanno sull'insorgere della malattia e sulle strategie di cura, ponendo l'accento sulla comprensione della differenza (culturale e psichica) tra i vari gruppi etnici e sull'incontro tra diversi paradigmi culturali.

Ovviamente, è indubbio che il mediatore debba conoscere a fondo il servizio in cui opera, le sue modalità di lavoro, il linguaggio che utilizza, le figure professionali che ne compongono l'équipe, il tutto accompagnato da un'attenzione ed un'informazione costante sulle disposizioni di legge in materia di assistenza socio-sanitaria per gli immigrati.

---

[5] CISP (2004).

Al corso si accede attraverso una prova scritta, che riguarda la mediazione culturale in generale, ed una prova orale in cui viene indagata più che altro la storia personale del candidato, le motivazioni nella scelta di questo tipo di formazione, la storia del percorso migratorio ed il livello d'inserimento nella società italiana, nel caso di candidati stranieri. Questi, in realtà, sono la maggioranza: l'ultimo corso effettuato, cui ho avuto il piacere di partecipare, era composto da circa cinquanta stranieri ed una decina di italiani, divisi in due classi. Un corso, lo dico sinceramente non senza orgoglio, ambito da molte più persone.

La formazione si conclude con un modulo di valutazione finale relativo agli aspetti maggiormente interessanti ma anche alle carenze del corso stesso, dando spazio ai suggerimenti ed alle prospettive future dei candidati. Segue l'esame finale e, naturalmente, il periodo di tirocinio (già iniziato, in realtà, durante il corso teorico).

La mia esperienza

Durante il mio periodo di tirocinio presso la Struttura Complessa ho avuto modo di sperimentare un po' tutte le realtà lavorative di ogni singolo sportello del Servizio, per quanto la mia attenzione si sia concentrata in misura più considerevole sulle attività di accoglienza sanitaria presso l'ingresso dell'ambulatorio e sulle attività dello sportello Socio-Sanitario, i luoghi in cui, a mio parere, si realizza maggiormente una "effettiva" mediazione culturale, dove c'è un contatto più intimo e diretto con l'assistito.

Presso l'ambulatorio ho svolto attività sia di accoglienza sia di "smistamento" degli assistiti ai vari sportelli, ho dato informazioni riguardo ai servizi socio-sanitari ed alle procedure di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, ho rilasciato e rinnovato tesserini STP (Straniero Temporaneamente Presente, per immigrati irregolari), ho effettuato colloqui, volti a rilevare i reali bisogni dell'assistito.

In particolare il colloquio/intervista iniziale viene svolto con le persone che si rivolgono alla Struttura per la prima volta. Si tratta per lo più di immigrati irregolari, di persone senza fissa dimora, senza documenti e prive, o quasi, di qualsiasi assistenza sanitaria. Generalmente richiedono una visita dermatologica, ginecologica o generica e spesso lamentano un malessere o un vero e proprio dolore in qualche parte del corpo. Quello che ho rilevato da questi primi colloqui è che molto spesso è minima o del tutto assente, in questi pazienti, una cultura della prevenzione: si rivolgono ai servizi sociali e sanitari soltanto in casi di urgenza, quando è già presente una patologia, quando è già, magari, ad uno stato avanzato, quando il dolore è presente in misura insopportabile, oppure semplicemente quando hanno il tempo e la possibilità di assentarsi dal posto di lavoro, e l'intervento del medico non è, in alcuni di questi casi, risolutivo. Altre volte arrivano presso la Struttura persone che apparentemente non presentano gravi distur-

bi ed è proprio in questi casi che si rivela l'efficacia del colloquio approfondito. L'obiettivo, infatti, è quello di capire il "non detto", il motivo per cui la persona si è rivolta alla struttura, quale è il suo reale bisogno, per poi orientarla verso il servizio più adatto.

Dunque, quelle poste dall'assistito, possono essere sia esplicite domande mediche sia domande che sollevano un problema psicologico, rispetto al quale molte volte non c'è consapevolezza. Come spiega il dott. Morrone, ogni migrazione comporta un totale sradicamento dall'ambiente di origine, dalle proprie sicurezze, spesso dalla propria famiglia, con una conseguente nuova organizzazione della vita. Tutto questo può diventare inevitabilmente fonte di ansia, di depressione e di pericoli per la salute. Io stessa ho potuto osservare ad esempio come la lontananza dalla famiglia possa portare a stati di malessere o vere e proprie depressioni. Mi sono capitati più di un paio di casi in cui delle donne si sono presentate allo sportello dell'ambulatorio per richiedere una visita medica, a causa di forti dolori al petto, alla schiena o frequenti mal di testa. Durante il colloquio, alla domanda relativa al luogo in cui vivono i familiari e con chi, queste si commuovevano nel dirmi che i figli (anche molto piccoli) vivono nel loro paese di origine, con il padre o con le nonne, che sentono molto la loro mancanza e che spesso questi dolori al petto sono più acuti la sera prima di addormentarsi (quando pensano a loro ed è più forte la nostalgia). Altre volte ho incontrato persone affette da sfoghi ed eruzioni cutanee, la cui presenza si era manifestata poco dopo il loro arrivo in Italia e che esse stesse imputavano al cambiamento di clima e di cibo. Non sono un medico, né una psicologa, ma so come la pelle, la parte più esposta e vulnerabile del nostro corpo, funga da "barriera/confine" tra un "dentro" ed un "fuori" e, certo non in tutti i casi, ma spesso, eruzioni di questo tipo si manifestano come il sintomo di un malessere che viene da "dentro", un segnale di allarme mandato inconsciamente da noi stessi.

Diversa la situazione presso lo Sportello Socio-Sanitario. Lì, previo colloquio iniziale e compilazione della relativa scheda, mi sono occupata di fornire informazioni ed orientamento al SSN, informazioni sulle associazioni per stranieri, sulla legislazione in materia di immigrazione, sulle scuole e corsi di formazione professionale e, attraverso un lavoro di rete con operatori e altre strutture, ho curato l'invio presso i servizi socio-sanitari e presso i vari centri di accoglienza per persone senza fissa dimora e, per lo più, in cerca di lavoro. Sono infatti queste due ultime categorie di persone che si rivolgono prevalentemente allo Sportello Socio-Sanitario, il cui lavoro, di conseguenza, è altrettanto delicato e comprende un'operazione di decodifica e spiegazione delle norme vigenti nel nostro paese, un lavoro di rete per tenere i contatti fra le diverse strutture e, dunque, l'individuazione della struttura giusta a cui inviare la persona.

Certamente, durante il mio periodo di tirocinio, l'impatto emotivo maggiore si è verificato proprio in presenza di casi come questi. Ho provato sentimenti di soddisfazione nei casi in cui sono riuscita, con l'aiuto delle altre mediatrici, a procurare un posto letto o un colloquio di lavoro (qualcuno andato anche a buon

fine!), ma non nascondo di essermi sentita, in altri casi, in uno stato di impotenza e di frustrazione. Nonostante l'esperienza sia stata certamente di arricchimento, non sono mancate le difficoltà. Sono capitate situazioni in cui è non è stato possibile, o molto difficile, concludere positivamente quella che si chiama una "*relazione di aiuto*" per vari motivi: esterni, come la mancanza di posti letto o di incontri lavorativi, ma anche interni, nel senso che a volte mi sono sentita (come in un caso di sospetta violenza su minore) carente di esperienza e di strumenti, teorici e pratici, adatti a soddisfare determinati bisogni. Difficoltà che ho notato anche tra altri tirocinanti che hanno iniziato ad operare senza conoscere a fondo, preliminarmente, i dettagli tecnici del lavoro, rimanendo disorientati, non riuscendo ad arginare momenti di confusione organizzativa e prendendo autonomamente, come anche i mediatori in alcuni casi, le iniziative.

Inoltre ho rilevato come spesso non sia possibile dare adeguato spazio all'analisi dei casi nella loro complessità, per la disponibilità ridotta sia di mediatori, che del tempo a disposizione.

Pur essendo presenti numerosi mediatori l'apporto dei mediatori appare quantitativamente insufficiente, infatti la maggior parte di essi presta servizio presso l'Istituto parzialmente e lavorando anche per conto di altre organizzazioni o enti, generalmente nel campo del sociale. Spesso è il loro frequente *turn over* a renderne più difficile il coordinamento ed incrementa, allo stesso tempo, la necessità di ulteriori figure di coordinamento tra i mediatori stessi, che agiscano da "interfaccia" con i responsabili del servizio e che esercitino anche una sorta di supervisione del lavoro; recentemente si sta procedendo ad organizzare il servizio in questa direzione.

In generale, riguardo alle difficoltà osservate, dunque, vorrei riportare la mancanza di tempo (pochi mediatori per un numero ormai sempre più alto di assistiti!), di spazio e, di conseguenza, di riservatezza.

Un altro aspetto critico riscontrato, infatti, è quello relativo al problema della privacy: la mancanza, ed il conseguente sovraffollamento, degli spazi a disposizione non permettono una totale riservatezza durante il colloquio con gli assistiti; ciò è particolarmente critico in alcuni casi, come in quelli di persone affette da malattie sessualmente trasmissibili (MST) o nei casi di donne che intendono ricorrere all'interruzione di gravidanza (IVG).

Il mediatore culturale: straniero, italiano, oppure…?

Senza dubbio, sia il corso di formazione che il periodo di tirocinio presso il S. Gallicano sono stati un'esperienza molto positiva, che mi ha arricchito dal punto di vista professionale e umano ed è stata per me anche occasione di numerosi spunti di riflessione.

Uno di questi riguarda un argomento che è stato spesso affrontato, sia in occasione del corso che del tirocinio, che di alcuni convegni. Quello cioè relati-

vo alla nazionalità del mediatore: deve essere straniero o questo ruolo può essere accessibile anche agli Italiani? Mi sono posta questo interrogativo proprio all'inizio del corso, cui hanno partecipato circa una cinquantina di stranieri ed una decina italiani come uditori.

Se poniamo come presupposto il fatto che il mediatore debba essere rappresentativo di un particolare gruppo di individui (per lo meno conoscerli a fondo) e cioè gli immigrati e, considerando la molteplicità di gruppi etnici, linguistici e culturali, la domanda è: quanti mediatori dovrebbe impegnare ogni singola struttura? La cosa sarebbe, oltre che logisticamente impossibile, anche piuttosto dispendiosa. Poniamo l'esempio del contesto africano: l'Africa è composta da 53 paesi, all'interno dei quali convivono gruppi e sottogruppi etnici con particolari caratteristiche diverse tra loro. Pensiamo ad esempio al Kenya, dove convivono più o meno pacificamente gruppi come i Masai, i Luhya, i Kikuyo, Luo… ed ognuno di questi gruppi possiede un proprio linguaggio e relativo sistema culturale di riferimento, oppure pensiamo alla Nigeria, dove al contrario non si può certo parlare di convivenza pacifica tra Ibo e Benin, per non parlare di altri casi più eclatanti di gruppi in conflitto all'interno dello stesso paese: gli Utu e Tutzi in Rwanda; animisti, cristiani e musulmani nel Sudan; ribelli fondamentalisti ed esercito governativo in Uganda. Nel solo Sud Africa, le lingue ufficiali sono addirittura 11 e corrispondono ad altrettanti gruppi che hanno tradizioni, abitudini, sistemi di pensiero e di rappresentazione del mondo talmente diversi gli uni dagli altri, che sembra non abbiano molto altro in comune se non il colore della pelle (ma a volte neanche quello!) ed il fatto di essere africani. Nel caso, ad esempio, si rivolga ad una struttura italiana, socio-sanitaria nello specifico, uno Xhosa, o ammettiamo pure in generale un Sudafricano, quale tipo di mediazione può svolgere un mediatore, ad esempio, senegalese? I paesi africani si assomigliano ed allo stesso tempo sono talmente diversi tra loro per economia, per sviluppo, per i diversi tipi di dominazione che hanno avuto, che non è assolutamente possibile, a mio parere, accomunarli in un unico contenitore ed equiparare una persona proveniente dalla Tanzania ad una proveniente dal Congo, assimilandole nella lingua, nella cultura e negli stili di vita.

Ma senza andare troppo lontano, la stessa Italia si presenta come un coacervo di culture che differiscono tra Nord a Sud, tra ambiente rurale ed urbano, tra classi sociali. Io stessa, che ho origini siciliane, non credo sinceramente di avere moltissimo in comune, sempre culturalmente parlando, con una persona nata, cresciuta e sempre vissuta, ad esempio, tra le montagne della Val D'Aosta.

Indubbiamente la conoscenza della lingua e della cultura della persona che pone una domanda di aiuto è, in alcuni ambiti, determinante, ma vorrei sottolineare l'importanza di una completa e adeguata preparazione ed anche di una *predisposizione verso l'altro* e verso le difficoltà altrui, componente fondamentale senza la quale non è possibile, a mio parere, sviluppare empatia ed instaurare una reale relazione di aiuto, né essere un buon mediatore. E personalmente non credo che questa predisposizione appartenga ad una determinata bandiera, lingua, colore o reli-

gione. Perciò, credo ci sia soprattutto un grande bisogno di migliorare le capacità e sviluppare la competenza dei professionisti nell'area sanitaria, come nelle altre.

Inoltre, nel caso specifico dell'Istituto S. Gallicano, la percentuale dei pazienti italiani che frequentano il reparto è aumentata dal 5% del 1985 al 25% all'inizio del 2002[6] e questo può essere spiegato in parte con l'aumento del numero di italiani che sono al di sotto della soglia di povertà. Per molti di loro si tratta di emigrati all'estero o figli di emigrati, che sono tornati ma non sono riusciti a reinserirsi nella società e dunque si rivolgono all'Istituto S.Gallicano in cerca di un lavoro, di un posto dove dormire, insomma, di aiuto. Dunque il bacino di utenza si va sempre più allargando: non solo stranieri, ma anche italiani e, come sappiamo, molti tossicodipendenti, prostitute, vittime di violenza, ecc… La considerazione che viene fatta spesso, a sostegno del ruolo del mediatore straniero, è quella relativa al fatto che solo una persona che abbia avuto alle spalle un'esperienza migratoria può comprendere appieno i bisogni di chi sta compiendo lo stesso percorso e si trova in difficoltà.

Mi chiedo se allora, secondo lo stesso principio, per aiutare persone che hanno problemi di droga, di alcool, le donne vittime di violenza, di tratta, ecc. bisogna necessariamente avere alle spalle una storia di tossicodipendenza, di alcolismo, di violenza o di prostituzione?

Bibliografia

Bertollini R., "Guarire la povertà", in Ziglio et al. (2004).

Caritas di Roma – Forum per l'Intercultura (1998), Migrazioni. Paesi e culture: esperienze europee a confronto, Roma, Sinnos Editrice.

Caritas (2003), Immigrazione – Dossier Statistico, Roma, Nuova Anterem.

CISP e UNIMED (2003), Indagine sulla mediazione culturale in Italia: la ricerca e le normative regionali.

Commissione per le Politiche di Integrazione degli Immigrati (2002), Secondo rapporto sull'Integrazione degli Immigrati in Italia.

Di Cristofaro Longo G., Morrone A., Cultura Salute Immigrazione, Armando Editore, Roma, 1995.

Manfellotto D., "Dalla disinformazione e dall'ignoranza alla consapevolezza e all'assistenza: immigrati senza dimora a Roma, Italia", in Ziglio et al. (2004).

Morrone A., Mazzali M. a cura di (2000), Le stelle e la rana. La salute dei migranti: diritti e ingiustizie, Milano, Franco Angeli.

Morrone a., Mazzali M., Tumiati M.C. a cura di (2000), La Babele ambulante. Parole intorno ai mondi che migrano, Roma, Edizioni Sensibili alle foglie.

Ziglio E., Barbosa R., Charpak Y., Turner S. a cura di (2004), I sistemi sanitari affrontano la povertà, Ist. S. Gallicano IRCCS (Roma) – WHO.

[6] Ziglio E., Op. Cit.

Donne immigrate, mediatrici di cultura e di pace

Souad Sbai
Presidente Associazione delle donne delle comunità marocchine in Italia (ACMID)

Il fenomeno della migrazione dai paesi più poveri verso i paesi più ricchi è una conseguenza di quel libero movimento di merci, persone e capitali che è all'origine (ma anche in conseguenza) del contemporaneo fenomeno del 'villaggio globale'. Tuttavia, paradossalmente, le persone circolano più difficilmente di merci e capitali, a meno che non circolino come forza-lavoro, cioè mercificati. Se la richiesta di immigrati da impiegare nel settore lavorativo è alta, tuttavia è ancora difficilmente pensabile la modalità di una loro accoglienza che non li riduca semplicemente alla categoria di risorsa umana.

Perciò da un lato occorre accettare l'inesorabilità di questo movimento, perché si assiste all'agevolazione dei flussi sovranazionali rientranti nel fenomeno 'globalizzazione'; dall'altro, tuttavia, i paesi che divengono le principali mete di queste immigrazioni, possono diventare vittima di quel processo che riduce l'altro, l'immigrato, a semplice minaccia, perché ritenuto nemico. Questo atteggiamento giustifica titoli di stampa che richiamano antiche paure, come "Gli immigrati non sono untori", che evidenziano l'associazione tra immigrazione e devianza. La figura dello straniero, se da un lato è accettata in quanto ritrova un suo impiego e posto nel settore produttivo, dall'altro è allontanata perché ritenuta incarnazione di una differenza minacciosa ed incontrollabile, che prende le diverse forme della criminalità o della malattia.

Si tratta, fin da subito, di mettere in crisi o di far crollare il pregiudizio secondo cui gli immigrati arrivano in Italia già ammalati. In realtà è proprio il contrario. Sono i soggetti sani quelli che emigrano alla ricerca di condizioni di vita migliori. Il peggioramento della loro situazione si verifica di solito nel luogo in cui sono giunti, a causa di condizioni di indigenza, di possibile promiscuità, di malnutrizione, fino ai casi estremi di sfruttamento, come quelli legati alla prostituzione. Occorrerebbe a questo punto far notare l'importanza di luoghi come gli ambulatori, i luoghi della malattia. Questi infatti, come le scuole o i momenti di animazione interculturale, sono spazi in cui i pregiudizi sullo straniero (e, di conseguenza, anche su di noi), trovano una loro prima messa in discussione, favorendo il nascere di un nuovo stile mentale, quell'apertura che è alla base di una genuina pratica interculturale.

In Italia varie sono le disposizioni di interesse sanitario che riguardano l'immigrazione. L'articolo 32 della Costituzione italiana recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti […]". La salute viene perciò posta come un diritto dell'individuo, cioè qualcosa che appartiene all'uomo in quanto tale, derivante dall'affermazione di un generale diritto alla vita e all'integrità fisica. Per le disposizioni più specifiche in materia, il riferimento è la legge 40 del luglio 1998, poi confluita nel Decreto Legislativo 286 del 25 luglio 1998, intitolato "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero". Il Testo Unico sancisce la parità assoluta tra cittadini italiani ed immigrati residenti regolarmente in Italia. La novità del Testo Unico è una ben precisa considerazione di servizi per gli immigrati clandestini ed irregolari, perché prevede per essi assistenza sanitaria, cioè ambulatoriale, ospedaliera urgente o continuativa, se legata a malattie o infortuni. Si provvede inoltre alla tutela di gravidanza e maternità, la tutela dei minori, le vaccinazioni, le misure di profilassi internazionale, la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive e la bonifica dei focolai.

Tuttavia difficilmente gli immigrati senza permesso di soggiorno accettano di usufruire dell'assistenza sanitaria. In questi casi non entra in gioco soltanto lo status giuridico, per cui sarebbe opportuna una concessione più 'flessibile' della cittadinanza, slegata dal principio della natività; occorrerebbe anche creare una lingua della malattia, che sappia comunicare, cioè, letteralmente, mettere in comune, non tanto dei contenuti, quanto piuttosto un atteggiamento, quello di un'apertura in ascolto, che sia in grado di rimettere in movimento delle situazioni non comunicanti, cioè in apparenza chiuse ad una possibile mediazione. A questa altezza deve proporsi di agire la mediazione culturale.

A parte la difficoltà che gli immigrati non in regola hanno nel focalizzare che per certi disturbi ci sono delle strutture specifiche (fatto che comunque riguarda anche coloro che risiedono regolarmente), essi temono infatti di vedere denunciata alle autorità la loro situazione irregolare. A volte, anche quando acconsentono, si difendono non rivelando il loro nome vero, cosa che complica ulteriormente la loro situazione, visto che, se vi dovesse essere una sanatoria, lo stesso tesserino sanitario potrebbe essere un documento valido per provare la loro presenza in Italia.

La difficoltà del rapporto con le strutture sanitarie, oltre a questa iniziale diffidenza, ha però anche altre radici. Infatti gli immigrati, in genere, hanno la sensazione di non potersi permettere di star male, dato che dalla loro integrità, anche fisica, dipende la loro sopravvivenza e la riuscita del loro progetto migratorio. La salute è quanto gli immigrati possono offrire in cambio della possibilità di emigrare che viene loro offerta: il ruolo di malato è, dunque, in antitesi con il ruolo di lavoratore, ed è anche per questo che gli immigrati tendenzialmente ricorrono alle cure del medico soltanto in caso di grave necessità.

Parlare della salute sposta allora l'attenzione su un potenziale 'star bene' e sul suo significato. Salute e malattia, sono infatti anche dei prodotti culturali. Viene a definirsi 'malattia' ciò che è infatti socialmente riconosciuto come tale e che, di conseguenza, porta a strutture che rispondano all'esigenza nata da questa interpretazione dello star bene. Nella pratica interculturale è complicato capire che cosa è 'malattia', nel doppio senso di malattia riconosciuta da noi come tale (che rimanda a certe prestazioni) e cosa intende l'immigrato per malattia. Questo richiede una forte collaborazione tra ambiti scientifici e disciplinari, simili e diversi, quali medicina, antropologia, etnologia, psichiatria, scienza delle religioni, alla ricerca di un possibile dire e dirsi dell'individuo malato (e quindi dell'individuo sano) che sappia comprendere ed abbracciare un vissuto culturale anche diverso, senza schiacciarlo di categorie ed interpretazioni troppo occidentali, incapaci di cogliere una unicità, perché schiave di un linguaggio che non è capace di aprirsi al nuovo in quanto incapace di leggere i propri limiti.

Si parla perciò di bisogno di salute come richiesta di star bene. Non si tratta solo di rispondere ad un disagio fisico. Si tratta di cominciare a riflettere sullo spazio mentale dello star bene che vede la città stessa coinvolta, perché in essa diventano attuali quelle pratiche che rispondono a questa richiesta, a questo bisogno di star bene. La città deve riproporsi come quel luogo in cui è possibile ricostituire una propria integrità, attraverso un prendersi cura dell'individuo stesso, che sappia ricongiungere star bene, essere felici ed il complesso che questo comporta nella relazione all'alterità.

Salute al femminile: sessualità e famiglia

Nell'ambito della sintesi tra cultura d'origine e la nuova cultura del paese ospitante è importante l'atteggiamento che si viene ad assumere nei confronti della maternità, della concezione di sessualità, delle dimensioni del gruppo familiare.

Provenienti da un mondo in cui la maternità viene vissuta come un valore assoluto e la ricerca di un numero elevato di figli è la norma, risulta spesso difficile l'integrazione con il mondo occidentale che, pur non negando in teoria il valore della maternità, lo correla spesso con il diritto della donna ad una sua scelta autonoma e alla sua affermazione personale.

Essere immigrate in Italia comporta una sorta di rivoluzione della propria identità in genere: le donne si trovano ad occuparsi di loro stesse e della propria famiglia con modalità che appaiono in qualche modo con delle connotazioni più maschili che femminili, secondo i sistemi di riferimento culturali tradizionali di gran parte delle donne immigrate. Ne deriva che queste dinamiche possono incidere sul loro benessere psichico; una conseguenza diretta di questa situazione è il rapporto problematico e spesso conflittuale che esse sviluppano nei confronti della maternità. Inoltre alcune di loro sono costrette a rinunciarvi, poiché essere

madri appare incompatibile con la loro condizione di lavoratrice; questo può creare una lacerazione profonda con la propria concezione di essere donna, in modo particolare se nella cultura d'origine la maternità risulta essere il parametro essenziale per essere considerate donne a tutti gli effetti.

Esistono altre situazioni in cui la maternità viene in qualche modo sospesa o ritardata: è il caso frequente di donne che tentano l'avventura migratoria da sole, lasciando gli eventuali figli alle cure di altre persone. Esse si trovano a dover gestire una situazione di equilibrio precario dal punto di vista psicologico, poiché sono sopraffatte dalle problematiche che comporta l'essere straniere in un paese al quale non si sentono di appartenere, e allo stesso tempo sono tormentate dalla separazione delle persone care e degli affetti personali.

Questi elementi qualitativi delle donne immigrate sfuggono in genere alle statistiche, ma non possono essere trascurati se s'intende intervenire anche dal punto di vista del loro benessere psicologico.

Questa sollecitazione sul piano della salute fisica e mentale spesso si evidenzia in modo traumatico nell'ambito della sessualità e nella vita riproduttiva. La sessualità come forma di espressione dell'individuo, della donna nella sua interezza, è spesso un tabù per condizionamenti sia di matrice religiosa che educativi e culturali, esaltati da una condizione di isolamento e di riferimenti parentelari.

Il proprio corpo ed i propri sogni sono spesso gli unici beni preziosi, l'unico vero capitale che la donna porta con sé. La modalità di approccio con il proprio corpo è comune a tutte le donne provenienti dai paesi poveri: va nascosto a sé e agli altri, non si insegna loro a scoprirlo, conoscerlo, ascoltarlo. Il corpo viene vissuto come strumento utile per svolgere un lavoro, non come espressione di sé.

E' chiaro che gli ambiti fisiologici che oggi appaiono maggiormente critici per la popolazione immigrata sono quelli legati alla maternità e all'infanzia.

Le ricerche in questo campo sottolineano con chiarezza come la maternità ed il parto nel paese d'origine (soprattutto per coloro che provengono dal Sud-Est del mondo) sono un evento che coinvolge l'intera famiglia allargata, comprese le donne della comunità. Nel paese straniero invece questi due eventi sono vissuti in solitudine, assumendo quasi le caratteristiche di una patologia. Le esperienze di queste donne sono quelle di persone sole, in un nuovo paese, lontano dalle sicurezze e dai forti legami parentelari, che giungono alla maternità, ruolo assunto come fondamentale dalla cultura d'origine in situazioni fortemente medicalizzate e senza capire ciò che viene detto loro con linguaggio troppo tecnico.

L'intimismo tradizionale può trasformarsi in un mutismo forzato, se gli operatori della salute non si sforzano di capire le esigenze di queste persone e di comunicare con loro al fine di coinvolgerle nel processo assistenziale. Il senso di

inadeguatezza, il "vissuto di malato", la mancanza della famiglia allargata, aggravati dalle difficoltà di comprensione linguistiche e culturali, portano in genere la donna ad assumere comportamenti quali l'interruzione precoce della gravidanza.

Si entra nella dinamica del figlio negato. Ecco quindi che si deve affrontare l'argomento del desiderio e/o rifiuto della procreazione associato al valore che la coppia attribuisce al bambino.

Durante una ricerca sul campo uno degli aspetti più eclatanti è stata proprio la frequente richiesta di contraccezione avanzata da pazienti immigrate da paesi in via di sviluppo; ciò a dimostrare come, oltre alla difficoltà oggettiva di crescere un figlio nella precarietà economica e sociale, la migrazione dissociasse anche la sessualità dalla maternità. E' questo un punto di frizione con la cultura d'origine di molte donne immigrate.

Sfidare l'obbligo della maternità può significare sfidare quel mondo verso cui lentamente ci si distacca, nello spazio e nel cuore, sfidare l'autorità maritale, l'esaltazione della potenza virile, il ruolo tradizionale della donna ed anche il valore della fecondità. Non si può negare come la famiglia e la concezione di donna e maternità siano le più resistenti al cambiamento: questo comporta che se da un lato si rincorre un modello familiare di tipo occidentale con l'utilizzo di pratiche contraccettive moderne in apparenza ben accettate e praticate, dall'altro tale decisione viene apertamente dichiarata temporanea, legata alla fase migratoria.

Nella concezione di famiglia è racchiuso quel "*nocciolo fondamentale dell'identità*" sempre così difficile da individuare: il gruppo familiare rappresenta il luogo simbolico e concreto nel quale prendono forma le credenze circa il significato della vita e della morte, in cui si condividono quei momenti che rappresentano il ciclo di vita familiare che richiedono un'interpretazione ed un sostegno da parte di tutta la collettività, poiché il singolo non riesce a fronteggiarli da solo.

In genere non si parla di un modello familiare uniforme se ci si riferisce a quello delle famiglie immigrate, piuttosto di risposte differenti, in relazione al fatto che modelli tradizionali e moderni vengono a sovrapporsi tra loro, creando così una rete di microconflitti interni.

Riprendendo il concetto che l'essere genitori comunque risulta importante anche per le famiglie di immigrati, simbolicamente si può affermare che è il figlio a rappresentare un valore, non il bambino: è il figlio l'anello di congiunzione che salda insieme il momento presente con la storia dei predecessori, garantisce la continuità del linguaggio, è occasione di festa e garanzia di trasmettere ancora un valore, un pensiero, un sogno.

Attorno alla figura del figlio, alla sua presenza o assenza, ruota dunque tutto il processo di radicamento dell'immigrato nella terra che ha scelto.

Allo stesso modo la sessualità e la maternità, facce congiunte e sovrapposte della visione tradizionale del corpo femminile, sono la pietra miliare attraverso

cui si misura la lontananza dall'universo d'origine. E' una scelta scavata nella solitudine. Non abituata ad una medicalizzazione di quanto attiene al corpo e ai suoi meccanismi fisiologici di riproduzione, la donna denuncia spesso la perdita di un ambito femminile in cui reperire informazioni e sostegno; è tra donne della stessa età che si trasmettono generalmente i saperi.

Nel caso in cui nessuna educazione sistematica venga fornita sulla sessualità è ovvio che le problematiche ad essa connesse rimbalzino con una certa violenza proprio nel momento in cui viene a dissolversi quella concezione simbolica relativa alla donna, che comunque le garantiva un significato ed una funzione sociale.

Ne consegue che ancora una volta tutto ricade sul figlio: con la sua negazione, attraverso un aborto a cui si giunge più per disinformazione che per scelta, o con la sua esaltazione, in un vincolo strettissimo che unisce la diade madre - bambino in modo esclusivo.

Il disagio interculturale, le dure condizioni di vita e di lavoro ed il difficile accesso e fruibilità dei servizi socio-sanitari sono le ragioni principali che stanno alla base dei problemi di salute rilevati o descritti da alcune indagini presso le donne straniere che vivono in Italia. Ci si trova di fronte a gravidanze ravvicinate, nascite pre-termine, basso peso alla nascita, ricorso all'interruzione volontaria alla gravidanza, ricorso a pratiche di contraccezione non conosciute o non capite.

L'associazionismo interculturale quale risposta al disagio femminile

L'associazionismo interculturale diventa una strategia politica. Per le donne immigrate questo significa, partendo dal comune denominatore di genere, mettere insieme le diversità che le caratterizzano per affrontare collettivamente le difficoltà per la realizzazione dei progetti individuali, familiari e di gruppo. E' significativa, a questo proposito, una bella frase della scrittrice maghrebina Assia Djebar: «Ho capito che non bastava dire "io", che bisognava trovare con precisione il "tu" a cui rivolgersi, quel secondo personaggio femminile che entrando in risonanza e in dialogo col primo permette a entrambi di esistere e di liberarsi».

Dall'incontro con associazioni di donne immigrate, e dagli atti dei seminari e dei convegni, che vengono organizzati per dare loro visibilità e per consentire anche alle donne immigrate di incontrarsi e di confrontarsi, emergono i disagi, le paure, le aspettative di queste ultime. Diversamente da quanto ci si aspetterebbe, esse raramente vogliono parlare del loro passato e condividerlo. Da una parte perché, spesso, è un passato di debolezza; dall'altro in quanto il loro problema principale è far fronte all'oggi, ai problemi di coppia, ai figli, ad eventuali trasformazioni connesse al tipo di lavoro. Questi problemi riguardano tutte le

donne: italiane e straniere; però per le straniere il rischio di dovere lasciar perdere e non poter opporre resistenza a soprusi è molto più alto, con il conseguente rischio di isolarsi e restare nell'ombra e nell'illegalità. L'associazionismo degli immigrati può essere considerato, quindi, un'efficace modalità di organizzazione sociale utile e produttiva, non solo per gli stranieri ma anche per le società di accoglienza. Naturalmente le associazioni femminili non sempre riescono ad avere finanziamenti pubblici. Questi si possono ottenere con il tempo e con la dimostrazione della validità del proprio lavoro e delle proprie iniziative. Soprattutto all'inizio queste associazioni si sostengono solamente con le quote delle proprie associate e magari con contributi occasionali da parte delle istituzioni locali su specifici progetti presentati, o grazie a meritevoli iniziative sociali e/o culturali, che, tuttavia, non sempre hanno la diffusione che meriterebbero per mancanza dei mezzi adeguati. In Italia l'associazionismo femminile è un'esperienza ancora limitata perché l'immigrazione è relativamente recente rispetto, ad esempio, ai Paesi del Nord-Europa, dove già da svariati anni esistono delle comunità stabilizzate.

Inoltre, è interessante sottolineare che le relazioni tra le associazioni che rappresentano le donne immigrate e le donne italiane non sono sempre pacifiche; l'idea di *sorellanza* spesso non è, infatti, sufficiente ad attraversare le differenze etniche e di classe.

Una speranza per il futuro capoverdiano a Roma. Gli obiettivi di prima necessità per il 2004

Maria José De Lima
Associazione Cultura della Solidarietà e Volontariato tra Capoverdiani

L'Associazione Cultura della Solidarietà e Volontariato tra Capoverdiani (CSVC), con sede a Roma[1], ha avvertito da diversi anni l'esigenza di dare alcune risposte ai bisogni della comunità capoverdiana. Essendo un'associazione senza scopo di lucro, né politica, né confessionale, si è proposta come finalità quella di promuovere e organizzare attività culturali e di carattere sociale all'interno della comunità.

Per l'anno 2004 si sono individuati i seguenti obiettivi.

a) Riguardo alla promozione di attività culturali: soprattutto trasmettere ai nostri giovani, della seconda e la terza generazione, le nostre origini.
b) Riguardo alle attività sociali e ricreative: fare prevenzione nel campo del disagio giovanile.
c) Svolgere attività d'orientamento scolastico e professionale, in modo da aiutare i giovani a scegliere i tipi di scuola o di formazione a loro più confacenti, anche in vista di un eventuale rientro nel paese di origine.
d) Riguardo alla integrazione nella società d'accoglienza nel campo sociale e lavorativo, abbiamo ritenuto di fondamentale importanza fornire un supporto agli immigrati capoverdiani finalizzato al rendersi autonomi. Abbiamo in particolare pensato alla creazione di una casa d'accoglienza per malati e per le ragazze madri che dopo un ricovero ospedaliero escono e non sanno dove andare, sono privi di mezzi e si sentono persi, particolarmente le persone con problemi psicologici.

Per noi di Capoverde questo è un problema molto grave; giorno dopo giorno vediamo crescere il numero di persone con tali difficoltà. Le strutture d'accoglienza italiane li possono ospitare per due o tre giorni al massimo. Riteniamo che l'offerta, attraverso il volontariato, di un ricovero per dormire e per mangiare possa fornire un aiuto basilare per il superamento di tali difficoltà.

---

[1] Associazione Cultura della Solidarietà e Volontariato tra Capoverdiani, Via Basciano n. 49, 00010, Roma.

Queste sono le attività che noi della CSVC intendiamo svolgere lavorando insieme agli psicologi, psichiatri e all'assistente sociale dell'ambasciata di Capoverde, la Sig.ra Lussialina Maria Cabral, che è impegnata in prima persona, nonché tramite le struttura che ci ospita.

Viviamo una sorte d'impotenza triste perché tante volte siamo costretti a far rientrare i nostri assistiti a Capoverde. Dopo tanti anni di lavoro il problema psicologico è molto forte: rimandarli a casa senza alcuna prospettiva di un progetto è come mandarli a morire. In particolare, ricordiamo il caso dei malati che sono in dialisi e non possono tornare nella loro terra natale, perché là non vi sono le strutture medico-sanitarie per assisterli.

Noi immigrati cerchiamo in prima persona di salvaguardare la nostra cultura d'origine nel campo sociale, cultura che sentiamo nel nostro essere capoverdiani.

I capoverdiani sono fra gli immigrati di più vecchia data in Italia, dove sono approdati per cercare lavoro ed un futuro migliore per i propri famigliari. Dopo tanti anni di lavoro una parte di noi cerca di ottenere il ricongiungimento dei propri famigliari. Purtroppo molti non vi riescono per via dei problemi sanitari, di disturbi psichici, diabete, dialisi, nonché per altri problemi legati all'età. All'interno della nostra comunità abbiamo constatato un forte sviluppo dei portatori di handicap fisici, sia grandi che piccoli, e di alcolisti, specialmente nel campo minorile, delle donne ed all'interno del gruppo famigliare.

Occorre studiare percorsi di cittadinanza e di rappresentanza per gli immigrati che consentano l'adempimento dei doveri e la formazione dei diritti di parità, in particolare a Roma dove il flusso immigratorio capoverdiano è più forte.

Il nostro lavoro di volontariato è animato da uno spirito concreto e vuole andare oltre l'approccio assistenziale alla persona, responsabilizzandola ed offrendole occasioni per esprimere le proprie potenzialità. In questi anni di lavoro, insieme alle richieste di lavoro e alloggio, si è configurata una richiesta di aiuto per un bisogno interiore, di sentirsi ascoltati.

Chiediamo alle forze politiche e ai governi locali di venirci incontro per poter affrontare questa realtà per un futuro migliore.

Una storia vera

Juan José Piazze
Movimento "Tra Noi"

E' iniziata quasi 10 anni fa. Il Movimento "Tra Noi", nella persona di Bianca Imperati, cercava il modo più semplice e sistematico per offrire ai frequentatori del Centro Latinoamericano di via Cernia l'opportunità di avere farmaci in modo gratuito e (nell'ambito del possibile) continuativo. Il destino mise a disposizione di Bianca Imperati (presidente del Movimento "Tra Noi") un immigrato peruviano arrivato in Italia per un periodo di perfezionamento universitario. Così è iniziato un servizio informale e bello nel suo contesto. Classificare per poi distribuire in modo razionale i farmaci alle persone bisognose si faceva in condizioni dove la comodità per gli operatori era quasi inesistente, ma contava più che altro lo spirito dell'accoglienza, che veniva facilitato in modo entusiasta e nel possibile dal Movimento "Tra Noi". Immaginate lunghe file di persone che cercavano di spiegare i loro bisogni e la ricerca di farmaci disponibili in quel momento. Un periodo bello e di crescita personale e umana. Lavorando in completa sintonia, un gruppo affiatato e allegro insieme al "medico ambulante".

Il dolce percorso quotidiano ha permesso l'occasione di avere a disposizione una postazione centrale e ben collegata. Insomma, il passaggio da un operato, per forza di situazioni, improvvisato ma intenso, al lavoro in un edificio grande e appena ristrutturato. Il sacrificio economico per il Movimento "Tra Noi" è stato significativo, nell'obiettivo di attrezzare la struttura. Ma la guida e la costanza del suo fondatore, Don Sebastiano Plutino, nonostante la sua avanzata età e una non stabile condizione di salute, hanno permesso che quello che sembrava all'inizio impossibile diventasse una dolce realtà: un vero centro ambulatoriale, aperto di giovedì e di domenica, con un laboratorio analisi e due ambienti per la visita medica, una sala d'attesa e un archivio cartelle completo. In pieno auge del centro medico siamo riusciti a contare sulla partecipazione di cinque medici, un laboratorista, uno psicologo e una schiera di persone che in modo volontario offrivano i loro servizi ai più bisognosi.

Il tutto andava bene fino a quando per esigenze amministrative il locale dove era in funzione il centro medico è stato ripreso dall'Ente che gentilmente lo aveva ceduto al Movimento "Tra Noi". Si è cercato di aprire una stanza nei pochi

ambienti disponibili del Centro Latinoamericano di via Cernia, ma dopo un po' è stato impossibile proseguire in quel locale poco ordinato e non adatto alle visite mediche. Al momento non abbiamo a disposizione un locale per la visita medica, anche se lo spirito di far bene e la forza di volontà rimangono accese.

Nel lungo percorso inerente all'ambito medico abbiamo offerto una diversità di corsi di base per l'attenzione all'anziano, al bambino e anche nozioni di pronto soccorso.

Queste righe hanno voluto presentare e fare conoscere a voi il percorso nell'ambito medico, facilitato e voluto dal Movimento "Tra Noi".

WORKSHOP III

Roma, Istituto Italiano di Medicina Sociale
28 novembre 2003

Risultati della fase preliminare del progetto di Ricerca-Azione Partecipata dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale: nodi critici e prospettive di ricerca

Annalisa Todisco
Istituto Italiano di Medicina Sociale - Laboratorio di Scienze Sociali

1. Premessa

La presente relazione intende fornire un riepilogo dei risultati della fase preliminare del progetto dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale "Fattori di esclusione sociale e identificazione di interventi mirati all'integrazione sanitaria degli immigrati", evidenziando particolarmente gli aspetti critici emersi e conseguentemente i temi su cui potrebbe essere opportunamente orientata la prima fase della Ricerca-Azione Partecipata.

L'analisi qui presentata si fonda sul lavoro svolto dai componenti dell'équipe di ricerca, nonché sulle relazioni, relative al progetto ed alla sua fase preliminare, precedentemente esposte nel corso del primo e del secondo workshop.

Sottoponiamo dunque all'esame dei presenti il nostro lavoro, augurandoci di ricevere un riscontro critico per noi assai prezioso e di contribuire a quel processo di conoscenza reciproca, confronto e discussione che rappresenta il fulcro di questo workshop.

2. Obiettivi e articolazione della fase preliminare

L'indagine preliminare ha avuto l'obiettivo di individuare i problemi di ordine organizzativo, comunicativo, più in generale sociale e culturale che emergono sul fronte dell'accesso e della fruizione dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata, e che influiscono negativamente sulla sua utilizzazione dei servizi e sull'efficacia dell'assistenza sanitaria ad essa erogata; ciò con particolare riferimento al contesto romano.

Collateralmente, l'indagine preliminare ha avuto l'obiettivo di approfondire la conoscenza dei soggetti - pubblici, del privato sociale e del volontariato - che operano a Roma nel campo della tutela della salute dei migranti e di avviare con alcuni di essi processi di interscambio conoscitivo e rapporti di collaborazione, ai fini dello sviluppo della prima fase della Ricerca-Azione Partecipata.

A tal fine sono stati effettuati:

1. un'indagine di sfondo sul fenomeno della immigrazione a Roma attraverso l'analisi dei dati sociodemografici e sanitari disponibili;
2. una rilevazione dei servizi di assistenza sanitaria agli immigrati a Roma, sia pubblici che del privato sociale e volontariato;
3. interviste semistrutturate ad operatori del settore della società locale e ad immigrati - in particolare, a mediatori, esponenti di associazioni, medici stranieri, singoli pazienti – finalizzate a rilevare, in una prospettiva prettamente qualitativa, problemi ed istanze dei diversi soggetti interagenti nell'ambito della assistenza sanitaria agli immigrati.
4. workshop per l'interscambio conoscitivo con operatori e immigrati della società locale sui temi e risultati dell'indagine.

3. L'indagine di sfondo sul fenomeno immigratorio a Roma

Procediamo ora ad illustrare i risultati della indagine preliminare, evidenziando in particolare gli aspetti critici emersi e le necessità individuate dagli attori del settore contattati.

Per quanto riguarda l'indagine di sfondo sull'immigrazione a Roma, svolta dalla dott.ssa Maria Adriana Bernardotti, ci preme riportare nuovamente all'attenzione alcune peculiarità del fenomeno romano rispetto al quadro generale nazionale e sottolineare alcune criticità relative all'ambito sociale e sanitario, rimandando alla relazione di Bernardotti per il dettaglio delle informazioni statistiche e per gli ulteriori approfondimenti analitici (vedi I Workshop).

Dall'analisi dei dati degli ultimi anni, si è rilevato come permanga, per quanto in diminuzione nel tempo, un significativo carattere di provvisorietà della immigrazione a Roma, rispetto a quanto si riscontra a livello nazionale: indicatori ne sono i valori, ancora notevolmente inferiori alla media nazionale, del rapporto tra soggiornanti e residenti, della incidenza delle famiglie, dei minori, delle nascite, nonché il saldo dei movimenti migratori della popolazione straniera (trasferimenti di residenza nel comune di Roma e da Roma verso altri comuni italiani), che risulta negativo; il mosaico di nazionalità, a Roma ancora più frammentato rispetto a quanto si rileva a livello nazionale, è un ulteriore segno della varietà delle componenti della immigrazione locale, dei motivi della loro presenza e in definitiva della provvisorietà di una parte significativa di esse.

Resta dunque importante l'attrazione che Roma esercita soprattutto in una fase iniziale del percorso immigratorio in Italia, quale luogo di primo approdo (o di prima meta successivamente all'ingresso nel territorio italiano), in virtù dei noti fattori: i collegamenti internazionali, la collocazione geografica, la presenza di importanti strutture di accoglienza del volontariato, connessa a sua volta allo sviluppo del fenomeno immigratorio ma anche profondamente radicata nella storia della città.

Nonostante l'immigrazione a Roma sia un fenomeno di relativa lunga data, nel contesto nazionale - come è testimoniato anche dalla presenza di una significativa, anche se minoritaria, componente di residenti di lungo periodo - ad uno sguardo di insieme emergono le condizioni ancora critiche dell'inserimento sociale degli immigrati. Difficile, come si è visto, l'inserimento lavorativo e il reperimento dell'alloggio; rilevante la presenza degli stranieri senza fissa dimora e degli insediamenti di fortuna.

I dati sanitari disponibili appaiono in certa misura riflettere il disagio sociale: ricordiamo l'alto numero di IVG, che supera quello delle nascite, mentre i dati delle SDO, integrati dalle informazioni fornite dagli operatori di singole strutture, indicano, nel confronto con la popolazione italiana, un maggiore e più frequentemente improprio ricorso ai servizi ospedalieri di emergenza[1] e ordinari, ed un utilizzo relativamente scarso della assistenza specialistica, della medicina di base e in generale dei controlli preventivi. Vari fattori possono concorrere a generare questi fenomeni: le condizioni sociali critiche di molti immigrati (il disagio abitativo e lavorativo, la carenza di relazioni famigliari di supporto), la diversità di cultura dei servizi e della prevenzione, il progetto migratorio (che in molti casi orienta anzitutto al lavoro e risparmio), ma anche aspetti riconducibili a carenze dei servizi sanitari locali (pensiamo alla difficoltà di ottenere adeguata informazione sui diritti e modalità di accesso, ai casi di discriminazione istituzionale, alle difficoltà di comunicazione tra medico e paziente).

4. La rilevazione dei servizi di assistenza sanitaria agli immigrati a Roma

Obiettivi e considerazioni metodologiche

La rilevazione effettuata è stata orientata ad individuare nell'ambito sanitario le strutture ed i servizi dedicati agli immigrati o con prevalente utenza immigrata, sia pubblici sia del privato sociale e volontariato. Tra di essi si annoverano dunque alcuni servizi rivolti anche alla popolazione italiana, generalmente destinati a fasce deboli (poveri, anziani, senza fìssa dimora, ecc.) o comunque con una rilevante affluenza delle stesse: è il caso, ad esempio, degli ambulatori della Caritas di Roma e della Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'Istituto San Gallicano.

---

[1] A tale proposito abbiamo considerato i casi del Policlinico Umberto I e del Policlinico Casilino, dove recentemente si è provveduto ad attivare strutture apposite per curare o orientare altrove i numerosissimi casi di "codici bianchi" di cittadini stranieri. Nel prossimo futuro sarà possibile avere evidenza statistica del fenomeno (vedi nota 2).

La rilevazione ha avuto i seguenti obiettivi:

- individuare sul territorio i soggetti operanti specificamente nell'ambito della assistenza sanitaria agli immigrati;
- contribuire, attraverso la rilevazione delle caratteristiche generali dei servizi e la loro mappatura territoriale, a tracciare un quadro del loro sviluppo territoriale e delle problematiche del settore nel contesto romano;
- fornire uno strumento utile ad operatori e pazienti immigrati, così come a studiosi del settore.

E' utile premettere alcune osservazioni sull'oggetto della rilevazione e sui possibili percorsi di interpretazione dei dati.

Riguardo all'ambito del SSN, la questione di rilevare servizi specifici di assistenza sanitaria agli immigrati apparentemente non si pone, almeno per quanto riguarda gli stranieri regolari, che hanno nella maggioranza dei casi il diritto ed il dovere di iscriversi al SSN, a parità di condizioni con gli italiani; si tratterebbe semmai di monitorarne adeguatamente l'accesso ai servizi per tutti (ricordiamo a questo proposito che l'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio sta procedendo verso questo obiettivo[2]).

D'altro canto, i pazienti immigrati hanno posto alcune questioni in merito alla accessibilità e fruibilità dei servizi, che hanno portato comunque ad intraprendere iniziative specifiche in ambito pubblico, anche ai sensi della normativa in vigore, che ne sottolinea la opportunità (pur non dando vincoli al riguardo). Vi è inoltre l'ambito dell'assistenza agli stranieri temporaneamente presenti (STP), che viene erogata con modalità differenziate rispetto a quelle previste per gli immigrati regolari e gli italiani, sia per quanto riguarda l'accesso (tramite l'apposito tesserino con codice anonimo), sia per quanto riguarda la fruizione della medicina di base. Ricordiamo a questo proposito che pur sancendone di fatto il diritto, la normativa in vigore non definisce le modalità di accesso all'assistenza sanitaria di base, lasciando alle Regioni la facoltà di deliberare in proposito; alcune Regioni hanno dato parimenti indicazioni generali, lasciando margini di discrezionalità alle singole ASL, come nel caso del Lazio[3].

Nella nostra rilevazione abbiamo quindi ritenuto opportuno individuare, per quanto riguarda il servizio pubblico, i punti di tesseramento e i servizi di erogazione della medicina generale per STP, nonché altre eventuali strutture e/o servizi destinati ai pazienti immigrati.

---

[2] Nel corso del 2003 l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio ha introdotto la rilevazione della cittadinanza nei Sistemi Informativi della Assistenza Specialistica e della Emergenza Sanitaria (rispettivamente SIAS e SIES); pertanto, nel prossimo futuro si disporrà delle informazioni statistiche relative all'accesso a tali servizi (cfr. su questo stesso volume Baglio et al.).

[3] Vedi delibera della Giunta Regionale del Lazio, n.5122/97. E' da sottolineare che tale atto, che ha dato disposizioni per l'attivazione dei livelli uniformi di assistenza per stranieri temporaneamente presenti, ha preceduto l'entrata in vigore della legge 40/98.

Dato il carattere preliminare dell'indagine, si è deciso di rilevare alcune caratteristiche generali dei servizi - i recapiti, l'orario e le prestazioni erogate - venendo anche incontro all'interesse manifestato in tal senso dagli operatori del settore contattati.

Riguardo allo sviluppo di iniziative nell'ambito del privato sociale e volontariato, è bene osservare che varie possono essere le motivazioni che spingono all'impegno nel settore, oltre a quelle di venire incontro a bisogni specifici di assistenza sanitaria riscontrati nei cittadini stranieri, riguardo alla accessibilità e in molti casi anche alla fruibilità dei servizi. A tale proposito, non appare corretto fare a priori valutazioni, che richiederebbero invece l'attento esame dei singoli casi, dove spesso diverse motivazioni appaiono intrecciarsi a monte delle iniziative. Più che il numero delle iniziative sviluppate in quest'ambito, un indicatore più appropriato delle difficoltà di accesso e fruizione delle strutture del SSN da parte degli immigrati, o comunque di una inadeguata conoscenza dei relativi diritti, può essere la consistenza dell'*affluenza* di tali pazienti ai servizi del privato sociale e volontariato; naturalmente, l'analisi dovrebbe escludere quella parte di pazienti che la stessa struttura pubblica invia a strutture del volontariato e privato sociale, sulla base di protocolli di intesa e convenzioni.

Riguardo alle fonti utilizzate, ci si è avvalsi anzitutto delle preziose informazioni fornite dal Gruppo di collegamento Regionale Immigrazione e Salute Lazio (GRIS), in particolare dal coordinatore Salvatore Geraci e dai referenti delle diverse ASL romane, membri del GRIS stesso; sono state quindi contattate direttamente le diverse strutture sul territorio romano, per le necessarie informazioni integrative e di controllo. La consultazione dei siti Internet ha inoltre consentito di individuare alcuni recapiti. Per quanto riguarda l'ambito del volontariato e privato sociale, si sono utilizzati anche gli albi delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni culturali e delle cooperative sociali della Regione Lazio, nonché le indicazioni fornite dagli stessi operatori man mano contattati, ai quali abbiamo chiesto di segnalarci ulteriori servizi di cui fossero a conoscenza.

L'indagine sul territorio è stata condotta dalla dott.ssa Chiara Mellina* con l'ausilio della sig.ra Patrizia D'Arrigo, incaricata della segreteria della ricerca.

Breve analisi dei risultati

Nel corso della rilevazione si è potuta osservare una considerevole variabilità nel tempo di orari, personale impegnato e prestazioni fornite, connessa in definitiva alla precarietà di questi servizi, in buona parte erogati attraverso progetti, contratti precari e/o forme di collaborazione volontaria. Questo aspetto si osserva sia nell'ambito del privato sociale e volontariato sia, in una certa misura, in quello del servizio pubblico (torneremo oltre su questo argomento).

---

* Vedi I Workshop.

In relazione a questa variabilità, abbiamo deciso, anziché di pubblicare un opuscolo, di inserire l'elenco dei servizi Internet nel sito del nostro Istituto, prevedendo un aggiornamento periodico delle informazioni[4].

Un altro elemento di rilievo emerso durante lo svolgimento della rilevazione è stata la conoscenza parziale, da parte degli operatori del settore a Roma, dell'universo dei servizi di assistenza sanitaria agli immigrati operanti sul territorio; proprio in quanto strumento informativo, la nostra rilevazione è stata considerata particolarmente utile dagli operatori contattati, che ci hanno sollecitato a distribuire alla fine il nostro prodotto. La scarsità dell'informazione è emersa a volte anche nell'ambito del servizio pubblico, rispetto ai servizi forniti non solo da organizzazioni di volontariato, ma anche da altre ASL ed in qualche caso dalla stessa ASL di appartenenza dell'operatore contattato, quando non dallo stesso distretto o persino struttura.

La carenza di informazione appare connessa alla molteplicità dei servizi presenti sul territorio romano, all'estensione di quest'ultimo e, nell'ambito del SSN, all'accorpamento relativamente recente di quelle che erano un tempo USL distinte; tuttavia, questo aspetto chiama in causa la carenza di ricerche e strumenti informativi aggiornati, a volte la debolezza del lavoro di rete e, in qualche caso, una certa disorganizzazione.

Si è ritenuto utile analizzare le informazioni ottenute, pur con le dovute riserve, data la continua evoluzione del fenomeno e la incompletezza delle informazioni, che in qualche caso non hanno potuto essere rilevate per il mancato contatto con gli operatori[5].

Per quanto riguarda l'ambito del privato sociale e volontariato, abbiamo rilevato 41 servizi sanitari[6], forniti da 38 organizzazioni. Si tratta prevalentemente di servizi ambulatoriali, di cui ben 14 sono poliambulatori (11, escludendo quelli operanti sulla base di accordi con le ASL). In un solo caso si tratta invece di un servizio offerto da singoli medici volontari, in connessione con una organizzazione (il Centro Culturale Islamico), senza disporre di una sede *ad hoc*.

Riguardo alla distribuzione territoriale, le strutture di appartenenza sono risultate prevalentemente concentrate nel primo municipio, dove se ne contano 14 (circa un terzo del totale). Questo fatto potrebbe essere ricollegabile alla elevatissima presenza di immigrati (il primo municipio è al primo posto in graduatoria per numero di stranieri residenti e per la percentuale sulla popolazione locale - ben il 17,2% - oltre ad annoverare una notevole presenza di immigrati irregolarmente presenti e senza fissa dimora), ma si potrebbe ascrivere anche, e più

---

[4] Cfr. http://www.iims.it/ric_iimsdocs/14.htm.

[5] Nell'elenco tali casi sono segnalati dalla abbreviazione n.r. (= "non rilevato").

[6] Il numero comprende anche i servizi attivati sulla base di protocolli di intesa, convenzioni o comunque accordi formali con le ASL (quali gli ambulatori di Medici Senza Frontiere presso la ASL RME e dell'Associazione Medici Stranieri in Italia (AMSI), presso la ASL RMB.

verosimilmente, alle maggiori opportunità logistiche, tra cui la possibilità di reperire una sede nella zona centrale, dove fra l'altro sono collocate le sedi storiche delle grandi organizzazioni di volontariato. È d'altro canto la presenza delle stesse strutture di accoglienza e assistenziali del volontariato, spesso, ad attirare sul territorio quella degli immigrati, degli irregolari in particolare. Del resto, nei municipi dove risulta comunque notevole la presenza di immigrati (nell'ordine, XX, II, XVIII, XIII, XIX), il numero dei servizi di assistenza sanitaria agli immigrati del volontariato e privato sociale è assai inferiore (da uno a tre)[7].

Interessante è l'analisi del tipo di prestazioni fornite, da considerare con le dovute riserve di cui sopra, e tenendo conto dei vari fattori che possono determinarne la scelta: non necessariamente, o non solo, il riscontro di una rilevante domanda specifica, ma anche, ad esempio, la disponibilità di personale qualificato.

Si rileva un'ampia tipologia di prestazioni, tra cui figurano anche quelle diagnostiche, chirurgiche, fisioterapiche. Tra quelle più frequentemente offerte, predomina la medicina generale (16 servizi); al secondo posto, si riscontrano la psicologia e psichiatria (12), mentre seguono a distanza le prestazioni ginecologiche (6) e odontoiatriche (6), quelle pediatriche (4), oculistiche (4), pneumologiche (4) e la distribuzione di farmaci (4), quelle dermatologiche (3) e neurologiche (3).

Per quanto riguarda l'ambito pubblico, premettiamo che nell'illustrare i servizi rilevati si è ritenuto utile integrare i dati della rilevazione con informazioni tratte dalle interviste effettuate, in particolare riguardo alle scelte metodologiche e ai percorsi che hanno portato alla costituzione di tali servizi; tali elementi ci permettono infatti di definire meglio la natura dei servizi stessi e di interpretarne più adeguatamente lo sviluppo sul territorio (ulteriori informazioni sull'approccio e sugli interventi delle ASL nel settore verranno fornite successivamente).

Andando ad esaminare i punti di *tesseramento stp*, essi si rilevano all'interno di ogni distretto sanitario. Nella ASL RMA e RMC il tesseramento viene effettuato presso gli sportelli di scelta/revoca del medico, nella ASL RMB sia presso gli sportelli di scelta/revoca del medico (1° e 2° distretto), sia presso alcuni poliambulatori (3° e 4° distretto), mentre nella ASL RMD il tesserino è rilasciato negli ambulatori direttamente dal medico del servizio, che ha anche il compito di fornire l'assistenza di primo livello agli STP. Il tesserino viene inoltre rilasciato dai consultori[8], ad eccezione della ASL RMC, nonché presso gli ospedali delle ASL RMA, RMB e RMC.

---

[7] Per i dati sugli immigrati residenti la relativa graduatoria dei municipi, rimandiamo alla relazione di M.A. Bernardotti (I Workshop). Facciamo presente che la graduatoria sopra riportata, calcolata sulla base di dati anagrafici al 31 dicembre 2001, è leggermente diversa se si utilizza l'anticipo dei dati del censimento effettuato nel medesimo anno (in particolare, l'8° municipio risulterebbe terzo in graduatoria, e il 6° quarto; cfr. M.A. Bernardotti, I Workshop.

[8] In alcuni consultori della ASL RMA e RMD solo agli utenti del consultorio.

Nella ASL RME, i tesserini per STP vengono rilasciati dal Servizio di Medicina Internazionale, dove è attivo un servizio di assistenza sanitaria di base, comprendente anche la pediatria e la ginecologia, un servizio sociale e uno sportello per la prenotazione delle prestazioni specialistiche all'interno della ASL medesima. Fino a luglio 2003 si trattava dell'unico punto di tesseramento STP nella ASL. L'impostazione originaria, adottata dal Servizio di Medicina Internazionale, è stata quella di centralizzare nella ASL il servizio di rilascio dei tesserini, per vari motivi: per facilitare l'accesso agli immigrati, dando la possibilità di fruire, in un unico punto, delle prestazioni mediche, sociali ed amministrative; per poter garantire all'interno di un servizio specializzato, quale quello dedicato costituito, l'instaurazione di un rapporto di fiducia con gli immigrati irregolari, ritenuto di cruciale importanza ai fini del loro accesso; si è anche tenuto conto della facilità di raggiungere con i mezzi di trasporto pubblico la struttura, che risultava in una posizione particolarmente ben collegata[9]. Attualmente presso la ASL RME i tesserini vengono rilasciati anche presso i due ambulatori per STP gestiti da Medici Senza Frontiere (MSF) ai sensi di un protocollo di intesa siglato con la ASL, collocati all'interno di strutture poliambulatoriali della ASL medesima[10].

Oltre alle ASL, il tesseramento viene effettuato anche presso alcune aziende ospedaliere (San Giovanni, San Filippo Neri, S.Spirito), università (Policlinico Umberto I) e IRCCS (Istituto S. Gallicano, Ospedale Bambino Gesù, Istituto "Lazzaro Spallanzani").

Per quanto riguarda l'*assistenza di primo livello* agli stranieri temporaneamente presenti, le scelte sono state differenti. Nella ASL RMB, RMC e RMD, essa è stata demandata a medici dei servizi, operanti all'interno dei poliambulatori, stabilendo orari dedicati. Nella ASL RMB, inoltre, sono stati istituiti tre servizi dedicati, presso strutture della stessa ASL, gestiti in convenzione dall'Associazione Medici Stranieri in Italia (AMSI). Si tratta di poliambulatori che offrono, oltre alla medicina generale, diverse prestazioni specialistiche; l'AMSI gestisce inoltre un ambulatorio odontoiatrico, sempre all'interno della ASL RMB.

Nella ASL RMA l'assistenza di primo livello agli STP è stata invece demandata all'Area Sanitaria della Caritas di Roma, sulla base di un protocollo di intesa.

Presso la ASL RME, la medicina generale per STP è erogata interamente tramite servizi di fatto dedicati: il Servizio di Medicina Internazionale e i due recenti ambulatori di Medici Senza Frontiere, di cui si è detto.

---

[9] Il servizio ha avuto sede per lungo tempo in via Fornovo, dove è collocato un CUP; successivamente è stato trasferito in via Catone, dove si trova attualmente.

[10] In programmazione l'apertura di un terzo ambulatorio; riguardo agli ambulatori di MSF vedi anche, su questo volume, G. Gomma e F. Orecchini, I Workshop.

Diversi sono stati i percorsi e le riflessioni a monte delle scelte effettuate. E' utile osservare in primo luogo che le iniziative si sono nella maggioranza dei casi sviluppate 'dal basso', da parte di operatori sovente già attivi nel settore, spesso operanti in contesti di particolare affluenza dei pazienti immigrati e/o in ambiti - quali i consultori famigliari, la salute mentale - dove la natura dei servizi offerti può indurre ad una maggiore attenzione e sensibilità verso i particolari bisogni di tale categoria di pazienti. Sulle loro iniziative hanno avuto influenza non solo orientamenti ideologici e di metodo, ma anche le particolari esperienze e relazioni sviluppate all'interno degli specifici contesti locali in cui hanno operato.

Presso la ASL RMA le iniziative in materia di immigrazione, avviate già nei primi anni '90 sotto la pressione di una rilevante presenza di immigrati, particolarmente nella zona del I municipio[11], hanno visto fin dall'inizio la collaborazione con le grandi organizzazioni del volontariato e del privato sociale presenti nella zona, in particolare con quelle operanti nell'ambito della assistenza sanitaria (Caritas, Jesuit Refugee Service - Centro Astalli, Comunità di S. Egidio, Casa dei Diritti Sociali); la collaborazione personale, in qualità di volontari, di alcuni operatori della ASL a queste stesse organizzazioni ha inoltre facilitato lo sviluppo di tali rapporti. L'approccio generale promosso dai referenti del settore[12], è quello di non costituire servizi dedicati, ma di facilitare l'accesso degli immigrati ai servizi per tutti, puntando, per quanto possibile, sulla formazione del personale. La scelta metodologica non è comunque stata univoca; per l'assistenza di primo livello agli stranieri STP si è imboccata una strada diversa: tenuto conto delle esigenze specifiche di questa categoria, della difficoltà di istituire un ambulatorio *ad hoc* nel contesto particolare della ASL, e nel contempo della necessità di andare comunque oltre l'estemporaneità del 'volontariato' interno di singoli medici, si è risolto di siglare un protocollo di intesa con l'Area sanitaria della Caritas, con cui era in atto una collaborazione consolidata, di lunga data[13].

Anche presso la ASL RMB le iniziative per l'assistenza sanitaria agli STP si sono sviluppate 'dal basso', per effetto della sensibilità e dell'impegno civile di alcuni operatori[14], e delle connessioni con il mondo del volontariato; l'impulso è

---

[11] Si tratta di iniziative di formazione del personale e di informazione dei pazienti immigrati (costituzione dell'Agenzia Immigrati, vedi par. 5) presso la USL RM1, ora primo distretto della ASL RMA.

[12] Il dott. Filippo Gnolfo, referente aziendale per il Gruppo Regionale Immigrazione e Salute, già promotore delle prime iniziative nel settore, da noi intervistato, e il dott. Antonio Cirillo, coordinatore del Gruppo di Lavoro "Immigrazione e Salute" e responsabile per la linea di attività "Tutela salute immigrati", formalmente inserita presso il Dipartimento di Prevenzione.

[13] Nell'ambito di tale collaborazione si era già pervenuti ad un accordo analogo per l'assistenza ai senza fissa dimora.

[14] Ricordiamo tra di essi il dott. Giuseppe Alcaro, attuale "Coordinatore aziendale per l'assistenza agli STP" e referente per l'immigrazione della ASL RMB all'interno del Gruppo Regionale Immigrazione e Salute.

stato dato da una situazione particolarmente critica riscontrata nella VII circoscrizione - oggi VII municipio - dove la popolazione immigrata, in aumento nel corso degli anni, si è inserita in un contesto di disagio sociale locale. Per favorire l'accesso della popolazione immigrata della zona al SSN, assai limitato rispetto alle presenze effettive, e per fornire le cure di base agli STP ai sensi del Decreto Dini, è stato quindi istituito lo "Sportello Amico" nel gennaio 1997, ancora prima che venisse emanata la delibera regionale per l'attivazione dei livelli uniformi di assistenza per stranieri temporaneamente presenti (DGR 5122/97). Il servizio si articola in uno sportello informativo ed un ambulatorio di medicina generale e pediatria per STP, dove opera, oltre a medici dipendenti della ASL, anche personale a contratto e volontario[15]. Col tempo sono quindi stati attivati presso gli altri distretti servizi di assistenza di primo livello agli STP presso i poliambulatori, mentre i rapporti con singoli medici stranieri dell'AMSI, che lavorano regolarmente all'interno dell'azienda, hanno portato alla costituzione dei poliambulatori dedicati di cui si è detto.

I servizi per STP si sono dunque sviluppati nella ASL RMB attraverso molteplici percorsi, secondo le opportunità che si sono contestualmente presentate, andando a costituire un'offerta multiforme, di varie soluzioni. La ASL ha inoltre formalizzato la figura di un "Coordinatore aziendale per l'assistenza agli STP"[16].

Nella ASL RMC l'assistenza di base agli STP, e più in generale l'approccio di intervento in materia di immigrazione, si fonda su una precisa scelta metodologica: non costituire servizi dedicati, al fine di favorire l'accesso diretto ai servizi per tutti. Nella ASL sono state intraprese attività nel settore (informative, formative, educative) già dai primi anni '90, anche di portata cittadina e regionale, sotto lo stimolo delle istituzioni locali, nonché grazie alla competenza e all'impegno di singoli operatori[17]. Il particolare impegno nella promozione dei diritti e nella tutela della salute dei migranti ha portato, già nel '96, ancora prima dell'entrata in vigore del Decreto Dini, all'emanazione di una delibera con disposizioni per l'assistenza agli stranieri "in caso di inderogabile necessità", consentendo loro l'accesso a tutti i servizi territoriali della ASL, inclusi i poliambulatori[18]. A tale provvedimento si è ispirata anche la delibera regionale 5122/97, alla cui stesura hanno contribuito i referenti di settore della stessa ASL RMC, insieme a

---

[15] In particolare, oltre a due medici della ASL, un medico convenzionato per la medicina pediatrica e tre volontari: un mediatore culturale, una unità amministrativa in pensione e un'assistente sociale che ha svolto la sua tesi di diploma coniando la denominazione di "Sportello Amico".

[16] Il dott. Giuseppe Alcaro, di cui si è detto (vedi nota precedente).

[17] Ricordiamo particolarmente la dott.ssa Maria Edoarda Trillò, allora responsabile del Dipartimento Materno Infantile, oggi referente di settore nell'ambito della ASL e del Gruppo Regionale Immigrazione e Salute.

[18] L'iniziativa è nata sulla scia delle azioni formative intraprese, che hanno sensibilizzato anche l'allora Direttore Generale, Andrea Alesini. Il provvedimento è stato preceduto da indagini mirate, che ne hanno fra l'altro mostrato la convenienza, a fronte dei costi di una eccessiva ospedalizzazione.

quelli della ASL RMA. In questo quadro storico si colloca dunque la scelta metodologica di demandare ai medici dei servizi la erogazione della assistenza di primo livello agli STP, mentre l'accesso e la fruizione dell'assistenza sanitaria, da parte degli STP come degli immigrati regolarmente presenti, viene facilitato attraverso un servizio di mediazione culturale diffuso, disponibile presso tutti servizi territoriali a chiamata[19], e fisso presso le strutture ospedaliere della ASL[20].

Presso la ASL RMD le iniziative per l'assistenza sanitaria agli STP hanno avuto un avvio istituzionale, da parte degli organismi aziendali competenti, in attuazione delle disposizioni regionali (DGR 5122/97) e quindi nazionali (l. 40/98); sempre su iniziativa istituzionale è stata creata una Unità Operativa specifica[21], con compiti di formazione, progettazione e consulenza per interventi nel settore. Anche presso questa ASL si riscontra tuttavia precedentemente l'interesse e l'impegno informale di alcuni operatori (anche a livello di direzione distrettuale[22], nonché nell'ambito materno-infantile e della salute mentale), mentre parte dalla iniziativa di un'operatrice il "Progetto Immigrati" della ASL e la relativa istituzione dell'organismo di coordinamento di settore[23].

L'orientamento generale, anche nel caso della ASL RMD, è quello di non istituire servizi dedicati. Per l'assistenza di base agli STP, presso gli ordinari ambulatori di medicina generale, si sono stabiliti comunque orari appositi e si è proceduto ad integrare, per quanto possibile, l'apporto del medico con quello di altre figure professionali (vedi par. 5).

Ci siamo già soffermati sulla scelta metodologica della ASL RME; per la costituzione del servizio, di fatto dedicato, ha avuto un ruolo importante la iniziativa dell'attuale responsabile, già attivo nel settore della Medicina delle Migrazioni[24], che ne ha formulato la proposta nel 1998, ai fini dell'attuazione delle disposizioni di legge per l'assistenza agli stranieri temporaneamente presenti (l. 40/98); il servizio dedicato è stato collocato all'interno del preesistente Servizio di Medicina del Turismo della ASL. Se da un lato è stato per lungo tempo l'unico servizio per STP disponibile nella ASL RME, se ne è particolarmente incrementata, d'altra parte, la disponibilità in termini di orario (è l'unico

---

[19] Consultori familiari, SERT, CSM e poliambulatori.

[20] Cfr. su questo stesso volume M. E. Trillò. Il servizio è stato realizzato su base progettuale con finanziamento del Comune a partire dal '97, ed ha funzionato sino a parte del 2003; risulta ora attualmente sospeso per mancanza di fondi.

[21] "Unità Operativa Stranieri Temporaneamente Residenti" (2002), che si occupa degli stranieri in generale.

[22] Ci riferiamo in particolare all'allora direttrice del terzo Distretto, dott.ssa Francesca Barbieri, attuale responsabile della Unità Operativa Stranieri e referente della Asl per il Gruppo Regionale Immigrazione e Salute.

[23] "Gruppo di Coordinamento Progetto Immigrati". L' iniziativa è della dott.ssa Margherita Sestieri, attuale coordinatrice del Gruppo (vedi par. 5).

[24] Il dott. Giovanni Meledandri , attuale responsabile del Servizio di Medicina Internazionale.

a Roma ad essere aperto tutti i giorni della settimana)[25]. L'accesso al servizio è consentito anche a quei pazienti che, una volta regolarizzati, desiderino comunque mantenere la continuità di rapporto con il medico.

In seguito alla costituzione, all'interno della ASL, degli ambulatori di Medici Senza Frontiere, il Servizio di Medicina Internazionale opera in coordinamento con essi. Riguardo a questi ultimi, l'iniziativa per la loro costituzione è partita dalla organizzazione stessa (già in contatto con il Centro Studi e Ricerche della ASL) che, osservata la mancanza di strutture per l'assistenza agli STP nel XX municipio - peraltro il secondo in graduatoria a Roma per numero di immigrati residenti, e con notevole presenza di irregolari - ha formulato la proposta di costituire di un ambulatorio per l'assistenza agli STP nella zona. A questa iniziativa ne sono seguite altre due per l'attivazione di servizi analoghi nei distretti rimanenti.

Oltre alle ASL ricordiamo, fra le strutture del SSN impegnate nel settore, l'Istituto S. Gallicano (IRCCS), che ha sviluppato negli anni una intensa attività. Presso questo Istituto, la natura delle patologie trattate (dermatologiche, malattie sessualmente trasmesse), i loro fattori e implicazioni di carattere sociale, e le finalità etiche, già dichiarate alla sua fondazione[27] tre secoli fa, hanno concorso a sviluppare un terreno sensibile alle problematiche dell'assistenza sanitaria agli immigrati; su di esso si sono innestati il particolare interesse e l'iniziativa di un primario[28], che hanno portato alla istituzione della Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale. Presso la Struttura, sviluppata per venire incontro alle complesse esigenze dei pazienti delle fasce sociali più deboli e degli immigrati, ma in ogni caso aperta a tutti, vengono erogate, oltre alla medicina interna, una grande varietà di prestazioni specialistiche e diagnostiche con l'ausilio di mediatori culturali (attualmente una trentina) e della consulenza di antropologi.

Dalla rilevazione effettuata è emerso infine un considerevole sviluppo di iniziative sia informali, sia formalizzate, nell'ambito della salute mentale - un'area particolarmente critica, dove si impongono con evidenza e immediatezza i problemi della comunicazione interculturale. Ricordiamo a tale proposito l'esistenza di una Unità Funzionale di Psichiatria Transculturale presso il secondo distretto della ASL RMA, l'ambulatorio psichiatrico per immigrati presso il terzo distretto della ASL RMB, il "Progetto Immigrati" attivato dal Dipartimento di Salute Mentale della ASL RMC, che prevede l'utilizzo dei mediatori culturali

[25] Tutte le mattine, dal lunedì al venerdì, e i due pomeriggi del martedì e giovedì.
[27] Una targa all'ingresso, che risale alla fondazione, recita: "Benedictus XIII P.O.M. neglectis rejectisque ab omnibus prurigine lepra et scabies (...) a fundamentis erexit"; vedi su questo stesso volume A. Morrone e O. Latini (III Workshop).
[28] Dott. Aldo Morrone, attuale Direttore della Struttura Complessa.

presso tutti i servizi nell'ambito della salute mentale, e il progetto del DSM della ASL RMD per l'assistenza sociosanitaria ai pazienti afferenti ai servizi psichiatrici, che prevede l'utilizzo di mediatori a chiamata presso i servizi del DSM (CSM e SPDC) e la formazione del personale dei servizi.

Presso la ASL RMB gli interventi in questo ambito hanno una tradizione di lunga data, sul cui sviluppo ha inciso in modo determinante l'operato di uno psichiatra (ed etnopsichiatra) della ASL[29]: tra le attività passate, ricordiamo il corso di formazione per operatori negli anni 1995-6, ed il progetto "M. Risso" per la tutela della salute mentale delle popolazioni migranti, formalizzato dalla ASL con delibera del 1997.

5. Analisi delle interviste: criticità e soluzioni prospettate dagli interlocutori

Passiamo ora all'analisi delle testimonianze dirette fornite dagli interlocutori. Sono state effettuate interviste in profondità, semistrutturate, ad operatori del settore della società locale (n. 20) nonché a operatori, esponenti di associazioni e singoli pazienti immigrati (n.23), oltre a numerosi colloqui informali[30].

Le interviste agli interlocutori immigrati

La condizione di 'straniero' immigrato da paesi poveri è obiettivamente una condizione di svantaggio, che si evidenzia particolarmente, anche se non unicamente, in un primo periodo di permanenza nella società di accoglienza; tale svantaggio è fonte di difficoltà e di disagi di varia natura, che si osservano anche nell'accesso e fruizione dei servizi sanitari.

---

[29] Prof. Sergio Mellina.

[30] In particolare sono stati intervistati in profondità referenti dei seguenti enti/associazioni: le cinque ASL romane (RMA, RMB, RMC, RMD e RME; là dove non figurano incarichi formali, si sono considerati quali referenti i rappresentanti delle ASL all'interno del GRIS Lazio); Istituto San Gallicano –Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale; Policlinico Umberto I; SERT di Rebibbia; Caritas – Area sanitaria; Casa dei Diritti Sociali; Medici contro la Tortura; Jesuite Refugee Service – Centro Astalli; Comunità di S. Egidio; Medici Senza Frontiere; Associazione Cittadini nel Mondo; Associazione Cittadinanza Attiva – P*i*T Immigrati.
Le organizzazioni/enti di cui gli interlocutori immigrati fanno parte e/o per le quali lavorano sono le seguenti: Associazione NoDi; Associazione Senza Confini; Associazione Egiziana Roma e Lazio; Associazione Lavoratori Pakistani; Commission for Philipin Migrant Workers; Associazione Allende; CELSI –CGIL; Casa dei Diritti Sociali; Istituto S. Gallicano.
Per quanto riguarda le interviste agli immigrati, oltre ai singoli pazienti sono stati intervistati: mediatori (n. 8); esponenti di associazioni (n.4); operatori sanitari stranieri (2, di cui un medico e una operatrice di 'medicine alternative'); rifugiati (2). Le appartenente nazionali/etniche comprendono: Romania, Albania, Polonia, Ucraina, Norvegia, Marocco, Algeria, Egitto, Nigeria, Senegal, Kurdistan iracheno, Filippine, Pakistan, India, Cina, Perù, Brasile, Rom.

Lo svantaggio appare essenzialmente triplice, connesso a tre ordini di fattori.

Vi è anzitutto lo svantaggio sul piano giuridico, determinato non solo dalla disparità di diritti rispetto ai cittadini italiani, sancita dalla normativa in vigore, ma anche dalla complessità della materia stessa, dai suoi continui aggiornamenti e mutamenti.

Vi è lo svantaggio connesso alla diversità di formazione linguistica e culturale, che comporta - sia pure in vario grado a seconda dei casi - disorientamento e disagio, difficoltà comunicative ed interpretative nella interazione con la società e l'ambiente locale. Per altro verso, la 'diversità' culturale, costruita ed elaborata concettualmente da ambo le parti nel quadro di operazioni di organizzazione dei rapporti sociali, economici e politici[31], nonché cognitive[32] e psicologiche[33], alimenta la formazione dei pregiudizi, generando barriere alla interazione e integrazione sociale.

Vi è infine il basso status sociale di molti immigrati dai paesi poveri, che si determina in base a processi socioeconomici, oltre che per effetto degli altri due fattori di cui sopra.

I tre ordini di svantaggio appaiono effettivamente intrecciarsi ed alimentarsi a vicenda, dando luogo a circoli viziosi.

Dalle interviste agli interlocutori immigrati, emergono difficoltà a tutti e tre i livelli, con accentuazione diversa, che andremo ora ad evidenziare.

Come abbiamo visto (rimandiamo a questo proposito, per ulteriori dettagli, alla relazione di M. Adriana Bernardotti)[34], vengono sollevate alcune questioni relative alla normativa ed alla sua applicazione, chiamando in causa anche disagi che direttamente sanitari non sono, ma che di fatto si ripercuotono sul benessere dell'individuo.

Ricordiamo in particolare come la precarietà della regolarità del soggiorno, maggiormente vincolata alla condizione occupazionale secondo la l. 189/02, ed il relativo accentuato rischio di perdita dei diritti (tra cui anche quello di iscrizione al SSN, col regresso alla condizione di STP) siano denunciati quale fonte di ansia e depressione. Vengono inoltre lamentate le inadempienze degli operatori agli sportelli, soprattutto in merito alla iscrizione al SSN per i regolarizzandi ed i richiedenti asilo.

Rilevanza centrale (nella denuncia dei problemi, così come nello spazio accordato al discorso) appaiono avere le questioni di ordine comunicativo, linguistico e più in generale socioculturale. Riassumendo, gli interlocutori immigrati hanno evidenziato i problemi seguenti:

---

[31] Vedi F. Barth (1994).
[32] Vedi C. Mahmood e S.L. Armstrong (1992).
[33] Vedi E. Erikson (1968).
[34] II Workshop.

- problemi relativi alla informazione e comunicazione: si è lamentata la carenza di informazione sui diritti all'assistenza sanitaria, sulle modalità di accesso alle strutture sanitarie ed ai servizi al loro interno; inoltre, rispetto alla informazione disponibile, le modalità di comunicazione vengono giudicate spesso inadeguate ai fini della comprensione;
- problemi di ordine sociale ed economico: si osserva come le condizioni lavorative ostacolino spesso l'accesso ai servizi (tipico a questo riguardo, anche se non unico, il caso delle badanti); la disponibilità economica ridotta o comunque convogliata verso il risparmio è un altro fattore che spinge a disertare i servizi a pagamento, generalmente quelli del SSN, optando per i servizi del volontariato; per altro verso, l'inadegautezza della condizione alloggiativa e la carenza di relazioni di supporto mettono a repentaglio la corretta applicazione delle cure;
- problemi di ordine culturale: si evidenziano aspettative disattese ed insoddisfazione nella relazione medico-paziente, particolarmente con il medico di base, nonché difficoltà a comprendere l'organizzazione dei servizi. Questi aspetti appaiono connessi alla diversità di cultura medica e dei servizi acquisita nel paese di provenienza, dove in molti casi l'organizzazione dei sistemi sanitari è più semplice, la risposta più tempestiva, sia pure a fronte di una maggiore spesa (assai criticati i lunghi tempi di attesa), minore lo spazio e, quantomeno nel senso comune, il valore accordato alla prevenzione, diversa, se pure in varia forma e misura, la concezione della malattia e del ruolo del medico - quest'ultimo appare in generale, come si è visto, meno burocratico, più determinato ed immediato nelle decisioni, meno soggetto alla valutazione critica del paziente, più 'vicino' culturalmente, a volte anche umanamente.
  Con riferimento alle condizioni di salute, si osserva in generale come il distacco culturale dal paese di origine e le incomprensioni, contrasti e conflitti che ne derivano (*disagio culturale*), spesso intrecciandosi a situazioni di disagio sociale, comportino malessere a livello psicologico e psicosomatico. A tali disturbi viene data una rilevanza particolare dagli interlocutori, anche per il fatto che non trovano adeguata risposta nei servizi offerti.
  Ad uno sguardo esterno, un altro aspetto che appare critico sono le pratiche di automedicazione, rispetto alle quali sarebbero opportune indagini sulle relative rappresentazioni e forme di sapere, individuandone i codici culturali condivisi.

E' bene sottolineare che tale panorama culturale si rivela nella sua dinamicità e variegatezza, nelle sue forme di eclettismo e meticciato che il contesto migratorio favorisce, ma che appaiono caratterizzare generalmente le pratiche di recupero della salute anche nei paesi di origine, là dove si intrecciano saperi popolari e professionali, culture vicine e lontane, fattori socioeconomici e logistici, diversi criteri di efficacia e tattiche di ricorso a vari rimedi, per tentativi[35].

---

[35] Un esempio assai significativo in tal senso, che riguarda un contesto apparentemente "tradizionale", ancora negli anni '80, è il caso dei Tharaka (Kenya) studiato nell'ambito di un progetto di

Tutto ciò si intreccia con la condizione specifica del migrante, con il suo progetto migratorio, con quanto egli investe sull'attività lavorativa. Spesso al lavoro viene attribuita la priorità, davanti alla tutela della propria salute, finché il deterioramento di quest'ultima non raggiunga livelli tali da impedire totalmente lo svolgimento dell'attività lavorativa. Il lunghi tempi di attesa, i complessi iter da seguire all'interno del SSN, risultano in quest'ottica ancora più gravosi.

Tutte queste difficoltà influiscono sulle scelte dei percorsi di cura, che evidenziano due nodi critici già sottolineati dagli operatori: la preferenza di molti per i servizi dedicati e/o a bassa soglia e gratuiti (servizi del volontariato e privato sociale, Pronto Soccorso, servizi per STP, questi ultimi utilizzati non di rado anche dagli immigrati in posizione regolare di soggiorno); lo scarso ricorso alla assistenza di primo livello ed alla prevenzione.

Le richieste e suggerimenti, in risposta alla domanda su cosa dovrebbe fare il servizio sanitario pubblico per migliorare l'assistenza sanitaria ai pazienti immigrati, sono apparse coerenti con le problematiche sottolineate: si chiede, come si è visto, l'interpretariato linguistico, lo sviluppo organico dei servizi di informazione e orientamento ed un maggiore inserimento di professionisti stranieri quali medici, infermieri e mediatori. Si è riscontrato anche a questo proposito l'accenno specifico al medico di base, che dovrebbe essere più informato sulla normativa di settore e in generale più sensibile e disposto all'accoglienza.

Il paziente immigrato appare in conclusione da un lato simile a quello italiano, riflettendone ed evidenziandone le necessità, dall'altro richiede un occhio attento agli aspetti di specificità sociale e culturale, che necessiterebbero di ulteriori sviluppi di indagine e di adeguata attenzione nei programmi formativi degli operatori.

Le interviste agli operatori dei servizi

Sul fronte dell'intervento, dall'analisi delle interviste ad operatori e responsabili dei servizi pubblici e del terzo settore, emergono alcune questioni metodologiche di fondo ed alcune aree di intervento, che appaiono rilevanti sia in quanto la programmazione è stata orientata su di esse, sia per le criticità dell'intervento, che ad esse vengono riferite. In questa sede riprendiamo alcuni punti emersi nella prima analisi effettuata da Maria Paola Volpini, presentata al nostro primo workshop.

---

autosviluppo medico-sanitario; vedi Volpini, Dal Lago e Wood (1988), in particolare le storie di vita dei pazienti. La pluralità dei registri di coerenza nelle pratiche diagnostiche e terapeutiche, con riferimento a contesti africani, così come occidentali, è stata già evidenziata in M. Augé e C. Herzlich (1983).

Servizi dedicati/servizi per tutti

Iniziamo ad esaminare le questioni metodologiche di fondo sollevate, che incidono trasversalmente sulla impostazione degli interventi all'interno di diverse aree.

La questione se istituire servizi dedicati agli immigrati, o se favorire l'accesso ai servizi per tutti, si evidenzia particolarmente nell'ambito del servizio pubblico[36].

E' bene sottolineare che tale questione non viene posta nella realtà in termini oppositivi, essendo comunque riconosciuto da tutti gli interlocutori l'obiettivo ultimo di favorire l'accesso degli immigrati ai servizi per tutta la popolazione, da un lato, mentre dall'altro si riscontra quasi sempre una qualche forma di assistenza 'dedicata'.

Vi è comunque chi ritiene che non debbano essere in ogni caso costituiti servizi *sanitari* dedicati, in quanto ghettizzanti (è la posizione assunta dagli interlocutori della ASL RMC e RMD) e chi - come nel caso della interlocutrice della ASL RME, ma per altri versi anche di quelli della ASL RMB e RMA - ha considerato, in relazione alla situazione specifica della propria ASL, l'opportunità di poter utilizzare, tramite un servizio dedicato, competenze, risorse ed accorgimenti logistici specifici che possano facilitare l'accesso e fruizione dei servizi da parte dei pazienti immigrati, in particolare di quelli irregolari. Tali servizi, nella prospettiva di chi ne sostiene l'opportunità, non rappresentano un "ghetto", ma al contrario un "ponte" (per usare una metafora espressa dalla interlocutrice della ASL RME), per facilitare l'accesso anche ai servizi per tutti.

E' utile osservare, ad ogni modo, che la questione della erogazione della medicina di base agli stp porta generalmente ad adottare soluzioni diversificate, di fatto specifiche, rispetto all'iter definito per gli immigrati regolari e per la popolazione italiana in genere: se non ad un vero e proprio servizio dedicato, si fa ricorso ad un utilizzo molto particolare, sovente in orari dedicati, talvolta con servizi integrativi (assistenza sociale, orientamento ecc.), dei medici dei servizi. Tali misure sono adottate tenendo conto non solo delle diverse modalità di accesso implicate dalla legge in vigore, ma anche dei particolari bisogni di tale categoria.

Infine, l'utilizzo dei servizi sanitari per tutti da parte dei pazienti immigrati viene in generale favorito con servizi 'dedicati' collaterali di supporto, sul versante sociosanitario: pensiamo ai servizi di mediazione culturale, a quelli di accoglienza, di informazione e orientamento. L'interlocutore della ASL RMA ritiene, con una posizione personale da egli stesso definita una 'via di mezzo', che servizi dedicati collaterali, con funzioni di filtro, sostegno ed eventualmente

---

[36] Nell'ambito del volontariato, gli interventi a sostegno degli immigrati sono quasi sempre, in una qualche misura, 'dedicati': destinati cioè esclusivamente ad immigrati, o a diverse categorie di soggetti svantaggiati, tra cui anche i cittadini stranieri. Fanno eccezione poche realtà, come quella dei servizi offerti dalla Associazione Medici Italo-Arabi (MIA), nati per venire incontro alle necessità dei pazienti immigrati, ma comunque aperti a tutti e di fatto utilizzati attualmente in maggioranza dai pensionati della zona.

accompagnamento ai servizi per tutti, debbano essere attivati soprattutto per le categorie di immigrati particolarmente critiche, quali le vittime della tratta, vittime di tortura, richiedenti asilo, prostituzione, nomadi.

Un particolare sviluppo degli interventi nel settore si è riscontrato presso la Struttura Complessa di Medicina delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'Istituto S. Gallicano, dove le specifiche modalità di assistenza, sviluppate in primo luogo per far fronte ai bisogni di pazienti immigrati, sono state assunte quale opportunità e risorsa per migliorare in generale l'accessibilità e fruibilità dei servizi: i servizi di accoglienza e orientamento forniti dai mediatori, in gran parte stranieri, sono a disposizione di qualsiasi paziente, anche italiano, così come più in generale l'approccio transculturale, diffuso tra gli operatori, teso a sviluppare maggiore attenzione e sensibilità verso la dimensione individuale e culturale della malattia, costantemente sviluppato attraverso momenti di discussione e formazione del personale.

Anche presso lo "Sportello Amico" della ASL RMB, i servizi di informazione e orientamento sono a disposizione di tutti i cittadini.

Ricordiamo a questo proposito, infine, l'esperienza dell'ambulatorio della associazione dei Medici Italo-Arabi, nato per venire incontro alle necessità dei pazienti immigrati, ma comunque aperto a tutti e di fatto utilizzato in maggioranza dai pensionati della zona.

Rapporto pubblico/privato

Correlata alla questione precedente è quella del rapporto tra SSN e organizzazioni del volontariato e privato sociale.

Per le direzioni delle Aziende Sanitarie pubbliche, si pone la questione se affidare all'esterno l'erogazione di determinati servizi, valorizzando le specifiche competenze ed anche, come alcuni osservano, la particolare motivazione degli operatori di tali organizzazioni, o se al contrario sviluppare internamente le proprie competenze, cogliendo l'occasione per una crescita, uno sviluppo delle proprie capacità di assistenza. Anche a questo proposito la questione si pone in termini sfumati, e le scelte appaiono spesso condizionate dai particolari contesti e circostanze, oltre che da questioni di principio.

Alcuni interlocutori temono che la delega di funzioni all'esterno possa portare effettivamente all'impoverimento del servizio pubblico il quale, demandando al volontariato la cura dei pazienti immigrati, come anche quella di altre fasce deboli, si priverebbe della capacità di garantire efficienza ed efficacia per tutta la popolazione; ciò porterebbe indirettamente a favorire il ricorso a servizi privati, da parte di chi se lo può permettere, mentre si penalizzerebbero le fasce a basso reddito, non propriamente indigenti, che hanno difficoltà ad accedere sia ai servizi per i 'poveri', sia a quelli privati, ad alto costo.

La questione appare complessa e delicata, e richiede approfondimenti di riflessione. Appare chiaro in linea generale che il rapporto pubblico/volontariato potrebbe essere posto proficuamente non nei termini di una mera delega di fun-

zioni dal primo al secondo, ma in quelli di un reciproco arricchimento e stimolo, di una effettiva sussidiarietà[37], costruita sulla base di un opportuno dialogo ai vari livelli operativi, e di una valorizzazione delle specifiche competenze e potenzialità di ciascuno dei due soggetti; un rapporto di complementarietà, fatti salvi i ruoli specifici di ciascuno, piuttosto che di sostituzione.

Riportiamo qui qualche informazione sulle particolari modalità di rapporto tra servizio pubblico e volontariato/privato sociale che abbiamo potuto riscontrare nel campo in esame, anche per fornire spunti utili allo sviluppo della riflessione. Come abbiamo visto, alcune organizzazioni hanno stipulato protocolli di intesa e convenzioni con il servizio pubblico, costituendo e gestendo nuovi servizi all'interno delle strutture del SSN, soprattutto per l'assistenza sanitaria degli STP. Altre invece, a salvaguardia delle peculiarità del volontariato (motivazione degli operatori, libertà nella definizione del target e delle modalità dell'assistenza) hanno risolto di operare autonomamente: è il caso ad esempio della Caritas, che opera all'interno di strutture sanitarie proprie, e che pur avendo firmato un protocollo di intesa con la ASL RMA, non utilizza, se non in rari casi, il ricettario del SSN, prendendo direttamente in carico i pazienti per tutto o buona parte del necessario percorso diagnostico e di cura[38]. L'interscambio di esperienze e nozioni, e la collaborazione con il SSN si realizza in questo caso soprattutto su altri piani: attraverso l'organizzazione di corsi di formazione, da parte della Caritas, seguiti da molti operatori del SSN; nell'ambito del Gruppo di collegamento Regionale Immigrazione e Salute, che coordina realtà del SSN e del terzo settore; attraverso la ricerca e lo studio anche in tema di politiche sanitarie, attività che ha potuto fornire importanti contributi alla definizione delle politiche a livello regionale e nazionale.

Vi è poi il caso della Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni dell'Istituto S. Gallicano, che ha aperto le porte alla collaborazione di singoli operatori volontari che hanno consentito l'ampliamento della tipologia delle prestazioni specialistiche offerte ed il potenziamento del personale disponibile.

Presso il Policlinico Umberto I, invece, alcuni degli stessi medici della struttura, fuori orario di servizio e dunque in qualità di 'volontari interni', hanno dato la loro disponibilità ad operare presso il Centro di Assistenza Ambulatoriale e Sociale per Cittadini Stranieri (C.C.S.), dove vengono intercettati i numerosi pazienti immigrati che si rivolgono al Pronto Soccorso per patologie non di emergenza ("codici bianchi")[39].

---

[37] Sul principio di sussidiarietà e sul ruolo del volontariato quale attore di sussidiarietà, rimandiamo alla relazione di Renato Frisanco, "Volontariato e sussidiarietà", Forum per la sussidiarietà circolare, IV Settimana della Cittadinanza Attiva, Roma, 6 giugno, 2003.

[38] Ricordiamo a tale proposito che i servizi della Caritas comprendono una vasta gamma di prestazioni specialistiche e diagnostiche ed un fornito dispensario farmaceutico.

[39] Il C.C.S., collocato presso i locali dell'Ambulatorio dell'Istituto di Chirurgia d'Urgenza e Pronto

Ricordiamo ancora la proposta, espressa da un operatore di una organizzazione di volontariato da noi intervistato, di istituire all'interno delle ASL dei servizi di informazione, orientamento e accompagnamento, affidandone la gestione ad organizzazioni di volontariato ed assegnando così ai volontari una funzione di mediazione.

Concettualizzazione e rilevanza dei fattori culturali

Abbiamo potuto osservare come alcuni interlocutori abbiano riservato particolare attenzione, nella formazione, così come nell'assistenza ai pazienti immigrati, alla dimensione culturale, attraverso l'utilizzo della mediazione culturale e/o sviluppando forme di collaborazione con antropologi (ricordiamo a tale proposito, ad esempio, il Consultorio Medico-Antropologico presso l'Istituto S. Gallicano[40], e l'apporto degli antropologi ai servizi di Medici Senza Frontiere), o abbiano espresso altrimenti l'esigenza di maggiori approfondimenti formativi in materia.

Vi sono d'altra parte altri interlocutori che tendono a dare minore importanza alla dimensione culturale nella gestione della comunicazione con i pazienti, a volte anche nella definizione dei contenuti formativi, sottolineando invece la rilevanza degli aspetti sociologici e psicosociali trasversali della condizione del migrante, al di là della provenienza nazionale e della "cultura" di appartenenza. Tale posizione si basa spesso sulla osservazione di contenuti universali della relazione medico-paziente e/o di aspetti di 'occidentalizzazione' negli immigrati, mentre si osserva al contempo lo scarso peso della cultura 'tradizionale', rifiutando in tal senso – peraltro a nostro avviso correttamente - ogni riduzionismo culturale.

Ci preme qui sottolineare che a tale posizione è sottesa – probabilmente inconsapevolmente – una concezione 'sostantivistica' o 'essenzialistica', effettivamente statica, della cultura, là dove si distingue nettamente tra fenomeni sociali e culturali, e si equipara la cultura ad aspetti della 'tradizione' dei paesi di origine, che si tramandano perpetuandosi (o che altrimenti decadono, misteriosamente). Tale concezione è stata da tempo confutata in ambito accademico, evidenziando da diversi punti di vista, a livello teorico così come empirico, il dinamismo della produzione culturale, l'apertura e la complessa interrelazione dei sistemi, la loro stretta relazione con i fenomeni della interazione interindividuale e sociale[41]. E' chiaro come l''occidentalizzazione' non sia 'altro da', ma si configuri come un processo di elaborazione culturale, diversamente connotato nei vari contesti socioculturali e circostanze; la sua estrapolazione dalla fenomeno-

---

Soccorso, di fronte al DEA, fornisce servizi di medicina di base, informazione, orientamento e segretariato sociale. Il Centro è nato nel dicembre 2002, su iniziativa di alcuni operatori del Policlinico. La Struttura del Policlinico ha al suo interno anche un Ufficio Stranieri (tra i promotori del C.C.S.) dove è possibile ottenere il tesserino STP.

[40] Vedi in questo stesso volume il contributo di G. Di Cristofaro Longo, I Workshop e Di A. Morrone e O.Latini, III Workshop.

[41] Vedi A. Todisco, I Workshop e M. P. Volpini, II Workshop. Si veda anche la relazione di G. Di Cristofaro Longo, I Workshop.

logia culturale rischia di offuscare appunto le molteplici connessioni, a vari livelli, con altri aspetti della produzione culturale e le diverse connotazioni semantiche e pragmatiche che ne derivano[42].

Abbiamo potuto osservare, da ultimo, che spesso chi tende a marginalizzare nel proprio approccio la dimensione culturale, manifesta incertezze e perplessità nel momento in cui affiorano difficoltà di natura interculturale, ciò che segnala la necessità di un sostegno su questo piano.

Definizione e applicazione della normativa

Veniamo ora all'esame delle criticità all'interno di aree specifiche.

Per quanto la riguarda gli aspetti giuridici diversi intervistati hanno osservato, analogamente agli immigrati interpellati, come la maggiore precarietà dello status di regolarità, più strettamente connesso alla condizione occupazionale ai sensi della ultima legge nazionale (n.189/02), sia fonte di preoccupazione, ansia e depressione tra gli immigrati. Due diversi interlocutori del servizio pubblico hanno percepito negli immigrati irregolari, in quest'ultimo periodo, una maggiore diffusione del timore di essere denunciati, ed un conseguente atteggiamento di evitazione dei servizi sanitari pubblici.

Alcuni intervistati, operanti nell'ambito del SSN e del volontariato, hanno sottolineato particolarmente il problema della limitazione dei diritti alle provvidenze economiche, a cui accede per lo più solo chi possiede la carta di soggiorno (a partire da quanto stabilito dalla finanziaria del 2000): risulta così escluso proprio chi è in condizioni di maggior bisogno.

Per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi in ambito pubblico in applicazione della normativa vigente, gli interlocutori del SSN hanno lamentato una certa *debolezza strutturale* dei servizi e/o degli addetti preposti, il cui ruolo sovente non è formalizzato, e la cui attività e continuità sono strettamente condizionate dalle linee adottate ai vertici delle aziende e dalla correlata disponibilità di risorse. In molti casi si rileva l'apporto volontario (oltre i carichi di lavoro formalmente assegnati) del personale interno alle Aziende Sanitarie; molte delle iniziative sono inoltre intraprese su base progettuale, spesso grazie a collaborazioni e finanziamenti esterni. Tutto ciò non garantisce la necessaria continuità degli interventi.

E' emersa, come si è precedentemente accennato, la criticità della assistenza di primo livello agli STP, soprattutto nei casi in cui viene erogata nei poliambulatori tramite i medici dei servizi: alla insufficienza in termini di orario e per-

---

[42] Un esempio fra tutti sono i nostri intervistati provenienti da paesi dell'est (che secondo alcuni sarebbero "uguali a noi" per cultura medica), che hanno evidenziato aspetti di diversità della cultura dei servizi e della concezione del medico, che creano particolari aspettative e relative difficoltà nell'utilizzo dei servizi; non si tratta di elementi 'connaturati' ma di presupposti messi in campo da tali soggetti, variamente rielaborati nel corso delle esperienze maturate nella nostra società. Del resto tra gli stessi cittadini italiani non vi è omologazione, ma diversificazione complessa e dinamica della cultura medica.

sonale utilizzato, si aggiunge la precarietà dei medici, che lavorano generalmente con contratti trimestrali e a tempo parziale (12 o 24 ore settimanali, a volte suddivise in strutture diverse) e la carenza di una loro formazione mirata, che spesso può essere colmata unicamente grazie alla buona volontà individuale, data la difficoltà di organizzare interventi formativi *ad hoc*. Un altro aspetto critico è rappresentato delle visite domiciliari, che ovunque non vengono effettuate.

Ad uno sguardo esterno, si evidenzia anche una diffusione territoriale limitata degli ambulatori di medicina generale, rispetto a quelle che sarebbero le finalità della medicina di base. L'utenza di tali ambulatori risulta comunque in alcuni casi assai ridotta rispetto alla entità della presenza locale degli immigrati: su ciò incide verosimilmente la carenza di informazione e gli stessi problemi di fruibilità di tali servizi, più sopra evidenziati.

Infine, tutti gli interlocutori degli organismi del volontariato/privato sociale interpellati hanno lamentato difficoltà persistenti di accesso ai servizi sperimentate nei casi di invio alle ASL, particolarmente in determinate strutture, e tipicamente in riferimento ai casi di iscrizione al SSN dei regolarizzandi e richiedenti asilo. Gli effettivi diritti di accesso dei cittadini stranieri non vengono in questi casi soddisfatti, si riferisce, per lo più per ignoranza delle norme, che viene riscontrata non solo negli operatori a diretto contatto con i pazienti, ma anche ai livelli più alti di responsabilità.

Formazione

Tutti gli interlocutori, nell'ambito sia del servizio pubblico, sia del privato sociale e volontariato, hanno sostenuto l'importanza della formazione degli operatori; in molti casi si sono intraprese iniziative in tal senso. Tuttavia nell'ambito pubblico, particolarmente da parte degli interlocutori delle ASL romane, si segnala la necessità di un ulteriore sviluppo di tali interventi, a cui spesso si è dato maggiore impulso in una fase iniziale di impegno nel settore. Lo sviluppo delle iniziative appare condizionato, oltre che dalle effettive carenze formative riscontrate nel personale, dalla maggiore o minore strutturazione del settore all'interno della ASL, dalle linee aziendali e dalla relativa disponibilità di risorse, nonché dalla capacità di reperire fondi all'esterno.

Tra le iniziative intraprese dalle ASL, ricordiamo nella ex RM1 (ora RMA), il corso per operatori sanitari e assistenti sociali dei consultori, dei CSM, nonché di ospedali e poliambulatori, che si è tenuto nel 1993 nell'ambito del Progetto Obiettivo "Tutela sociosanitaria degli immigrati". L'impegno nell'ambito formativo da parte degli operatori del settore si è esteso anche all'esterno della ASL, fornendo contributi a corsi di formazione organizzati a Roma ed in altre regioni italiane. L'attività in quest'ambito è quindi nel tempo diminuita[43]. Il nostro interlocu-

[43] Lo stretto rapporto con la Caritas ha fatto sì, comunque, che alcuni operatori interessati si siano formati all'interno dei corsi organizzati periodicamente dalla Caritas.

tore della ASL RMA ha fatto presente la particolare necessità di interventi di formazione del personale amministrativo e di quello infermieristico; gli infermieri, spesso addetti all'accoglienza dei pazienti, potrebbero svolgere l'importante funzione di 'intercettazione' dei casi particolarmente delicati, e di relativo orientamento e mediazione. Ha inoltre osservato l'opportunità di pianificare a livello regionale, e non di singola ASL, gli interventi formativi in materia di immigrazione.

Nella ASL RMB le prime iniziative hanno avuto avvio già negli anni '80, in un ambito specifico quale quello della salute mentale, su iniziativa del prof. S. Mellina. A seguito della istituzione formale di un "Coordinatore per l'assistenza agli stranieri temporaneamente presenti" (1998), sono stati organizzati, su iniziativa dello stesso, seminari annuali i cui temi, nell'ambito della immigrazione e della salute del migrante, spaziano oltre l'area specifica dell'assistenza agli STP, richiamando un ampio pubblico, anche esterno alla stessa ASL.

Riguardo alla ASL RMC, ricordiamo il corso sulla salute delle donne straniere organizzato per conto della Regione Lazio, che negli anni 1994 e 1995 ha formato complessivamente 90 operatori (di cui 45 operanti nel territorio di Roma) ed il corso di formazione sulla etnopsichiatria organizzato dal Dipertimento di Salute Mentale.

All'interno della RMD sono stati formati, nell'ambito del "Progetto Immigrati" della ASL, 60 operatori di primo impatto (personale sia amministrativo, sia sanitario, maggiormente a contatto con la utenza immigrata); tali operatori sono divenuti quindi referenti del Gruppo di Coordinamento Progetto Immigrati dell'azienda, contribuendo al monitoraggio dei problemi e alla sensibilizzazione e informazione del personale all'interno delle strutture in cui operano. Le referenti dell'Unità Operativa Stranieri della ASL ravvisano comunque la necessità di interventi formativi capillari - diretti anche, fra l'altro, ai medici di famiglia - e stanno procedendo nella direzione di una loro attuazione.

Nella ASL RME, il personale del Servizio di Medicina Internazionale si è 'autoformato', seguendo master di medicina internazionale e/o attraverso l'esperienza diretta sul campo; ha proceduto quindi a diffondere nella ASL l'informazione sulla normativa per l'assistenza sanitaria agli immigrati, direttamente attraverso alcuni incontri. Dopo diversi anni è stato possibile organizzare, recentemente, un corso di formazione multidisciplinare (rivolto al personale sia medico, sia infermieristico che amministrativo della ASL) sui diritti di accesso al SSN dei cittadini stranieri e sulle criticità del lavoro degli operatori[44]. L'interlocutrice della ASL RME ha comunque sottolineato la necessità di interventi formativi, oltre che diffusi anche continui, osservando fra l'altro come nell'ambito amministrativo possano ripresentarsi periodicamente problemi di non corretta applicazione della normativa, che sembravano precedentemente risolti.

---

[44] Il corso, organizzato dallo stesso Servizio di Medicina Internazionale, si è svolto dal 13 ottobre all' 8 novembre 2003.

Nell'ambito del SSN, una intesa attività formativa è stata sviluppata dall'IRRCS S. Gallicano, di cui ricordiamo parimenti il master ed l'annuale Corso Internazionale di Medicina Transculturale.

Diversamente, con una relativa maggiore facilità, si è potuto procedere nell'ambito delle grandi organizzazioni di volontariato, che hanno sviluppato nel tempo numerose iniziative a carattere formativo: ricordiamo, fra le altre, l'intensa attività formativa della Caritas e tra le numerose sue iniziative, il "Master in Medicina delle Emarginazioni, delle Migrazioni e delle Povertà" seguito da operatori provenienti da tutta Italia; diverse organizzazioni del volontariato e terzo settore hanno inoltre attivato, spesso grazie a finanziamenti pubblici, corsi di formazione per mediatori.

Come abbiamo potuto constatare, alcuni interlocutori, in ambito sia pubblico, sia privato, considerano la formazione del personale come alternativa all'utilizzo della mediazione culturale. Tale posizione si collega all'approccio metodologico orientato alla promozione dei servizi per tutti: tutti gli operatori dovrebbero idealmente essere in grado di mediare, acquisendone le relative competenze. D'altra parte, c'è chi (come l'interlocutrice della ASL RMC), in vista di questa ultima finalità, ritiene che allo stato attuale, anche per la 'crescita' formativa degli stessi operatori, sia necessario impiegare la figura del mediatore linguistico-culturale; formazione degli operatori ed apporto dei mediatori sono entrambi necessari, e dovrebbero essere impiegati in modo integrato, come ritiene anche l'interlocutrice della ASL RME. Si ritiene infatti difficilmente praticabile la mediazione in un contesto privo di formazione; d'altra parte la formazione dell'operatore difficilmente fornisce strumenti completi per far fronte alle necessità emergenti nella relazione diretta tra operatore e paziente.

Vi è infine la questione dei contenuti culturali, in senso antropologico, della formazione, di cui alcuni sottolineano la rilevanza mentre altri, dopo aver effettuato approfondimenti in passato ritenuti esaustivi, e dopo essersi resi conto che 'la cultura' del paese di origine non sempre influisce sul comportamento del paziente, riservano ad essi una attenzione secondaria; qui ci ricolleghiamo alla questione della concettualizzazione e rilevanza dei fattori culturali già trattata in precedenza.

Mediazione culturale

L'area della mediazione culturale appare particolarmente critica, per vari motivi: per la forte esigenza di utilizzo di mediatori, espressa da alcuni, e per i problemi da altri posti in merito alle competenze, mansioni e finanche utilità dei mediatori. Si evidenzia inoltre, ad uno sguardo esterno, una considerevole incertezza, a volte contraddittorietà delle opinioni.

Per quanto riguarda l'ambito del servizio pubblico, è utile evidenziare preliminarmente che tra gli obiettivi del Piano Sanitario Regionale 2002-2004 figura la "Promozione di un sistema di mediazione culturale atto a superare gli ostacoli

comunicativi e relazionali (utilizzo di facilitatori o interpreti, valorizzazione del personale di origine straniera eventualmente presente nei servizi)" (obiettivo 1.5). L'utilizzo di mediatori interculturali è inoltre previsto dalla l. 40/98 (T.U. 286/98, art. 42), in cui si chiamano lo Stato, Regioni ed enti locali a favorire "la realizzazione di convenzioni con le associazioni di stranieri e organizzazioni operanti stabilmente in loro favore, per l'impiego (…) di stranieri, (…) in qualità di mediatori interculturali".

Alcuni interlocutori delle ASL esprimono la necessità di utilizzare mediatori, che si scontra tuttavia con la difficoltà di intraprendere o dare stabilità ad interventi in materia.

Nella ASL RMC, dove l'approccio all'assistenza sanitaria agli immigrati si basa sull'utilizzo diffuso dei mediatori, è attualmente in forse la continuità di tale servizio, essendo venuto a mancare il contributo finanziario del Comune di Roma. Presso questa ASL si è particolarmente approfondita la riflessione sulla mediazione linguistico-culturale, anche attraverso l'organizzazione di convegni nazionali in tema e si è contribuito alla definizione delle direttive e indicazioni regionali in materia.

Presso la ASL RME, il Servizio di Medicina Internazionale non ha trovato supporto finanziario per utilizzare mediatori né all'interno, né all'esterno della ASL. Presso gli ambulatori di Medici Senza Frontiere è stata inserita la collaborazione di alcuni mediatori.

In evoluzione la situazione presso la ASL RMD, dove è da tempo in corso il tentativo di acquisire mediatori, utilizzando a tale proposito fondi aziendali, per garantire la stabilità del servizio.

Presso la ASL RMB, è stato possibile utilizzare mediatori, peraltro volontari, presso lo "Sportello Amico"[45] e presso il Consultorio di via Pietralata, mentre in altri contesti ci si avvale informalmente dell'aiuto di conoscenti immigrati. Negli ambulatori dell'AMSI sono invece gli stessi medici stranieri a presentarsi come agenti di mediazione.

In altre realtà, come presso l'Istituto San Gallicano, è stato invece possibile sviluppare, anche nell'ambito di attività collaterali[46], un servizio di mediazione culturale che annovera attualmente 29 mediatori, provenienti da 22 paesi diversi. I mediatori lavorano come operatori dell'accoglienza, informazione, orientamento e come interpreti, contribuendo al contempo allo sviluppo della conoscenza delle culture di provenienza. L'Istituto ha organizzato seminari sulla mediazione culturale e periodici corsi di formazione per mediatori; ha inoltre prodotto pubblicazioni specifiche sulla mediazione, con il contributo dei mediatori stessi[47].

---

[45] Vedi su questo volume il contributo di E. O. Udunna.

[46] Tra di esse ricordiamo il servizio di monitoraggio, tramite videoterminale, delle pratiche di regolarizzazione per conto della Prefettura.

[47] Vedi su questo stesso volume gli interventi di M. Fennane, S. Belloumi, S. Sieyadji e F. Cheles, P. Interlandi; vedi inoltre A. Morrone et al., (1999).

Anche presso grandi organizzazioni del volontariato e privato sociale operanti nell'ambito sanitario, quali ad esempio la Casa dei Diritti Sociali e la Comunità di S. Egidio[48], sono stati inseriti mediatori e organizzati corsi di formazione *ad hoc*.

In altri casi (come ad esempio presso l'Area sanitaria della Caritas e la ASL RMA) si è invece risolto, almeno in linea generale, di non utilizzare mediatori. Varie sono le motivazioni addotte: si punta a migliorare direttamente la qualità dei servizi offerti, formando gli stessi operatori alla mediazione ed integrando volontari stranieri adeguatamente formati nell'organizzazione del servizio.

Alcuni manifestano inoltre, come nel caso dell'interlocutore della ASL RMA, perplessità sulle competenze dei mediatori, che appaiono non sempre in grado di 'tradurre' culturalmente, oltre il mero interpretariato e di operare con la sensibilità dovuta, ciò che chiama in causa carenze nella formazione e/o selezione dei mediatori.

Presso l'Area sanitaria della Caritas misure specifiche sono state adottate sul fronte dell'assistenza ai pazienti cinesi, dando ad essi una maggiore libertà di accesso (non viene loro richiesto, come ad altri pazienti, l'apposito tesserino rilasciato dal Centro di ascolto) ed impiegando un mediatore, con funzioni di interprete. L'opportunità della mediazione per i cinesi è emersa da una interessante indagine svolta dalla Caritas presso la comunità cinese di zona, effettuata nel 2001-2002 con l'ausilio del mediatore stesso, allora tirocinante presso gli ambulatori della Caritas. L'indagine ha messo in luce che ciò che ostacolava l'accesso ai servizi sanitari era principalmente la lingua e le diffuse condizioni di irregolarità del soggiorno e lavorativa, determinate da reti interne a tale gruppo, che alimentavano i timori di un contatto con i servizi della società locale. Non vi erano al contrario particolari difficoltà rispetto alla fruizione della medicina scientifica occidentale, utilizzata nella società di origine, anche in alcuni ambiti del servizio pubblico, accanto alla medicina cinese.

Il caso mostra che se da un lato è stato smentito il presunto influsso di determinati aspetti della cultura 'tradizionale' sugli atteggiamenti degli immigrati cinesi, dall'altro si è rivelato centrale lo sviluppo della conoscenza delle peculiarità socioculturali della comunità cinese, e l'utilizzo del mediatore stesso, che l'ha reso possibile, per poter costruire un 'ponte' di relazione con essa, sul piano linguistico, ma non solo.

Dubbi sulla mediazione culturale si presentano anche là dove i mediatori vengono invece utilizzati. Riportiamo alcuni elementi tratti dalle interviste, colloqui informali ed altra documentazione raccolta, che non hanno la pretesa dell'esaustività ma solo di esemplificare alcuni punti critici su questo fronte.

---

[48] Presso questa organizzazione i mediatori lavorano come operatori dell'accoglienza, informazione e orientamento.

In alcuni casi viene esplicitamente lamentata dai mediatori, come anche dai responsabili del servizio, la difficoltà di svolgere una effettiva mediazione culturale. Sovente è la carenza di risorse e di tempo che porta a ridurre i compiti del mediatore essenzialmente a quelli di interprete ed operatore dei servizi di accoglienza, informazione ed orientamento. Altre volte, come si diceva, l'apporto della mediazione culturale, sul fronte della relazione di cura, non è avvertito come una necessità dai responsabili del servizio.

Ma sono anche le competenze dei mediatori, che in certi casi non appaiono sufficientemente definite e prodotte attraverso la formazione (prestazioni di mediatori qualificati che ad alcuni appaiono deludenti), a non garantire in altri casi la adeguatezza prestazione. Ciò induce alcuni ad assumere posizioni di scetticismo rispetto alla possibilità *tout court* di definire e formare adeguatamente tale figura professionale.

La selezione e formazione dei mediatori si presenta effettivamente assai complessa e delicata: ad una solida esperienza, interiormente elaborata, della società locale (o specularmente, per mediatori italiani, di società 'altre'), ad una avanzata competenza antropologica che permetta di leggere e contestualizzare comportamenti e pregiudizi, alla conoscenza e possibilmente all'esperienza dei fenomeni migratori, si aggiunge anche la sensibilità personale, la capacità di ascolto.

A questo proposito, emerge anche la questione della formazione, per lo più sui banchi di scuola, recentemente anche in ambito universitario, di giovani mediatori italiani, rispetto ai quali i mediatori stranieri temono di essere spodestati. Il timore si sviluppa anche alla luce della constatazione che i possibili committenti stiano dando sempre minor valore alla comunicazione interculturale e di qui all'apporto dei mediatori stranieri.

Vi è da ultimo un problema di definizione del ruolo e dei rapporti di ruolo: il mediatore, in virtù delle sue competenze e funzioni, potrebbe dare contributi di rilievo, anche solo in qualità di consulente, alla definizione delle modalità e misure di intervento nel settore; d'altra parte, alcuni mediatori lamentano un ruolo subalterno ed evidenziano difficoltà di relazione con le loro controparti all'interno delle strutture in cui operano (responsabili del servizio, altri operatori). La funzione di mediazione appare in questi casi compromessa; affiorano per i mediatori problemi - comunicativi, relazionali, di subalternità - non così lontani da quelli vissuti da molti immigrati in altri ambiti sociali.

Educazione sanitaria

La questione della educazione sanitaria della popolazione immigrata viene raramente tematizzata direttamente dai nostri interlocutori; essa è tuttavia chiamata in causa indirettamente dalla diversità di cultura medico-sanitaria dei pazienti di origine straniera e dalla relativa carenza di nozioni sui nostri sistemi, che viene evidenziata quale nodo critico da diversi intervistati, nell'ambito sia del servizio pubblico, sia del volontariato e privato sociale.

Le iniziative intraprese in questo ambito appaiono complessivamente sporadiche, destinate soprattutto a determinate categorie (particolarmente all'ambito materno infantile e ai nomadi)[49]; spesso sono realizzate in collaborazione tra le ASL e organizzazioni del volontariato e privato sociale.

Informazione/orientamento

L'importanza e la criticità dell'informazione (nella forma sia dell'attivazione di servizi informativi, sia della diffusione di apposito materiale) viene sottolineata da alcuni intervistati, maggiormente nell'ambito del volontariato e privato sociale, che hanno evidenziato la frequente non conoscenza, da parte delle persone immigrate, dei propri diritti di iscrizione al SSN e di fruizione del medico di famiglia.

Nell'ambito del volontariato e privato sociale sono stati attivati numerosi servizi di informazione e orientamento, dove vengono fornite generalmente anche informazioni relative all'assistenza sanitaria.

All'interno del SSN il quadro si presenta a macchia di leopardo: si rilevano servizi informativi presso particolari strutture, mentre sembra manchi uno sviluppo organico, come hanno lamentato gli stessi cittadini stranieri interpellati e alcuni interlocutori delle organizzazioni del terzo settore.

Andando ad esaminare brevemente le iniziative intraprese in questo settore in ambito pubblico, nella ASL RMA ha operato in passato la "Agenzia Immigrati", che forniva informazioni sui diritti e sulle pratiche necessarie per l'accesso al SSN. L'Agenzia è stata chiusa, per diversi motivi: per la carenza di risorse, ma anche nell'intento di favorire l'accesso diretto ai servizi per tutti, attraverso i canali comuni. E' rimasta però l'esigenza, espressa personalmente dal referente intervistato, di figure o servizi di supporto, destinati a categorie particolarmente critiche (quali le vittime di tortura, vittime della tratta, richiedenti asilo, prostituzione, nomadi), che necessitano di un'azione di filtro, orientamento ed eventualmente accompagnamento all'utilizzo dei servizi per tutti.

Attualmente in corso nella ASL RMA, presso il Consultorio di via S. Martino della Battaglia, è in corso il progetto di prevenzione "Salute Donna Migrante", realizzato in collaborazione con l'Area sanitaria della Caritas, in cui viene utilizzata una metodologia di "offerta attiva" sul territorio, che prevede l'uscita delle operatrici e delle volontarie dalle proprie strutture per incontrare le donne nei loro stessi luoghi di ritrovo, informarle sui loro diritti alla salute, sui servizi accessibi-

---

[49] Ricordiamo qui, fra le altre, l'iniziativa promossa dal Comune di Roma stesso, e realizzata dalla ASL RMC negli anni 1991-92, che è consistita nella realizzazione e diffusione sul territorio di libretti sulla salute della donna e del bambino ("Donna e salute", "Bambino e salute"), tradotti in cinque lingue (spagnolo, portoghese, arabo, cinese e àmarico); la redazione dei libretti è stata curata dalla dott.ssa Maria Edoarda Trillò, allora responsabile del Dipartimento Materno infantile della AL RMC.

li e sull'opportunità dei controlli preventivi, ed invitarle a tale proposito al consultorio[50].

Nella ASL RMB è in funzione lo "Sportello amico", istituito nel gennaio '97, dove oltre all'ambulatorio di medicina generale per STP, è attivo un servizio di informazione e orientamento, di cui si è detto in precedenza[51]. In stretto contatto con alcuni operatori di settore della ASL opera anche lo sportello informativo per immigrati ("P*i*T Immigrati") dell'organizzazione di volontariato "Cittadinanza Attiva", aperto presso locali del Tribunale dei Diritti del Malato nel 2002, per rispondere ai numerosi quesiti e dubbi dei datori di lavoro italiani e degli stranieri da regolarizzare ai sensi della legge 189/2002.

Nella ASL RMC l'informazione e l'orientamento figurano attualmente tra i compiti dei mediatori, attivi stabilmente presso le strutture ospedaliere e a chiamata presso i servizi territoriali. In passato è stato effettuato un importante intervento, promosso dal Comune di Roma e realizzato da tale ASL nei primi anni '90, di educazione sanitaria e di informazione sui servizi per la salute della donna e del bambino, che ha investito il territorio dell'intero Comune di Roma.

Nella ASL RMD L'Unità Operativa Stranieri recentemente istituita sta lavorando allo sviluppo degli interventi in questo settore: oltre alla produzione e diffusione di materiale informativo, ha proposto l'ampliamento del personale e degli spazi degli ambulatori per STP ai fini dell'accoglienza e dell'informazione; è inoltre in cantiere un progetto per la costituzione di uno sportello multifunzionale, in collaborazione con il XV municipio e con alcune organizzazioni territoriali locali[52].

Nella ASL RME, l'informazione e l'orientamento figurano tra le attività del servizio dedicato di Medicina Internazionale, nonché tra quelle dei servizi di Medici Senza Frontiere attivati presso la medesima ASL[53].

Sempre nell'ambito del SSN ricordiamo infine, presso la Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni dell'Istituto S. Gallicano, lo sportello di consulenza ed orientamento sociosanitario, dove operano i mediatori, ed il C.C.S. del Policlinico Umberto I, dove viene effettuato un servizio di informazione e orientamento.

Integrazione sociosanitaria

La complessità dei problemi posti dai pazienti immigrati, di carattere spes-

---

[50] Vedi su questo stesso volume il contributo di S. Tonetti.

[51] Vedi su questo stesso volume il contributo di E. O. Udunna, p.

[52] Ricordiamo che l'accesso ai servizi figura tra le priorità di programma della Unità Operativa Stranieri: l'obiettivo generale delle attività per il 2003, "il territorio", prevede la costruzione di una rete di relazioni con le istituzioni locali e con la popolazione immigrata, soprattutto ai fini di promuoverne e facilitarne l'accesso ai servizi.

[53] Si veda a tale proposito, su questo stesso volume, il contributo di G. Gomma e F. Orecchini. L'associazione ha attivato a tal fine sia uno sportello fisso, sia uno sportello mobile per l'offerta attiva sul territorio.

so non semplicemente fisico, ma anche sociale, chiama in generale in causa la questione dell'integrazione sociosanitaria.

Oltre agli interventi di carattere sociosanitario sopra evidenziati, presso alcune strutture sanitarie si è avvertita l'esigenza di dotarsi di servizi di assistenza e segretariato sociale, non essendo sufficiente l'apporto e/o il coordinamento con i servizi sociali disponibili sul territorio. Nel SSN ciò si è verificato soprattutto, anche se non unicamente, nell'ambito della assistenza agli STP[54].

Riguardo al volontariato e privato sociale, nella nostra rilevazione dei servizi abbiamo individuato una decina di organizzazioni che offrono assistenza sociale e/o psicologica, insieme alla medicina generale e ad altre prestazioni specialistiche[55].

Le categorie che presentano maggiore necessità di un intervento complesso e coordinato sono, come hanno osservato alcuni interlocutori, quelle particolarmente critiche a cui si è precedentemente accennato (vittime della tratta, vittime di tortura ecc.). Ma le necessità dei pazienti di origine straniera in tal senso appaiono comunque più diffuse; potremmo dire che anche in questo caso i pazienti immigrati non fanno che segnalare carenze dei servizi che toccano anche la popolazione italiana - particolarmente, ma non solo, le sue fasce deboli.

Rete

Un ulteriore punto su cui appare utile sviluppare la riflessione e l'intervento è il lavoro di rete, del resto indispensabile per poter affrontare la complessità dei bisogni dei pazienti, oltre che per ottimizzare risorse e competenze.

Da parte di tutti gli agenti di intervento è stata avvertita la necessità di costruire relazioni sul territorio per assistere il paziente immigrato e si sono intraprese iniziative in tal senso; i rapporti vanno dalle collaborazioni informali tra gli operatori, agli accordi progettuali ed ai gruppi di coordinamento formalmente istituiti.

Tuttavia, alcuni elementi segnalano la necessità di un ulteriore sviluppo del lavoro di rete: il sovraccarico delle strutture dedicate, o comunque specificamente organizzate per l'accoglienza dei pazienti di origine straniera, là dove vi sono molti altri servizi a cui potrebbero accedere, ai sensi della normativa in vigore; la mancanza di un sistema coordinato ed uniforme di informazione ed orientamento dei cittadini stranieri sul territorio cittadino; carenze di informazione tra gli operatori di settore riguardo ad altre organizzazioni, sia del privato sociale e volontariato, sia del servizio pubblico, analogamente operanti sul territorio (rispetto alle quali la nostra rilevazione dei servizi ha inteso fornire un contributo); una certa deliberata non considerazione reciproca, quando non sotterranea conflittualità, tra qualche organizzazione ed insiemi di organizzazioni del settore.

---

[54] Assistenti sociali sono stati inseriti presso lo Sportello Amico della ASL RMB e presso i servizi dedicati della ASL RME, mentre all'interno della ASL RMD l'U.O. Stranieri ne ha proposto l'inserimento in tutti gli ambulatori di medicina generale.

[55] Vedi par 3.

Riportiamo di seguito alcune informazioni su organismi formalizzati, operanti attualmente sul territorio.

Ricordiamo anzitutto il già menzionato "Gruppo di collegamento regionale Immigrazione e Salute Lazio (GRIS)", di cui fanno parte numerose organizzazioni pubbliche e del terzo settore del Comune di Roma. Il Gruppo è "Unità Operativa Territoriale" di un più ampio "Organismo di Collegamento Nazionale", costituito nell'ambito della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Oltre a promuovere, collegare e coordinare le attività sanitarie in favore degli immigrati, il GRIS si propone come organismo per l'interscambio e la diffusione di informazioni e metodologie di approccio al paziente immigrato, nonché per la promozione di studi e ricerche ed il patrocinio di attività formative in materia di salute degli immigrati.

All'interno delle ASL si è proceduto in diversi casi ad istituire organismi o figure di coordinamento a livello distrettuale e/o aziendale per individuare i problemi emergenti e per facilitarne la risoluzione: ricordiamo il Gruppo di lavoro "Immigrazione e salute" nella ASL RMA, la figura di "Coordinatore per l'assistenza agli stranieri temporaneamente presenti" nella ASL RMB ed il "Gruppo Progetto Immigrati" nella ASL RMD, su cui ci siamo soffermati in precedenza.

6. Conclusioni

Abbiamo potuto riscontrare sul territorio romano un notevole sviluppo di iniziative per la tutela della salute degli immigrati, intraprese sia da organismi del privato sociale e volontariato, sia dal SSN, nell'ambito del quale si è operato in attuazione delle disposizioni di legge; ciò nel quadro di un notevole impegno della stessa Regione Lazio nel settore, tanto a livello normativo, quanto sul piano della ricerca e dell'intervento[56].

Nei margini di discrezionalità permessi dalla normativa in vigore, le diverse ASL romane hanno individuato modalità organizzative differenti per affrontare le questioni poste dall'assistenza sanitaria e sociale ai pazienti di origine straniera, in relazione alle proprie specificità organizzative, alle reti di relazione costruite sul territorio, all'apporto di singoli operatori motivati ed alle caratteristiche della popolazione immigrata afferente, che presentano specificità nelle diverse zone della città.

Nonostante il notevole impegno dimostrato dagli agenti dell'intervento, l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata presenta ancora aspetti problematici: ad un livello macroscopico si evidenziano l'uso eccessivo e sovente improprio delle strutture ospedaliere ed il sovraccarico delle strutture dedicate, mentre scarso è d'altra parte il ricorso all'assistenza di

[56] Si vedano su questo stesso volume i contributi di S. Geraci et al. e G. Baglio et al.

primo livello ed alla prevenzione - due ambiti peraltro cruciali, ai fini sia della tutela della salute, sia del contenimento della spesa sanitaria.

A monte di tali fenomeni si sono evidenziati vari fattori interagenti, che richiederebbero pertanto un'attenzione complessiva ed integrata.

Un primo fattore è la carenza ed inadeguatezza dell'informazione destinata alla popolazione immigrata. Nonostante le numerose iniziative intraprese, la diffusione dell'informazione sui diritti di accesso appare ancora insufficiente: non bastano le campagne informative periodiche effettuate da singole ASL o strutture sanitarie. Mentre si è ridotta quella parte di immigrati totalmente all'oscuro dei diritti fondamentali - quali il diritto degli STP alle cure urgenti, essenziali e continuative nell'ambito del SSN ed il diritto dei regolari e regolarizzandi alla iscrizione al SSN - la nozione che molti ne hanno appare approssimativa o insufficiente; tra gli STP non è sopito il timore di denuncia alle autorità e molti non sono al corrente dei criteri di applicazione e validità del tesserino.

Si è evidenziata la necessità di una erogazione continua ed aggiornata dell'informazione, possibilmente tramite un'organizzazione coordinata a livello cittadino e di una sua diffusione oltre l'ambito sanitario, presso i servizi e i luoghi pubblici più frequentati, a partire da quelli di approdo (areoporti, stazioni, Questure, Comuni, ecc.).

Anche le modalità di comunicazione all'interno delle strutture sanitarie appaiono necessitare, al di là dei servizi dedicati, di una maggiore cura, sia per il veicolo – generalmente solo la lingua italiana – sia per il gergo burocratico, del resto ostico anche per gli italiani.

Un secondo fattore è l'inappropriato trattamento ricevuto dai pazienti immigrati nell'ambito dei servizi per tutti, di cui sia gli operatori, sia i pazienti immigrati interpellati segnalano ancora numerosi casi, attribuendoli per lo più a carenze di informazione del personale. Si è evidenziata la necessità di un'informazione del personale costantemente aggiornata ed uniforme sulla normativa e sulla domanda specifica posta dai pazienti migranti, quest'ultima anch'essa assai multiforme e dinamica.

A tale proposito, si è sottolineata l'importanza di dedicare adeguato spazio alla trasmissione degli strumenti concettuali ed interpretativi che permettano di interrogare ed affrontare una realtà assai più variegata e mutevole rispetto alle fotografie che ne vengono scattate in sede formativa, mentre d'altro canto emerge l'opportunità di incrementare la riflessione e la formazione sui casi concreti.

Tra gli strumenti concettuali abbiamo colto una certa debolezza di quelli deputati a 'leggere' i fenomeni culturali, a partire dal concetto di cultura, la cui formulazione fra gli operatori risulta non sempre chiara e teoricamente fondata. La cultura (quando non viene ritenuta irrilevante nella relazione terapeutica, affidandosi all'empatia) tende spesso ad essere considerata, più o meno consapevolmente, come 'tradizione', distinta dagli aspetti di modernità e occidentalizzazione. In tal modo si rischiano di fraintendere molti aspetti dell'espressione e del

comportamento culturale-individuale di ogni paziente rispetto alla malattia ed alla salute, che prendono forma in un modo, ed in un mondo, assai più complesso e meno stereotipato, dove tradizione e modernità si intrecciano e modificano costantemente – in ogni caso mai riducibili, anche per il paziente occidentale, alle semplici categorie della biomedicina[57].

Questa considerazione risulta tuttora abbastanza diffusa, nonostante si stia facendo strada, soprattutto nella riflessione sui contenuti formativi e sulla metodologia della relazione con il paziente, la consapevolezza che non sia corretto ipostatizzare le diverse "culture" degli immigrati.

Un ulteriore ostacolo rispetto all'accesso ai servizi sanitari, in particolare alla medicina di base ed ai controlli preventivi, è determinato, come si è visto, dalle condizioni socioeconomiche disagiate, particolarmente dalle condizioni di lavoro e di irregolarità dello stesso, che scoraggiano l'astensione per motivi di salute. Vorremmo qui sottolineare come l'irregolarità lavorativa si configuri come un vero e proprio fattore di rischio per la salute anche da questo punto di vista, oltre che per lo stress psicofisico ad essa generalmente correlato.

Ma sono anche disposizioni dei pazienti stessi, spesso intrecciate ai vincoli delle condizioni lavorative ed economiche, ad indurre a rimandare 'fino all'ultimo' la consultazione medica e/o a rivolgersi ai servizi immediatamente offerti dal Pronto Soccorso o dal volontariato. Tali scelte appaiono spesso condizionate, infatti, anche dagli orientamenti del progetto migratorio e da fattori culturali: si dà priorità al lavoro ed al risparmio rispetto all'investimento sulla salute, non considerando il rendimento che se ne può trarre a lungo termine; particolari concezioni ed aspettative in merito ai servizi ed alle figure professionali, elaborate a partire dal contesto culturale di provenienza, possono generare incomprensioni ed insoddisfazione rispetto al sistema sanitario della società di accoglienza. Quest'ultimo aspetto si è evidenziato in modo accentuato rispetto alla figura del medico, e particolarmente nei confronti del medico di medicina generale del SSN.

Ciò configura la necessità di sviluppare ulteriormente e sistematicamente gli interventi, oltre che di formazione del personale, di educazione sanitaria della popolazione immigrata, attualmente effettuati sporadicamente.

Appare inoltre chiaro come la definizione dei contenuti formativi non possa essere standardizzata, essendo necessario il raccordo con le peculiari modalità dei destinatari di apprendimento, interpretazione e valutazione delle nozioni trasmesse. A tale proposito, sarebbe utile il coinvolgimento di figure di mediazione nella programmazione degli interventi, nonché la partecipazione attiva degli stessi destinari al loro svolgimento. In tal modo, le iniziative di educazione sanitaria potrebbero configurarsi come veri e propri laboratori per lo sviluppo di una conoscenza interculturale sui temi della salute.

---

[57] Come ci insegna l'antropologia medica, tali categorie vengono distinte concettualmente, utilizzando il termine di *disease*, dal vissuto individuale della malattia (*illness*) e dalla sua configurazione socioculturale (*sickness*); cfr. A. Kleinman (1980), A. Young (1982).

Oltre agli interventi informativi e formativi, è chiamata in causa l'organizzazione dei servizi: resta difficilmente superabile, per molti migranti, la soglia di accesso, che dovrebbe essere opportunamente abbassata, intervenendo su orari e tempi di prenotazione, come già avviene in alcuni servizi dedicati.

Le attuali carenze e difficoltà della comunicazione linguistica e interculturale evidenziano, secondo molti, la necessità di un sostegno, individuato nella figura del mediatore culturale. Peraltro l'utilizzo di tale figura, la cui qualifica professionale non è stata, del resto, ancora riconosciuta a livello nazionale, solleva alcuni problemi. Resta aperto il dibattito sui requisiti, mansioni, e finanche sull'utilità ed opportunità di utilizzo del mediatore. E' possibile standardizzare i requisiti di tale figura professionale, che appaiono strettamente vincolati ai differenti contesti e circostanze operative? E' possibile realizzare una effettiva mediazione *culturale?* E possono essere delle figure di mediazione, in particolare di origine straniera, quelle più adatte a promuovere e favorire la comunicazione interculturale? Date le diverse esperienze positive, o almeno ritenute tali, di utilizzo della mediazione, oltre a quelle considerate negativamente, sembrerebbe più opportuno dedicare ulteriori sforzi di studio e di ricerca per identificare eventuali criteri di validazione della figura del mediatore, magari diversificati, o di definizione di misure alternative, piuttosto che escludere *a priori*, allo stato attuale, l'apporto della mediazione interculturale.

Un ulteriore aspetto che è apparso rilevante ed insieme critico, in vista della accessibilità e fruibilità dai servizi sanitari da parte della popolazione immigrata, è quello del lavoro di rete. Il sovraccarico dei servizi dedicati o comunque organizzati in modo mirato, e la necessità di una informazione capillare e coordinata della popolazione straniera mostrano come sarebbe opportuno un ulteriore sviluppo della collaborazione e coordinamento tra servizi territoriali operanti nell'ambito sociosanitario, con un maggiore coinvolgimento degli ambiti non dedicati, o comunque non specificamente organizzati per l'assistenza alla popolazione immigrata.

Una ulteriore questione che si impone a tale proposito è quella della collaborazione tra servizio pubblico e volontariato e privato sociale: come, nei vincoli delle concrete condizioni operative, è possibile realizzare una effettiva sussidiarietà, in luogo di una mera delega di funzioni del servizio pubblico all'esterno - ciò che porterebbe al depauperamento della sua capacità di assistere tutti i pazienti, con la rinuncia ad una occasione di rinnovamento e di crescita in efficacia.

Non ci soffermiamo ulteriormente su questo punto; ci preme in chiusura sottolineare ancora una volta come occuparsi della salute degli "immigrati" vada a vantaggio della popolazione tutta, e non solo per le comuni considerazioni epidemiologiche: giacché, come si è visto, le difficoltà dei pazienti di origine straniera non sono solo e semplicemente 'altre', ma evidenziano, sotto molti aspetti, e con maggiore 'visibilità', difficoltà degli stessi pazienti locali, penalizzati dai lunghi tempi di attesa, bisognosi di cura della *persona* e di ricostruire un *senso*

del male[58], aperti all'utilizzo di rimedi alternativi e sempre più orientati, quando possibile, a pagare, ricorrendo ai servizi privati, per ottenere maggiore *attenzione* e *sicurezza*.

Emerge dunque l'opportunità, offerta dall'immigrazione, di uno sviluppo complessivo dei servizi nella direzione di una maggiore accessibilità e fruibilità, procedendo nella elaborazione ed applicazione di un approccio transculturale ed olistico nella medicina per tutti.

A tale scopo sarebbe auspicabile un maggiore sviluppo di ricerche sulla salute della popolazione locale, in una prospettiva analoga a quelle condotte sulla popolazione immigrata. La 'diversità' culturale portata all'attenzione dal paziente straniero avrebbe così l'effetto, anziché di dividere, di avvicinarci e di integrarci, scoprendoci tutti, nella prospettiva transculturale, 'uguali' e 'diversi'.

Riferimenti bibliografici

Augé M. e Herzlich C. (1983), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (tr. it. *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Milano, Il Saggiatore, 1986).

Barth F. (1994), "Enduring and emerging issues in the analysis of ethnicity", in Vemeulen H. e Govers C.(a cura di), *The Anthropology of Ethnicity*, Amsterdam, Het Spinhuis.

Erikson E. (1968), *Identity Youth and Crisis*, New York, W.W. Norton & C. (tr. it. *Gioventù e crisi di identità*, Roma, Armando, 1974).

Janzen J. (2001), *The Social Fabric of Health: An Introduction to Medical Anthropology*, New York, Mc Graw Hill.

Kleinman A. (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture*, University of California Press.

Mahmood, C. e Armstrong, S.L. (1992) "Do Ethnic Group exist? A cognitive Perspective on the Concept of Cultures", *Ethnology*, 1.

Morrone A., Mazzali M., Pistolese A. (1999), *Oltre il colore della pelle. Italia crocevia di migrati e culture*, Roma, Bargotto libri.

Volpini D., Dal Lago A. e Wood L., a cura di (1988) "*Participatory Action Research in Primary Health Care Programmes*", *Anthropology and Development*, 3, Padova, CUAMM.

Young A. (1982), "The Anthropologies of Illness and Sickness", *Annual Review of Anthropology*, 11.

[58] M. Augé e C. Herzlich (1983).

L'esperienza della Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'Istituto Scientifico San Gallicano (IRCCS) nell'assistenza socio-sanitaria alle fasce deboli della popolazione italiana, senza fissa dimora, immigrata e nomade

Aldo Morrone, Ottavio Latini ***

** Direttore Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale, Istituto Scientifico San Gallicano (IRCCS), Roma.*
*** Project Manager Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale, Istituto Scientifico San Gallicano (IRCCS,) Roma*

Introduzione

Una lapide marmorea sulla parete del grande atrio dell'Istituto Dermosifilopatico S. Maria e S. Gallicano di Roma, reca incise le parole: "BENEDICTUS XIII P.O.M.NEGLECTIS REJECTISQUE AB OMNIBUS PRURIGINE LEPRA ET SCABIES… (*omissis*) A FUNDAMENTIS EREXIT. ANNO SALUTIS MDCCXXV", e ricorda a chi entra che l'Ospedale fu fondato nell'anno santo 1725 dal papa Benedetto XIII per accogliere e curare i malati di Roma e i pellegrini che giungevano nella città da tutta Europa, specialmente i poveri e gli esclusi affetti da malattie della pelle, in particolare la lebbra e la scabbia. Da allora l'Istituto ha sempre rivolto un'attenzione particolare ai malati più poveri ed emarginati e, nel 1936, ha acquisito lo status giuridico di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

In linea con l'ispirazione originaria, ed in risposta a concreti principi etici, è iniziata negli anni Ottanta un'attività di accoglienza e cura gratuite dedicata alle persone più deboli ed emarginate, italiani ed immigrati, a rischio di essere escluse dall'accesso alle cure sanitarie a causa della povertà, dell'ignoranza, o a causa di problemi con la legge. Tutto questo in linea anche con il dettato dell'articolo 3 della nostra Costituzione che afferma: "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzioni di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali" e dell'articolo 32 che sottolinea: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti", principi a cui iniziano a dare attuazione le recenti disposizioni legislative.

Nel 1985, questo lavoro ottenne un riconoscimento ufficiale e fu creato il Servizio di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale. Lavorando in sinergia con le istituzioni assistenziali e con i centri del privato sociale, il Servizio è stato la prima struttura pubblica di Roma che ha offerto prestazioni mediche gratuite ai bisognosi e per anni ha rappresentato l'unico punto di riferimento per l'assistenza, la cura e la ricerca clinico-scientifico-epidemiologica, sociale, antropologica sugli immigrati, nomadi, tossicodipendenti, senza fissa dimora**,** persone che altrimenti non si sarebbero rivolte agli ospedali nel timore di essere espulsi dall'Italia o di avere problemi con la legge. Il Servizio ha quindi rappresentato un valido osservatorio per lo studio e il monitoraggio delle condizioni di salute di particolari gruppi deboli, e dei rischi di salute a cui sono soggetti[1].

Gli operatori del Servizio insieme al loro Responsabile, dr. Aldo Morrone, hanno portato avanti un'opera di diffusione e di formazione sui problemi dei loro pazienti, in collaborazione con gli altri Servizi dell'Istituto, che hanno fornito visite e analisi e hanno contribuito alle ricerche e agli studi. Oltre alla specifica attività clinico-scientifico-epidemiologica, essi hanno offerto la loro opera professionale a persone emarginate con un approccio rispettoso e accogliente, promosso un lavoro di rete fra le istituzioni pubbliche e quelle private con obiettivi analoghi e compiuto, in collaborazione con queste, un'opera di formazione riguardo a questioni concernenti politiche della salute, pari opportunità, condivisione delle ricerche scientifiche (collaborazioni con ospedali e istituzioni in India, Cambogia, Etiopia, Eritrea, Albania), formazione ed impiego di mediatori linguistico-culturali.

Nel 1998, con Delibera Regionale n.1358, 15.04.98, il Servizio è stato costituito "Centro di Riferimento e Consulenza della regione Lazio e delle Aziende Sanitarie per quanto riguarda le iniziative di formazione e tirocinio degli operatori socio-sanitari sulle materie concernenti la salute degli immigrati".

---

[1] Anche di recente la Commissione Bicamerale per l'Infanzia ha richiesto un parere al Responsabile del Servizio, dr. Aldo Morrone, sulla situazione dei bambini immigrati e dei minorenni a rischio di esclusione e sulla questione delle mutilazioni genitali femminili.

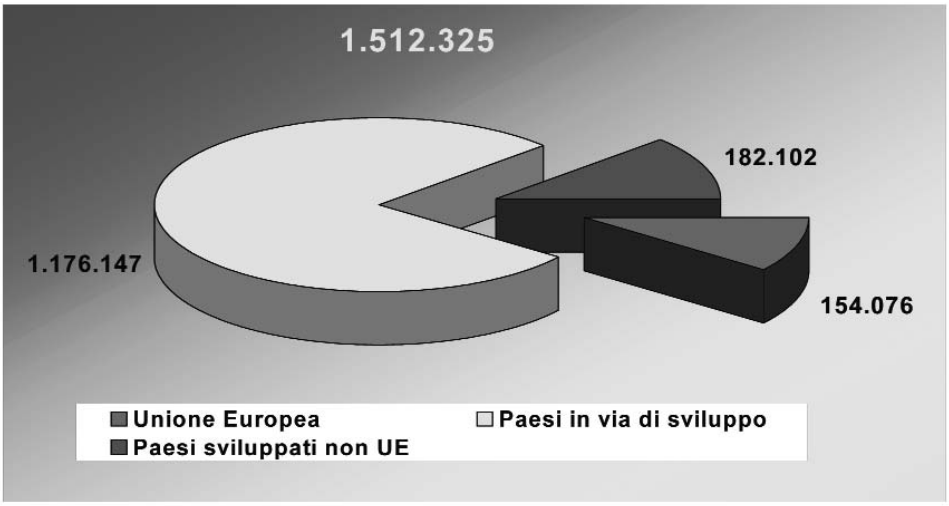
Dall'agosto del 2000 il Servizio è stato trasformato in Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale, prendendo atto formalmente della molteplicità di attività svolte riguardo all'assistenza, alla cura, alla ricerca scientifica e alla formazione.

Numero degli stranieri in Italia

Gli stranieri con regolare permesso di soggiorno, presenti in Italia, al 1 gennaio 2003, erano 1.512.325, di cui il 52% uomini (786.132) e il 48% donne (726.192) così ripartiti:

- 154.076 dell'Unione Europea (10,2 %);
- 1.176.147 provenienti dai Paesi in via di Sviluppo (PVS) (cosiddetti *extracomunitari*), (77,8%);
- 182.102 sono immigrati provenienti dai paesi a sviluppo avanzato (PSA), (12%).

Immigrati presenti in Italia al 1° gennaio 2003



Gli stranieri regolarmente presenti in Italia sono pari al 2,8 per cento della popolazione residente. Nell'Unione Europea la media è del 5,1%. L'Italia fa parte dei quattro Stati membri dell'Unione Europea che superano il milione di residenti stranieri (Gran Bretagna, Francia e Germania, quest'ultima con più di 7 milioni di immigrati). In Italia vi è un immigrato ogni 38 persone, in Francia uno ogni 18 persone, in Germania, Austria e Belgio circa uno ogni 11 persone.

All'inizio del 2003 nel Lazio erano presenti 238.918 stranieri regolari, quasi un sesto del totale nazionale, con un'incidenza sulla popolazione residente pari al 7,5%, di cui l'89,5% soggiornanti nella provincia di Roma. Se si tiene conto anche del numero di domande legate al processo di emersione, che sono state 124.000, il totale degli stranieri presenti aumenta di circa il 50%. La provincia di Roma rimane quella dove si concentra la maggioranza degli immigrati (213.834) seguita da Milano (170.737), circa un settimo degli immigrati regolarmente soggiornanti in Italia.

A livello nazionale se ai soggiornanti registrati all'inizio del 2003 (1.512.325) si aggiungono le domande di regolarizzazione e i minori a carico dei genitori, si arriva ad un totale di circa 2,5 milioni di stranieri.

Ambiti di attività della struttura complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale

Le attività della Struttura Complessa si articolano all'interno dei seguenti ambiti:

A. Area clinico-sanitaria;
B. Area ricerche scientifiche e studi clinico-epidemiologici;
C. Attività di assistenza sociale, psicologica, antropologica e di mediazione linguistico-culturale;
D. Attività di formazione clinica, scientifica e culturale.

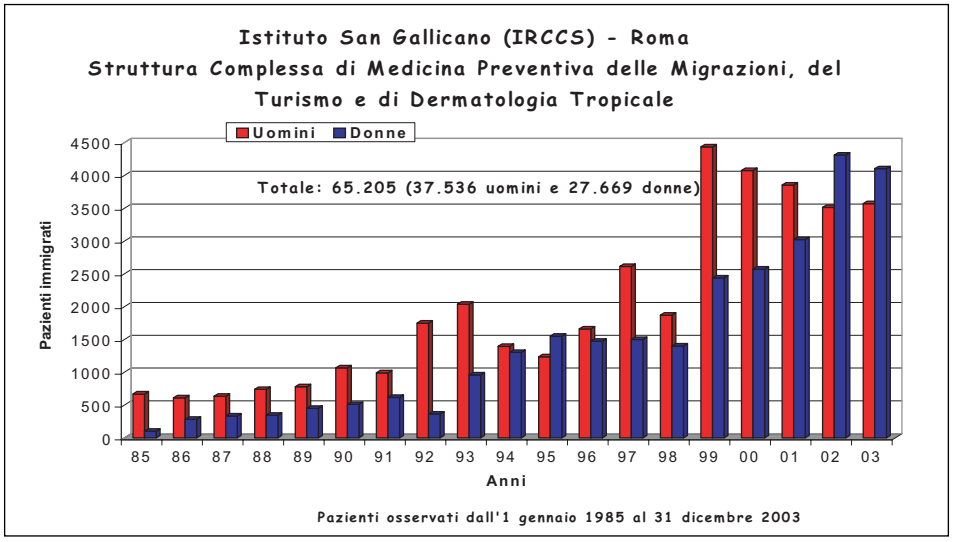
A. Area clinico-sanitaria

Servizi offerti

Il Servizio è aperto a tutti i cittadini, italiani o stranieri, che abbiano problemi di salute, in particolare di natura dermatologica ed infettiva. Può offrire inoltre ai viaggiatori da e per i Paesi tropicali, visite, analisi e informazioni aggiornate per la prevenzione delle malattie più comuni nelle regioni tropicali. Le prestazioni del Servizio si rivolgono in particolare, e in questo caso gratuitamente, ad immigrati clandestini e irregolari, persone senza fissa dimora, nomadi, e comunque a rischio di emarginazione, senza assistenza sanitaria. Il Servizio è aperto dal lunedì al venerdì. L'accettazione dei pazienti viene fatta dalle 8,30 alle 11. Le visite si fanno dalle 9 alle 14. Il martedì e il giovedì anche di pomeriggio, dalle 15 alle 18.30. Ogni giorno vengono ricevute 50-100 persone. Alla prima visita ogni persona fa un colloquio in base al quale viene riempita una scheda, di cui le viene fornita copia, con informazioni di tipo amministrativo, relazionale e medico, dati utili per l'elaborazione di rilevamenti statistici e produzione di studi scientifici.

Dal 1996 il Servizio si avvale della presenza e dell'opera di mediatori lin-

guistico-culturali che svolgono un'attività di interpretariato sociale e garantiscono l'accoglienza dei pazienti stranieri nelle loro lingue di origine. Offrono inoltre un facilitazione culturale e interpretativa di notevole importanza anche ai fini diagnostico-terapeutici. Le principali lingue parlate sono: francese, inglese, spagnolo, portoghese, arabo, kurdo, lingala, swahili, tigrigno, amarico, filippino, tamil, bangladeshi, serbo-croato, bulgaro, polacco, russo, rumeno e albanese.



Dal 1° gennaio 1985 al 31 dicembre 2003, nella Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, sono stati sottoposti a prima visita 65.205 pazienti immigrati, irregolari e clandestini, 27.669 (il 42,4%) erano di sesso femminile e 37.536 (il 57,61%) di sesso maschile. La percentuale di prestazioni erogate nei confronti di italiani rispetto al passato è crescente essendo passata dall'1% dell'inizio degli anni '80 al 25% attuale; crediamo che questo incremento, oltre alla accresciuta accessibilità al Servizio, sia dovuto anche alla composizione sociale della popolazione italiana che vede il 13,1% situarsi al di sotto della soglia della povertà.

Attualmente il 26,3% proviene dall'Africa (negli anni 1985-91 era il 73% e nel 1992-94 il 48%), il 14,4% dal Continente americano (negli anni 1985-91 era il 7% e nel 1992-94 il 22%), il 20,9% dall'Asia (negli anni 1985-91 era il 12 % e nel 1992-94 il 21%), il 38,4% giunge dall'Europa (negli anni 1985-91 era l'8 % e nel 1992-94 il 19%).

Il 10,0 % appartiene alla fascia d'età 0-12 anni, mentre il 69,0% fa parte della fascia d'età 13-40 anni; complessivamente il 79% degli immigrati osserva-

ti ha meno di 40 anni. È interessante notare il lento aumento degli immigrati anziani, ultrasessantunenni, che nella nostra casistica superano l'11%.

Per quanto riguarda il livello di istruzione, l'11% possiede una istruzione elementare, il 23,2% ha frequentato la scuola secondaria inferiore, il 38% presenta un livello di istruzione secondaria superiore, il 9,8% un livello di istruzione universitaria, mentre il 18% è laureato.

Sostanzialmente l'immigrato non presenta patologie particolarmente gravi, di natura tropicale o molto diverse rispetto alla popolazione residente, se non per la frequente mancanza di tutela sanitaria di base e quindi della possibilità di tempestive diagnosi e terapie, che consentano un decorso migliore.

Dall'entrata in vigore della DGR n. 5122 del 31 luglio 1997 (e successivamente in applicazione dell'art. 33, c. 3 della L. 6 marzo 1998 n. 40 e dell'art.43, c. 3 del DPR. n. 394 del 31 agosto 1999) al 31 dicembre 2003, presso il nostro servizio sono stati inclusi nel SSN mediante una visita di medicina preventiva e la successiva attribuzione di cartellino STP (Straniero Temporaneamente Presente), 21.405 cittadini stranieri presenti nel territorio dello Stato, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno.

B. Area ricerche scientifiche e studi clinico-epidemiologici

Varie sono le attività di studio e ricerca svolte, oltre al costante monitoraggio effettuato attraverso l'analisi statistica dei dati sanitari e socio-culturali rilevati su ogni paziente. Procediamo di seguito ad illustrare in breve tali attività.

- Collaborazione clinico-scientifica con l'Organizzazione Mondiale della Sanità: il WHO Regional Office for Europe ha proposto il modello di lavoro della Struttura come *case study* per l'Italia in occasione della sua 52° sessione, tenutasi a Copenaghen il 16-19 settembre 2002, su "*WHO, Poverty and Health – Evidence and Action in WHO's European Region*", che ha selezionato altri 11 *case study* in diversi paesi europei. Conseguentemente a tale confronto internazionale, WHO Regional Office for Europe ha proposto alla Struttura di svolgere le funzioni di Centro Affiliato per le tematiche inerenti "*Health and Poverty*".
- Collaborazione con la International Society of Dermatology, nel cui ambito il dr. Aldo Morrone è Chairman del "International Dermatology and Human Mobile Population Committee".
- Collaborazione con l'International Centre for Migration and Health/WHO di Ginevra per la creazione dell'European Research and Training Centre on Migration (ERTCM), quale centro di ricerca, studio e consulenza per la Commissione Europea e per altre organizzazioni committenti internazionali;
- Collaborazione con il Regional Dermatological Training Center (RDTC) a

Moshi (Tanzania), per la realizzazione di attività di cooperazione scientifica e formativa nel campo della Dermatologia Internazionale e Tropicale.

- Attuazione di un programma socio-sanitario e di formazione per i bambini di strada di Siem-Reap (Cambogia), in collaborazione con l'ONLUS Progetto Continenti di Roma.
- Collaborazione in Etiopia, con il Ministero della Salute della regione del Tigray, riguardo al controllo delle principali malattie diffusive - in particolare la lebbra, la tubercolosi, le malattie sessualmente trasmissibili, (compresa l'infezione da HIV), e le dermatosi tipiche, in particolare le micosi di natura tropicale (dal 2002 ad oggi). La collaborazione riguarda un programma di cooperazione scientifica di natura epidemiologica, di consulenza clinica e sperimentale, di cooperazione formativa nel settore della Dermatologia internazionale delle "popolazioni umane mobili".
- Partecipazione del Dr. Aldo Morrone, in qualità di esperto, ai lavori dell'Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri del CNEL, offrendo la propria consulenza al Gruppo di lavoro su "Prestazioni sanitarie e modelli culturali".
- Partecipazione al Progetto europeo "AIDS & Mobility", attività di ricerca scientifica sulle abitudini a rischio della popolazione immigrata nei confronti della tossicodipendenza e dell'infezione da HIV/AIDS, svolta in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e con il Telefono Verde del Centro Operativo AIDS, che coordina il National Focal Point (dal 1997 ad oggi).
- Collaborazione al progetto finanziato dalla Unione Europea presentato dal CIS (Consorzio Italiano di Solidarietà), dal titolo "Italian network for the Rehabilitation of Victims of Torture", di cui la Struttura è partner, che mira a costruire e sperimentare una rete italiana di assistenza e reinserimento per i rifugiati vittime di tortura, ed allo stesso tempo ad elaborare una ricerca socio-sanitaria ed interventi di formazione per gli addetti della rete di riabilitazione (dal 2001 al 2003).
- Attività di ricerca relativa al Progetto per la promozione dell'accesso ai servizi sanitari regionali degli immigrati coinvolti nel processo di emersione conseguente alla legge n.189 del 30 luglio 2002 "Modifica della normativa in materia di immigrazione ed asilo", che si rivolgono allo sportello informativo attivato presso la Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni dell'Istituto San Gallicano - ai sensi dell'art. 73 della Legge Regionale n. 2 del 6 febbraio 2003.
- Collaborazione alla Ricerca finalizzata del Ministero della Sanità: "Ricerca clinico-epidemiologica sulle principali malattie presenti nella popolazione immigrata del Lazio. Elaborazione e sperimentazione di strategie interdisciplinari e interculturali per la promozione della salute e per la prevenzione delle patologie infettive, riemergenti e da importazione, ivi compresa l'infezione da HIV" condotta dalla Struttura Complessa insieme all'Area Sanitaria della Caritas Diocesana di Roma ed al Laboratorio di

Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità (aprile 1999 - ottobre 2001).

- Accordo di collaborazione scientifica con l'Istituto Superiore di Sanità per la realizzazione di "ARIANNA - Progetto pilota per la realizzazione di una rete multicentrica di formazione per operatori e mediatori linguistico-culturali, da utilizzare nell'informazione e prevenzione dell'infezione da HIV/MST rivolta a gruppi di immigrati a rischio di esclusione dall'accesso ai servizi psico-socio-sanitari: immigrati clandestini ed irregolari, prostitute straniere e tossicodipendenti", nell'ambito del "IV Progetto di ricerca sull'AIDS sociale" (2002-2003).
- Partecipazione alla Ricerca finalizzata del Ministero della Sanità: "Realizzazione di una rete sperimentale per la promozione della salute degli stranieri immigrati regolari, irregolari e nomadi", in collaborazione con l'Area Sanitaria della Caritas Diocesana di Roma, il Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità e l'Università di Bergamo (maggio 2001 - aprile 2003).
- Partecipazione alla Ricerca finalizzata del Ministero della Salute: "Rete per l'analisi delle disuguaglianze di salute e per la promozione nelle fasce deboli della popolazione italiana e immigrata", in collaborazione con Cimo ASMD - Dipartimento Politiche Umanitarie e Sociali, Caritas-Area Sanitaria, Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli–IRCCS Brescia, Università di Palermo, AFAR Fatebenefratelli – IRCCS Roma, Istituto Superiore di Sanità COA-MST (dicembre 2002 - novembre 2004).

C. Attività di assistenza sociale, psicologica, antropologica e di mediazione linguistico-culturale

Si è pensato per molto tempo che il concetto di "salute" fosse ben definito dall'espressione "assenza di malattie", "star bene", non essere malati. Oggi ci si è resi conto che la salute non è solo questo e la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità ha sentito il dovere di definire la salute come "la realizzazione per tutti gli esseri umani, donne e uomini, di tutte le proprie potenzialità fisiche, psichiche, culturali e religiose"[2]. Ciò giustifica l'impossibilità di definire "sane" persone che sono costrette a vivere lontano dalla famiglia, dai propri affetti, in una terra straniera, prive di lavoro.

Occuparsi dei migranti non vuol dire, quindi, farsi carico unicamente del loro corpo, benché la maggioranza di loro arrivi al Servizio con una domanda focalizzata sul fisico "malato". Abbiamo infatti identificato diversi tipi di domande:

- domande mediche "chiare";

---

[2] Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.

- domande che vertono su problematiche psicosomatiche;
- domande che sollevano un problema psicologico rispetto al quale non c'è consapevolezza;
- domande di aiuto sociale.

Per rispondere a queste differenti domande grande cura è stata dedicata all'accoglienza - effettuata dai mediatori culturali con la supervisione dell'Assistente sociale - delle persone che si rivolgono al Servizio, sia per un invio corretto delle stesse ai diversi operatori, in base alle necessità manifestate, sia per rispondere all'esigenza delle istituzioni e delle strutture di conoscere anche le motivazioni che portano le persone a spostamenti significativi e a nuovi progetti di vita.

Lo studio di questi fenomeni ha evidenziato che l'immigrato è una persona generalmente forte, giovane (il 79% è composto da soggetti di età inferiore ai 40 anni), acculturata (il 47,8% possiede un livello di istruzione secondaria e universitaria, mentre il 18% è laureato). Inoltre, l'86% parla correntemente, oltre alla lingua madre, anche l'inglese, il francese, lo spagnolo o l'italiano. Molteplici sono quindi le risposte da dare alle varie esigenze.

Il lavoro di segretariato sociale è delicato e comprende vari aspetti: a) un'operazione di decodifica e spiegazione delle norme vigenti nel nostro paese, b) un lavoro di rete per tenere i contatti fra le diverse strutture che entrano in rapporto con lo stesso individuo, c) l'individuazione della struttura giusta a cui inviare la persona.

Gli interventi psicologici e clinici proposti dal Servizio sono anch'essi compositi:

- intervento su casi di urgenza inviati allo psicologo o allo psichiatra direttamente dagli altri operatori;
- analisi della domanda e, se necessario, intervento su individui e famiglie che richiedano direttamente l'aiuto dello psicologo;
- consulenza agli altri operatori del Servizio su situazioni e casi a rischio;
- tutti gli operatori del Servizio sono coinvolti in un gruppo di riflessione, con riunioni periodiche, sul lavoro che si svolge con i migranti, sia per una continua verifica e miglioramento dello stesso, sia nella sua funzione di punto di riferimento e consulenza per altre strutture che operino su situazioni di analoga complessità sociale.

All'interno del Servizio opera un Consultorio medico-antropologico, rivolto soprattutto all'analisi e all'intervento sul disagio culturale come rischio di insorgenza di malattie. Il consultorio si avvale della collaborazione di antropologi dell'Università "La Sapienza" e della Terza Università di Roma.

In questo settore di attività sono stati realizzati i seguenti progetti:

- il Progetto europeo "Stop alle mutilazioni genitali femminili: una strategia europea", frutto di una partnership tra la istituzione capofila, il Comune di Roma - Dipartimento XVIII Politiche per la sicurezza e, in Italia, il Servizio

di Medicina delle Migrazioni dell'Istituto San Gallicano, il CISP – (Comitato Italiano Solidarietà tra i Popoli) e la Onlus IISMAS (Istituto Internazionale di Scienze Mediche, Antropologiche e Sociali); in Svezia, l'Ospedale e l'Università di Lund, Malmö; in Somalia l'ONG ASTUR, Wajadir; in Spagna, la "Basic Health Care Area of Drassanes" di Barcellona (gennaio 2003 - gennaio 2005).

- "Progetto integrato di formazione per la promozione dell'accoglienza e dell'organizzazione transculturale dei servizi socio-sanitari nella Regione Lazio", in collaborazione con l'Assessorato per le Politiche per la Famiglia e Servizi Sociali della Regione Lazio (anno 2003).
- "Progetto per la costituzione di un osservatorio socio-sanitario per le persone e nuclei senza fissa dimora della popolazione residente e immigrata del territorio regionale", in collaborazione con l'Assessorato per le Politiche per la Famiglia e Servizi Sociali della Regione Lazio (anno 2003).
- Programma di ricerca dal titolo "Attività di prevenzione, assistenza ed educazione sanitaria, nonché di integrazione sociale a favore di minori immigrati presenti in Italia", Ministero dell'Interno, fondo UNRRA (giugno 2000 - giugno 2001).
- "Progetto per la realizzazione di prestazioni sociali a persone e nuclei della popolazione nomade sul territorio di Roma", Convenzione fra il V° Dipartimento del Comune di Roma, Ufficio Speciale Immigrazione e l'Istituto San Gallicano (giugno 2001- giugno 2002).
- Accordo di programma con il Dipartimento per gli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la realizzazione di uno "Sportello di consulenza ed orientamento socio-sanitario degli immigrati che accedono al Servizio di Medicina Preventiva delle Migrazioni" (marzo 2001- luglio 2002).
- Quarto Protocollo operativo con il Comune di Roma - Assessorato alle Politiche Sociali e per la Promozione della Salute relativo al "Progetto per la realizzazione di prestazioni sociali a persone e nuclei senza fissa dimora della popolazione residente, immigrata e nomade sul territorio di Roma" (anno 2003).
- "Progetto per la promozione transculturale della salute rivolto a minori stranieri assistiti presso la Fondazione il Faro", realizzato tramite convenzione fra gli IFO e la Fondazione "il Faro" (aprile 2001- aprile 2002).

D. Attività di formazione clinica, scientifica e culturale

Per quanto riguarda quest'ambito di attività, ricordiamo anzitutto l' organizzazione e lo svolgimento ogni anno di un Workshop Internazionale dal titolo "Cultura, Salute, Migrazioni", che si svolge in autunno a Roma presso il CNR, e che vede un notevole concorso di pubblico e di numerose personalità

della medicina, della cultura, della politica, della scuola. Nel corso degli ultimi sei anni il Convegno ha cercato di individuare, in un'ottica interdisciplinare, le esperienze culturali, sanitarie, sociali, antropologiche e psicologiche presenti in Europa sul mondo dell'immigrazione e delle persone a rischio di emarginazione, focalizzando i motivi di tante situazioni di disagio e sofferenza. Particolare attenzione viene data, per quanto riguarda i sistemi sanitari dei Paesi europei, alle norme di prevenzione e cura alle reti di collegamento e scambio fra le pubbliche istituzioni e le varie strutture, cercando di individuare le innovazioni utili che emergono, al fine di fare proposte, anche a livello istituzionale, per rendere i servizi da offrire alle persone migliori e più adeguati alle reali esigenze[3].

Un'altra inziativa periodica è il Corso Internazionale di Medicina Transculturale, organizzato annualmente dall'Istituto San Gallicano in collaborazione con l'Assessorato per le Politiche per la Famiglia e Servizi Sociali della Regione Lazio e la Onlus IISMAS. Il corso ha come obiettivo generale lo studio dei problemi socio-culturali connessi con il fenomeno migratorio ed approfondisce in un'ottica interdisciplinare i temi dell'impatto che l'incontro tra differenti culture ha sulle condizioni della salute. Il corso mira inoltre a stimolare ricerche e riflessione sulle tematiche dei senza casa, criminalità, determinanti della salute, problemi e sfruttamento dei minori, discriminazione femminile, famiglia, nuova ecologia, con l'aiuto di esperti delle istituzioni pubbliche, medici, antropologi, sociologi e con la attiva collaborazione di istituzioni non mediche come la Scuola, le associazioni di volontariato, le Autorità locali e rappresentanti delle associazioni di immigrati[4].

Ricordiamo ancora l'organizzazione e realizzazione, in collaborazione con l'*International Medicine Society*, del Corso di Alta Formazione in Medicina

---

[3] Nell'ottobre del 2003 la Struttura Complessa, sotto l'Alto Patronato della Presidenza della Repubblica, ha organizzato, presso il CNR, insieme all'Ufficio Nazionale C.E.I. per la Pastorale della Sanità, alla Hyppocrates Onlus e alla Onlus I.I.S.M.A.S la decima edizione del Workshop Internazionale su "Cultura, salute, immigrazione" in collaborazione con la World Health Organization - European Office for Investment for Health and Development.
L'iniziativa è stata inoltre patrocinata dalla Presidenza del Senato della Repubblica, dalla Presidenza della Camera dei Deputati, dal Ministero degli Affari Esteri, dal Ministero della Salute, dal Ministero di Grazia e Giustizia, dal Ministero dell'Interno, dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, dal Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca Scientifica, dalla Banca d'Italia, dalla Presidenza della Regione Lazio, dall'Assessorato alla Salute della Regione Lazio, dall'Assessorato alle Politiche per la Famiglia e i Servizi Sociali della Regione Lazio, dalla Presidenza della Provincia di Roma e dall'Assessorato ai Servizi Sociali e Politiche per la Comunità Familiare della Provincia di Roma, dall'Assessorato alle Politiche Sociali e Promozione della Salute del Comune di Roma, dall'Ufficio per l'Italia del Parlamento Europeo, dall'Ordine dei Medici di Roma e Provincia e dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM). Nel corso dei suoi lavori, durati tre giorni, hanno portato il loro contributo scientifico e la loro testimonianza oltre 80 studiosi italiani e stranieri.

[4] I programmi dei corsi sono disponibili sul sito Web alla pagina "http://crs.ifo.it/ISG/Migrazioni/seminari/".

Internazionale "Salute per tutti, nel nord e sud del pianeta, alle soglie del terzo millennio" per laureati e diplomati, di durata annuale. I docenti sono esperti qualificati in settori interdisciplinari, impegnati da oltre quindici anni sul campo e in ambito clinico- sperimentale. L'iniziativa cerca di rispondere in modo innovativo alle mutate condizioni socio-culturali, mediche e psicologiche che caratterizzano questo inizio di millennio. I processi di globalizzazione in atto hanno modificato i dati epidemiologici e ambientali del pianeta. L'osservazione di malattie apparentemente scomparse da tempo dai nostri territori, i fenomeni migratori e la comparsa di nuove povertà rappresentano realtà che necessitano di studi e ricerche approfondite, e numerosi operatori socio-sanitari chiedono di essere aggiornati in tempo reale su queste trasformazioni. Il nostro impegno si muove in un'ottica internazionale, in collaborazione con gli esperti più qualificati dei Paesi in via di sviluppo e con i centri di ricerca scientifica più innovativa dei Paesi a sviluppo avanzato.

La Struttura Complessa organizza e realizza inoltre:

- un tirocinio teorico-pratico su "Bisogni emergenti", nell'ambito del Corso alla Scuola Professionale di Stato per Operatori dei Servizi Sociali;
- moduli di aggiornamento per insegnanti e studenti, in collaborazione col Provveditore agli Studi di Roma;
- supervisione ai tirocini di Assistenti sociali, Mediatori interculturali, Infermieri professionali;
- assistenza per la preparazione di tesi a laureandi in medicina, sociologia, antropologia, servizio sociale;
- corsi di formazione professionale per mediatori interculturali e relativo tirocinio presso il San Gallicano in collaborazione con il Ministero della Salute ed il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;
- produzione di materiale divulgativo e informativo (opuscoli, video, dépliant, ecc.).

La Struttura partecipa inoltre alle attività di informazione, formazione e coordinamento tra strutture pubbliche e del privato sociale nell'ambito del Gruppo Regionale Immigrazione e Salute (GRIS), di cui è membro.

L'orientamento socio-sanitario transculturale

In collaborazione con la Provincia di Roma, in collegamento con l'Assessorato ai Servizi Sociali e Politiche per la Comunità Familiare, è in corso un progetto per l'attivazione di uno "Sportello informativo transculturale per l'orientamento socio-sanitario degli utenti stranieri" che accedono alla Struttura e per la realizzazione di una rete di consulenza tecnica di supporto per l'attività dell'Osservatorio Provinciale sull'immigrazione. È stato attivato un servizio di sportello stabile, continuativo nel corso dell'anno e multidimensionale per il tipo di interventi previsti, condotto da uno staff multiculturale con professionalità multidisciplinari. Tale sportello interviene sul fronte dell'integrazione sociale degli

stranieri che vengono a contatto con la Struttura[5], con l'obiettivo di facilitare il rapporto tra di essi, le istituzioni e i cittadini italiani, combattendo pregiudizi e discriminazioni, al fine di offrire adeguati percorsi per il soddisfacimento dei bisogni fondamentali dei cittadini stranieri, garantendo loro pari opportunità di accesso ai servizi pubblici ed ai diritti, nel rispetto delle diversità etniche e culturali.

Lo sportello fornisce ad utenti italiani e stranieri informazioni, consulenza ed orientamento, in collegamento con il portale WEB sull'immigrazione della Provincia di Roma ed in collaborazione con la rete dei Centri di Servizio realizzati dalla Provincia di Roma nell'ambito del Piano Provinciale per l'immigrazione.

In particolare vengono forniti, in una prospettiva transculturale, servizi di informazione, consulenza, mediazione interculturale ed orientamento socio-sanitario sulle norme vigenti in materia di soggiorno, sui problemi dei rifugiati e dei richiedenti asilo, sull'accesso ai servizi pubblici e alle scuole di ogni ordine e grado, sulle possibilità di formazione e sulle possibilità di inserimento in ambito lavorativo nonché sull'autoimpiego sulla normativa pensionistica.

Nel progetto sono utilizzati mediatori linguistico-culturali formati *ad hoc*, per i quali la partecipazione all'attività dello "sportello" costituisce una concreta occasione sia di inserimento lavorativo che di acquisizione di competenze professionali specifiche, comunque utilizzabili sul mercato del lavoro locale anche dopo il termine del progetto.

Inoltre, in virtù della consolidata ed esclusiva esperienza, sopra sintetizzata, la Struttura Complessa ha il compito di costruire una qualificata rete di consulenza tecnica, composta da esperti con competenze multidiciplinari, per il supporto dell'attività dell'Osservatorio Provinciale sull'immigrazione. L'équipe di esperti collabora con l'Osservatorio nella sua attività istituzionale, fornendo puntuali ed aggiornate risposte ad ogni sollecitazione e promuovendo ricerche ed analisi dei processi migratori e delle dinamiche di integrazione socio-economica delle comunità immigrate sul territorio provinciale.

L'osservatorio sulle condizioni di salute della popolazione senza fissa dimora a Roma e nel Lazio

L'Assessorato alle Politiche per la Promozione della Salute del Comune di Roma ha istituito alla fine del 1998, presso il Servizio di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'Ospedale San Gallicano (IRCCS) di Roma, un osservatorio clinico-epidemiologico sulle con-

---

[5] Si può stimare un'affluenza media annua superiore alle 6.000 persone, che ritornano nel Servizio mediamente circa quattro volte nel corso dell'anno. Tenendo conto che gli interventi di informazione ed orientamento raggiungerebbero anche i familiari dei pazienti immigrati, e stimando prudenzialmente un numero di familiari pari agli utenti, si avrebbe una popolazione bersaglio di almeno 12.000 persone.

dizioni di salute delle persone senza fissa dimora (SFD), residenti, immigrate e nomadi presenti a Roma. L'Assessorato ha inserito questo tangibile impegno per una tutela della salute proprio delle persone che più di altre hanno bisogno di accedere ai servizi socio-sanitari pubblici e del privato sociale all'interno di una rete di servizi ed interventi a vari livelli, dall'unità di strada alla casa-famiglia, proponendo un percorso dinamico di recupero della cittadinanza per le persone in stato di povertà estrema. Questo impegno è parte del processo di costruzione del Piano Regolatore Sociale della città di Roma. Nel corso del 2002 l'attività dell'Osservatorio si è ampliata formalizzando una collaborazione progettuale con l'Assessorato per le Politiche per la Famiglia e Servizi Sociali della Regione Lazio.

In particolare, gli obiettivi del protocollo operativo hanno riguardato quattro punti essenziali:

- descrivere le caratteristiche della popolazione senza fissa dimora residente, immigrata e nomade presente sul territorio di Roma assistita presso l'Osservatorio dell'Istituto;
- tracciare un profilo delle circostanze di vita e delle condizioni di salute della popolazione SFD, attraverso l'accoglienza, l'ascolto, la visita clinica e la cura di queste persone;
- valutare l'utilizzo dei servizi sociali ed assistenziali;
- fornire agli enti locali informazioni utili per la programmazione di interventi di assistenza e di riabilitazione sociale.

Tali obiettivi sono stati perseguiti dalla Struttura Complessa in collaborazione con alcune strutture del privato sociale e pubbliche[6].

Presentiamo qui una sintesi dei risultati dell'analisi dei dati dell'Osservatorio.

L'Osservatorio del San Gallicano ha svolto un'analisi preliminare su un totale di 3.162 persone senza fissa dimora, seguite in collaborazione con i Centri di accoglienza diurna e notturna, dal 1° gennaio 1999 al 31 dicembre 2002.

Si tratta di 3.162 persone (di cui 178 nomadi e 305 profughi, rispettivamente il 5,6% e il 9,6%), che rappresentano oltre il 30% dell'intera popolazione di SFD presente mediamente a Roma in un anno, in prevalenza maschi (73,4%) giovani-adulti. Il gruppo dei nomadi è sicuramente un campione molto piccolo rispetto a tutti quelli che vivono a Roma e nel Lazio, ma è interessante per il fatto che è stato possibile seguirlo in ambito ospedaliero, consentendo un accesso alla medicina preventiva che non è molto usuale.

---

[6] Si tratta della rete dei Centri di accoglienza diurna e notturna convenzionati con il Comune di Roma per la realizzazione del II livello di intervento, ovvero il "Mago di Oz", il "Ponte", il "Barone rampante", "il Cerchio", "Azzurra 84", "Focus", "Osala", "Magliana 80", "ATI Cotrad-S. Saturnino-Isola", "Asl RM E", oltre ad organismi di volontariato non convenzionati.

Mentre per gli uomini la fascia di età più rappresentata è quella compresa fra i 18 ed i 34 anni (47,8%), per le donne è quella fra i 35 ed i 54 anni (47,1%).

Il 31,9% di questa popolazione è italiana, il 42% viene da paesi europei non appartenenti all'Unione Europea, il 15% dall'Africa, il 5,4% dall'Asia, il 2,6% dalle Americhe, il 2,4% da paesi dell'Unione Europea ed il restante 0,6% sono apolidi. Gli stranieri sono rappresentati in ordine di maggiore presenza da rumeni, polacchi, bosniaci, ucraini, marocchini, moldavi, iraniani, tunisini, algerini, albanesi, russi, egiziani ed iracheni. Sono presenti anche francesi, tedeschi, spagnoli, austriaci, finlandesi, cinesi, indiani e cittadini statunitensi.

Va notato che fra le persone senza fissa dimora ci sono 49 italiani emigrati all'estero che sono ritornati in patria (36 persone da almeno un anno) e che non sono riusciti a reinserirsi nella loro società originaria. Si tratta di un curioso parallelo fra stranieri che non si inseriscono ed emigrati italiani che sembrano subire lo stesso destino di emarginazione, quasi ad indicare che più che la provenienza conti il ceto e la rete di relazioni sociali, che per gli emigrati spesso non esiste più e forse per gli immigrati non esiste ancora.

Il 77% dei 178 nomadi proviene dalla Bosnia-Erzegovina e comunque il 70% sono in Italia da almeno tre anni (nomadi ma di fatto stanziali). Il fatto che il 34,1% delle persone senza fissa dimora straniere sia in Italia da meno di quattro mesi fa ipotizzare un notevole ricambio di queste persone a Roma e nel Lazio. Inoltre sommando quest'ultimi a quelli presenti da 4 a 12 mesi, si evidenzia che il 56,1% del totale è in Italia da un anno o meno. Questo segnala che l'ingresso nella condizione di persone senza fissa dimora è collegato, per la maggioranza degli stranieri, alla difficoltà di inserimento iniziale dopo la migrazione in Italia.

Una quota del 19,6% delle persone senza fissa dimora straniere (esclusi i nomadi) è in Italia da più di tre anni. Solo il 17,6% delle persone senza fissa dimora straniere è in possesso di un permesso di soggiorno: ciò evidenzia i problemi esistenti nella politica di prevenzione della clandestinità e di accoglienza degli immigrati, di cui il fenomeno dei SFD può rappresentare una delle conseguenze.

Il 17,3% dei SFD non ha titolo di studio o ha solo la licenza elementare e il 21,5% svolgeva come ultima attività una mansione non qualificata. Mentre ben il 31,6% ha un diploma di scuola media inferiore, il 38,1% di media superiore e l'8,7% è laureato. Solo 62 persone hanno un lavoro fisso e 516 (16,3%) occasionale. Sono presenti 107 persone che hanno una pensione: 23 con pensione sociale, 27 per vecchiaia e 57 per invalidità (1,8%). Solo l'11,9% delle donne ha un lavoro (fisso o occasionale) contro il 20,6% dei maschi. La grande maggioranza di SFD non ha dunque nessuna fonte di sostentamento economico, eccetto le elemosine: il dato indica l'importanza di una qualche forma di sostegno al reddito e di altri ammortizzatori sociali per le persone gravemente deprivate.

Quella economica è la causa più rappresentata della condizione di SFD (61%), anche se l'alcolismo (5,5%), le malattie mentali o il disagio psicologico

(10,1%) e la tossicodipendenza (9%) sono ben rappresentate. La forte prevalenza della componente economica all'origine dello stato di senza fissa dimora è anche legata alla mutazione della composizione negli ultimi anni dovuta alla prevalenza di stranieri. Infatti la distribuzione delle cause per le persone senza fissa dimora italiane vede alcool, tossicodipendenza e disturbi mentali raggiungere il 48,4% del totale.

Il 9,1% dei SFD ha una storia di detenzione carceraria, che arriva al 28,7% per i SFD con storia di tossicodipendenza. Il 46% dei SFD non aveva avuto rapporti con alcuna istituzione pubblica, prima del contatto con la rete del progetto e quindi dell'accesso al nostro centro. Ciò indica la valenza positiva di tale modello di offerta attiva di programmi di inclusione.

Sempre prima di entrare in contatto con la rete del progetto, il 40,6% della popolazione utilizzava dormitori ed ostelli, si tratta di una quota crescente rispetto al recente passato e mostra una maggiore efficacia nel fornire tale servizio. Rimane una quota pari al 25,9% che dormiva nelle strade o in stazioni e che più difficilmente accetta la soluzione dei centri di accoglienza notturna. I nomadi dormono nelle roulotte.

Mediamente il 69,4% delle persone senza fissa dimora utilizza le mense delle strutture assistenziali: tale percentuale sale al 73,8% per i rifugiati, è pari al 72,9% per gli homeless, mentre nel caso dei nomadi scende all'8,4%.

Il 33,7% dei SFD è sessualmente attivo (una percentuale bassa, considerando che si tratta di una popolazione giovane adulta) e solo il 24,1% dei SFD ha un partner fisso. Esistono differenze interne notevoli fra i diversi gruppi, infatti mentre il 46,1% dei nomadi sono attivi sessualmente, tale percentuale scende al 33,3% per gli homeless ed al 30,2% per i profughi.

L'abuso di alcool è presente (il 4,7%) e non riguarda solo coloro che sono divenuti SFD a causa dell'alcolismo: infatti la loro quota è del 35,1% del totale di chi abusa dell'alcool, mentre il 38,5% riguarda quelli divenuti SFD per cause economiche e il 14,9% i tossicodipendenti. Pertanto la stessa condizione di senza fissa dimora, al di là della sua origine, può indurre ad un consumo eccessivo di alcool. L'8,8% ha fatto o fa uso di eroina o di cocaina.

In media il 45,3% dei maschi senza fissa dimora ha subito ricoveri: il 48% degli homeless, il 42,4% dei nomadi ed il 25,8% dei profughi. Mentre per le femmine il ricovero riguarda il 49,4%: il 51,1% delle homeless, il 48,4% delle nomadi ed il 28,3% delle profughe. In tutti i gruppi la quota di ricoveri delle femmine è superiore a quella dei maschi. L'analisi dei dati riguardanti lo stato di salute ha evidenziato una significativa positività di test per l'epatite virale.

Le malattie dell'apparato digerente, le patologie psichiatriche, le malattie infettive, quelle della pelle e del sistema genito-urinario, oltre alle malattie respiratorie, dell'apparato circolatorio ed i traumatismi sono i gruppi di patologie più frequentemente riportati.

Le diagnosi più frequenti, sia negli uomini che nelle donne, sono le malattie del cavo orale e le epatiti non virali, a cui fanno seguito la dipendenza da oppioi-

di e da alcol, le epatiti C croniche, le gastriti e duodeniti, le infezioni delle vie urinarie e l'ulcera peptica. Vanno rilevati 55 casi di persone senza fissa dimora sieropositive, con tutte le conseguenze che si possono immaginare sulla prognosi di tale patologia.

È interessante sottolineare il rilievo di 29 donne senza fissa dimora (di cui 11 italiane) in gravidanza, che non abbiamo inserito tra le patologie rilevate non essendo questa condizione di per sé patologica, ma è evidente come portare avanti una gravidanza, in una condizione di precarietà socio-economica e senza una adeguata assistenza sanitaria, determini un alto rischio per la vita del nascituro e della madre.

In conclusione, si può affermare in generale che la condizione di senza fissa dimora si associ spesso a:

- un'alta esposizione a fattori di rischio nocivi per la salute;
- un'alta esposizione a traumi, incidenti e violenze;
- un'alta prevalenza di malattie;
- un insufficiente accesso all'assistenza sanitaria;
- un'alta mortalità.

Le variabili socioeconomiche (istruzione, occupazione, reddito) sembrano molto importanti nel determinismo della condizione di SFD: sono i soggetti più deprivati ad incontrare più spesso questo destino. Vi è poi una grande eterogeneità geografica a Roma e nel Lazio ed un probabile notevole ricambio di immigrati SFD, che solleva il problema della gestione delle politiche di accoglienza. Lo stato di severa deprivazione materiale (dimora, esposizione agli agenti atmosferici, nutrizione) si somma alla scarsità della rete relazionale (la ricchezza ed il supporto dei rapporti familiari e sociali) e ai comportamenti nocivi per la salute (alcool, fumo e droghe), comportando un alto rischio di malattia e di morte prematura, che rendono urgente il potenziamento dell'attività di inclusione, sia attraverso le strutture di accoglienza (dormitori, mense), che mediante interventi di supporto e di riabilitazione psico-sociale. Tali interventi di contrasto della povertà estrema vanno promossi tenendo conto che il 41,4% dei SFD lo è diventato da meno di 3 mesi ed un altro 20,4% da meno di un anno, ovvero che molti di essi vivono in una condizione non ancora cronicizzata: ciò rende l'intervento di inclusione più efficace, ma anche più urgente.

La salute della donna straniera

In seguito ai ricongiungimenti familiari è aumentata la popolazione immigrata femminile, rendendo maggiormente equilibrata per genere la realtà dell'immigrazione. Oggi le donne in Italia sono in media il 46,7 per cento della presenza immigrata totale.

La donna migrante vive una condizione estremamente vulnerabile, a rischio

di solitudine, dipendenza, isolamento, facilmente soggetta alla discriminazione e allo sfruttamento. Il suo ingresso in condizioni di emergenza la espone a forme di emarginazione e violenza, fino alla riduzione in schiavitù.

Le lavoratrici sono numerose ma socialmente invisibili a causa della tipologia dei lavori che svolgono, per lo più all'interno delle famiglie italiane, che aiutano come *colf* o nell'assistenza agli anziani (le "badanti", come vengono chiamate).

Le statistiche, e la nostra personale esperienza, esprimono un bisogno di intervento sanitario per le donne, che in via ordinaria per motivi giuridici (mancanza di una legislazione esauriente), amministrativi (iter burocratici complessi o non comprensibili), culturali (diversa percezione dei bisogni e dei servizi), di fatto sono escluse dalla tutela della salute, nel senso di una vera promozione di salute e di prevenzione delle malattie. Se pensiamo al ruolo che la donna immigrata può svolgere come mediatrice tra due culture, quella di origine e quella acquisita, punto d'incontro con le nuove generazioni, protagonista dei percorsi di integrazione che la nostra società saprà e dovrà esprimere, comprendiamo come sia fondamentale garantire ad essa tutti i diritti primari dell'essere umano.

Tra questi meritano particolare rilievo il diritto alla salute e il diritto alla procreazione libera e responsabile. Le donne immigrate devono avere la certezza che i loro figli possano crescere sereni e tutelati nella loro salute, proprio come i figli degli italiani. Spesso invece il desiderio di una gravidanza comporta la perdita del lavoro e la solitudine.

La nostra società ha tuttavia relegato il ruolo della donna in uno spazio sempre più ristretto e, se questo è ancora evidente nel Nord del pianeta, ancor più lo è nei paesi del Sud. La figura della donna immigrata non è ancora considerata come un soggetto autonomo nella dinamica migratoria, ma come una figura secondaria alla migrazione maschile, in difesa di uno stereotipo di moglie/madre a carico dell'uomo. La migrazione al femminile è stata in questo senso poco indagata e paradossalmente meno tutelata, anche rispetto al ruolo tradizionalmente attribuitole. Attualmente, quasi il 50% degli immigrati nel mondo è costituito da donne e le proiezioni delle Nazioni Unite indicano come, in tempi più o meno vicini, la componente femminile costituirà la quota più consistente della popolazione nata all'estero.

La maggior parte di queste donne proviene da paesi del Sud del mondo, dove ha una vita durissima, costellata di violenze contro qualsiasi diritto umano: povertà, fame, malattie, carico di lavoro eccessivo, tirannie, repressioni e guerre. Per moltissime di loro a tutto ciò si aggiunge anche la violenza delle mutilazioni sessuali. Una volta intrapresa l'emigrazione, essa comporta esperienze spesso sgradevoli e umilianti. Anche quando congiunte ai famigliari, le donne si trovano a dover fronteggiare un difficile percorso di inserimento nel nostro paese: esse devono per lo più farsi carico dell'intera famiglia, soprattutto quando i capifamiglia crollano psicologicamente, per le difficoltà che essi trovano nel paese che li ospita e per la mancanza di un lavoro.

I motivi che inducono le donne a migrare sono di vario tipo: guerra, proble-

mi economici, sentimentali o lavorativi. La decisione di trovare lavoro deriva dalla volontà di migliorare le proprie condizioni di vita, già frustranti durante l'infanzia e l'adolescenza, frequentemente aggravate dalla guerra. Anche senza un progetto realistico, le donne vanno alla ricerca di modelli sociali ideali di benessere che permettano di "ricominciare da capo". Spesso tutto inizia con una proposta di lavoro all'estero, mediata da conoscenti, familiari, esperti della cooperazione, da membri del corpo diplomatico, da religiosi. Dietro a tali proposte si celano precarietà e sfruttamento economico, perché è certo più comodo assumere una donna appena arrivata che non conosce le leggi ed i suoi diritti, che non è inserita socialmente e trascorrerà più tempo a casa a lavorare, che dà più sicurezza anche per ciò che riguarda i furti, non avendo punti di riferimento in città.

I motivi sentimentali nelle donne si intrecciano a quelli economici e lavorativi. Emigrano anche per dimenticare una cultura tradizionale che sentono di voler abbandonare. Non si trovano più bene nella loro condizione di donne nel paese di origine, perché in genere non provengono dagli elementi femminili più tradizionali. Sentono però di agire in una condizione di tradimento al sentimento di appartenenza al proprio gruppo e insieme alla propria identità. Si allontanano spesso per vivere del ricordo.

Queste donne, sempre più presenti e visibili, stanno occupando un ruolo determinante; a loro non solo sono affidati i lavori domestici, come tradizionalmente è accaduto, ma anche la crescita dei nostri figli o la cura di anziani e malati soli.

Il ruolo già così pesante di "cerniera" tra il passato ricco di tradizioni, storia e cultura, ed il presente con le sue incertezze, carico di provvisorietà e prospettive diverse, tra figli permeati di antica cultura ma italiani per forza, tra uomini spesso fuori dai ruoli propri e per questo lontani da ciò che si vive qui e ora, si arricchisce del nuovo fardello dell'essere attente e vicine a momenti delicati della vita di altri; e proprio da questo nuovo ruolo emerge il patrimonio "emotivo-culturale" della donna straniera, così veramente attenta e vicina ai nostri figli, anziani, malati. Da questo si comprende come tutto ciò, soprattutto se non relegato solamente ad alcuni ambiti, possa costituire una "risorsa" per il nostro vivere comune.

Il proprio corpo, i propri sogni e i figli sono spesso gli unici beni preziosi, l'unico vero capitale che la donna porta con sé. La modalità di approccio con il proprio corpo è comune a tutte le donne provenienti dai paesi poveri: va nascosto a sé e agli altri. Non si insegna loro a scoprirlo, conoscerlo, ascoltarlo. I cambiamenti adolescenziali e il menarca vengono vissuti in solitudine e senza preparazione. La menopausa può venire considerata come una libertà ritrovata per alcune di esse, come le latino-americane, mentre può essere carica di significati negativi di fine di un ciclo produttivo e anche sessuale per altre, come le africane. Il corpo viene vissuto come utile per svolgere lavoro, non come espressione

di sé. I movimenti sono misurati anche nella danza. Questi condizionamenti si manifestano nelle posture e nell'abbigliamento. La sessualità come forma di espressione dell'individuo, della donna nella sua interezza, resta un tabù a causa di condizionamenti sia di matrice religiosa, sia educativi e culturali; i desideri sono rimossi e negati e l'iniziativa in termini affettivi compete all'uomo.

Nel paese di origine la maternità ed il parto sono eventi che coinvolgono tutta la famiglia allargata e le donne della comunità. Il parto è un momento di comunicazione tra donne; l'uomo ne è escluso. Nel paese straniero, invece, la maternità e il parto sono vissuti in solitudine, diventano una malattia; si stravolgono i ritmi (gravidanze ravvicinate, nascite pretermine con bambini di basso peso, ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza e a pratiche di contraccezione non conosciute e non comprese). Il parto in ospedale e, per molte donne, il parto cesareo (che ha un'incidenza ancor più elevata tra le donne straniere, rispetto alle italiane), contribuiscono ad alimentare ulteriormente la percezione di uno stato di malattia. Il senso di inadeguatezza, insito nell'essere straniere, è potenziato dal "vissuto malato" del partorire e del nascere in solitudine senza la famiglia allargata. In ospedale, le difficoltà di comprensione linguistiche e culturali da parte degli operatori dei reparti ostetrici portano, inoltre, all'interruzione precocissima, se non addirittura al non stabilirsi, dell'allattamento materno.

La patologia della povertà e la patologia di sradicamento (cambiamento dei ritmi, del clima, dell'alimentazione, sentimento di tradimento al gruppo di appartenenza e conseguente facilità all'insorgenza di malattie psicosomatiche) sono alcune delle patologie che si trovano ad affrontare le donne immigrate in Italia. Esse hanno numerosi bisogni come donne, immigrate, madri o mogli di altri immigrati. Considerando che, secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) e altre agenzie internazionali, dalla donna dipende lo stato di salute delle loro famiglie, la salute delle donne richiede un'attenzione particolare anche per questo importante ruolo di promozione e tutela della salute di altri individui.

Per quanto riguarda le donne immigrate di prima generazione, quelle che hanno materialmente "effettuato" la migrazione, vale il cosiddetto "effetto migrante sano". Si tratta di un'autoselezione operata nel Paese di origine degli individui in possesso di buona salute ed efficienza fisica e con adeguate capacità caratteriali, affinché massimizzino la possibilità di successo del progetto migratorio. Ciò non vale invece per le donne (e i bambini) che si siano ricongiunte con il marito, né per le profughe e le richiedenti asilo - giunte in Italia per un pericolo imminente di vita e non per una scelta - né per le donne Rom e Sinti[7]. Anche per le "migranti sane", comunque, con le difficoltà incontrate nel contesto di immigrazione, le condizioni di salute peggiorano. A livello sanitario, con la presenza di donne immigrate, si devono affrontare in modo particolare tutte le problematiche legate alla funzione riproduttiva ed alla maternità, tenendo conto

[7] Cfr. Commissione per le Politiche di Integrazione degli Immigrati (2002, cap. "Salute").

della difficoltà culturale che le straniere in gravidanza hanno ad accedere ai servizi sanitari.

In particolare stanno emergendo dati piuttosto preoccupanti sull'abortività volontaria, fenomeno che sottolinea tra l'altro quanto sia scarsa la cultura contraccettiva delle donne immigrate. Da una rilevazione dell'ISTAT è emerso che i tassi di abortività stimati per le donne con cittadinanza straniera è di 28,7 per mille nel 1998, valori di circa tre volte superiori a quelli osservati tra le cittadine italiane, i cui tassi nella stessa fascia di età risultano pari a circa il 9 per mille.

Altro grave problema è l'esposizione delle donne all'AIDS e il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili che riguarda anche il nostro Paese: tra 30.000 e 50.000 sono le donne straniere attualmente residenti in Italia che hanno subìto queste mutilazioni e circa 6.000 le bambine - appartenenti alle comunità provenienti dai Paesi in cui è diffusa questa pratica - che vengono ogni anno illegalmente infibulate in Italia.

La salute dei bambini stranieri

Il figlio dell'immigrato è un anello di congiunzione che salda insieme il momento presente alla dinastia dei padri, continuità del linguaggio, occasione di festa e garanzia di trasmettere ancora un valore, un pensiero, un sogno.

Le aspettative degli adulti fanno sì che il bambino si trovi idealmente sospeso in un tempo che è quello della tradizione, degli antenati ed in uno spazio che è quello della grande casa familiare, una casa dai contorni allargati che arriva a comprendere al suo interno anche lo spazio, rimpianto e mitizzato, della terra d'origine. Simbolicamente spesso è "il figlio" ad essere importante, non il "bambino".

Intorno alla figura del figlio, alla sua presenza o assenza, (è significativa anche la richiesta di interruzione volontaria di gravidanza), ruota spesso tutto il processo di radicamento dell'immigrato nella terra che ha scelto, e che lo ha scelto, come seconda patria. A rendere ulteriormente complessa questa situazione ci sono poi due fatti: il primo è che per molti bambini, figli di immigrati, l'Italia è il loro paese, perché sono nati qui e non ne hanno mai conosciuti altri. Ma al tempo stesso non sono riconosciuti come "italiani" dalla società che li circonda, né sul piano dei diritti civili, né sul piano culturale: si trovano cioè nella difficile posizione di essere stranieri in casa loro, perché non hanno un'altra casa. Il secondo fatto è che i bambini, e quindi non solo i genitori o le madri, si trovano ora e, probabilmente, sempre di più nel futuro, in una difficile posizione di "interfaccia" tra due culture, che rischia spesso di schiacciarli: portatori di tradizioni culturali e familiari estranee a quelli locali, e pressati da richieste di integrazione che sono spesso in aperta contraddizione con il loro patrimonio tradizionale.

Nel nostro paese solo ora cominciamo ad affrontare la questione dell'im-

migrazione di seconda generazione, ma in altri paesi europei essa è ben conosciuta e non a caso viene indicato dalla letteratura internazionale come sia spesso proprio la seconda generazione di immigrati quella più a rischio di sofferenza psichica e sociale. Gli operatori socio-sanitari si trovano dunque di fronte ad una doppia dinamica - sincretismo culturale e profonda modificazione dei ruoli sociali - che il bambino innesca e testimonia al tempo stesso. Quest'aspetto non è secondario ai fini di una medicina che vede allargarsi sempre più il suo campo di indagine fino a comprendere problemi culturali e psicologici legati allo sviluppo e al disagio adolescenziale, in una terra straniera. Tanto più che durante l'adolescenza, proprio l'aderenza o meno ad un'immagine corporea condivisa culturalmente è un fattore che contribuisce al fissarsi dell'identità (Mazzetti, 1994).

I minori immigrati di prima o seconda generazione si possono trovare in una situazione di profondo disagio, in particolare nella fase adolescenziale: con difficoltà vengono accettati dai loro coetanei, ma al tempo stesso non si riconoscono più nella cultura di origine. Essi affrontano soprattutto problemi relativi alla costruzione della propria identità, spesso difficilmente gestibili anche dagli adulti, con la differenza che la loro non è stata una scelta.

Una ricerca internazionale coordinata dal CENSIS ha rilevato una serie di disagi diffusi tra i minori di origine immigrata in Italia: le difficoltà scolastiche, per motivi linguistici e di disomogeneità tra il tipo di preparazione italiana rispetto a quella dei Paesi d'origine, determinano spesso l'elevato tasso di abbandono scolastico.

La criminalità rappresenta un rischio reale per molti adolescenti stranieri, anche se, ad un'analisi più approfondita del fenomeno, emerge che molti di questi minori sono Rom di recente arrivo provenienti dall'ex Jugoslavia, quindi più propensi a imbattersi nel sistema giudiziario per motivi di precarietà sociale, mentre gran parte degli altri sono giovanissimi "minori non accompagnati" - cioè entrati in Italia da soli - marocchini e albanesi, che non hanno un nucleo famigliare stabile in Italia e per i quali la delinquenza rappresenta spesso l'unico mezzo di sopravvivenza[8].

La Società Italiana di Pediatria ha costituito a metà degli anni '90 il "Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato" che ha raccolto dati particolarmente utili a valutare la salute, le patologie e gli eventuali rischi sanitari dei bambini stranieri presenti in Italia: non si sono osservate differenze significative per quanto attiene lo stato di salute generale dei bambini stranieri rispetto a quelli italiani. Ma, a differenza della popolazione generale, di solito i bambini stranieri e Rom non vengono fatti visitare dai loro genitori in presenza di patologie leggere o all'esordio della sintomatologia. Ciò può comportare dei rischi, perché, senza

[8] cfr. Porfiri E. (a cura di), 2000.

adeguati controlli clinici e tempestive cure farmacologiche, anche lievi malattie possono a volte presentare serie complicazioni per il bambino, che rischia poi di essere ricoverato in gravi condizioni.

Oltre i confini

Il quotidiano contatto con persone provenienti da altri paesi e culture, e con i loro bisogni di cura ed assistenza, ci ha spinto ad intervenire, direttamente o indirettamente, nei paesi di provenienza di queste persone, per tentare di offrire lì un contributo scientifico e formativo per la tutela della loro salute.

In particolare, negli ultimi anni ci siamo impegnati, insieme all'Istituto Internazionale di Scienze Mediche, Antropologiche e Sociali (IISMAS) Onlus, in Etiopia. L'Etiopia è un paese fra i più poveri dell'Africa con oltre 64 milioni di abitanti, quasi come l'Italia, su una superficie 4 volte maggiore. Il reddito medio per abitante è di circa 100 dollari l'anno. La mortalità infantile è pari a 118 casi ogni 1.000 bambini nati vivi (mentre la media dei Paesi meno Sviluppati è di 100 e quella dei Paesi OCSE è di 13). La mortalità dei bambini minori di 5 anni è pari a 176 casi ogni 1.000 bambini nati vivi (mentre la media dei Paesi meno Sviluppati è di 159 e quella dei Paesi OCSE è di 15). La percentuale di bambini sottopeso minori di 5 anni è pari al 47%.

Nel Tigray, che è uno degli Stati della Federazione Etiopica al confine con l'Eritrea, ci sono solo 48 medici e 12 piccoli ospedali per oltre 4 milioni di persone. È importante sostenere lo sforzo locale di sviluppare un sistema sanitario che fronteggi le drammatiche emergenze presenti: AIDS, malaria, tubercolosi, lebbra ed altre patologie infettive.

Nel Tigray i bambini sotto i 5 anni sono quasi ¼ della popolazione totale (865.632), mentre quelli sotto i 14 anni sono il 44,1% della popolazione totale (1.720.454); l'indice di mortalità sotto i 5 anni è dell'89,7 per 1000 bambini, ed il 69% dei bambini sotto i 5 anni che sopravvivono sono sottopeso. Le donne fra i 15 e i 49 anni di età sono 900.350 (poco meno di un quarto della popolazione) e si aspettano 174.000 gravidanze l'anno, ma purtroppo il 13% di costoro hanno l'HIV/AIDS e l'indice di mortalità materna è pari a 504-756 per 100.000. C'è un'ostetrica ogni 34.000 persone e la prima causa di ricovero per le donne (26%) è il parto spontaneo, mentre la seconda è l'aborto (21%).

La vita di milioni di persone in Etiopia è minacciata dalla fame e dalla siccità, ma oltre al cibo e all'acqua occorre combattere le malattie: non c'è sviluppo senza salute. Il nostro contributo a questa battaglia è quello di coniugare la ricerca scientifica nella sanità con l'etica della solidarietà tangibile e continuativa.

La nostra Struttura è coinvolta in un progetto di accoglienza, assistenza, ricerca e formazione del personale medico ed infermieristico in diversi ospedali e centri sanitari del Paese, nell'ambito di un'azione di sostegno allo sviluppo di

migliori condizioni di vita della popolazione locale. In collaborazione con il Tigray's Health Bureau (Ministero della Sanità del Tigray) essa partecipa all'attività di diversi ospedali a Quihà e a Makallè.

Inoltre da alcuni anni è presente nella città di Zala Anbesà al confine con l'Eritrea. Si tratta di una cittadina rasa al suolo durante l'ultimo conflitto bellico fra Etiopia ed Eritrea. Attualmente ci vivono, tra macerie e tendopoli, oltre 25.000 persone, in gran parte anziani, donne e bambini, privi di ogni struttura educativa, sociale e sanitaria. Su richiesta del Tigray's Health Bureau, cerchiamo di raccogliere risorse per la costruzione di un piccolo centro socio-sanitario-educativo e lo svolgimento di attività mediche e sociali con il personale sanitario e docente locale.

La Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'Istituto San Gallicano di Roma contribuisce al progetto apportando la sua competenza in particolare riguardo al settore della Dermatologia e della Medicina Tropicale Internazionale delle popolazioni umane mobili, tramite lo scambio di informazioni e consulenza clinica e sperimentale sulle principali malattie diffusive, in particolare la lebbra, la tubercolosi, le malattie sessualmente trasmissibili, ivi compresa l'infezione da HIV, e le dermatosi tipiche, in particolare le micosi di natura tropicale.

A tal fine sono state realizzate periodiche missioni di monitoraggio che assicurano la continuità del sostegno, evitando di intervenire sporadicamente, alla luce di una semplice quanto inefficace logica di emergenza. Altrettanto importante è fornire strumenti culturali aggiornati e assicurare uno scambio di esperienze fra i medici locali e quelli esteri, affinché si crei un circuito virtuoso in grado di durare nel tempo: formare i formatori per combattere le malattie e la povertà. In tal senso sono stati realizzati nel corso del 2003 ed all'inizio del 2004 due importanti eventi formativi alla presenza del Presidente della Repubblica Etiopica, Dr. Ghirma Woldegiorgis, del Ministro della Sanità del Tigray Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus e dell'ambasciatore italiano in Etiopia Amb. Guido Walter La Tella. Il 6 e 7 dicembre 2003 si sono svolti i lavori del "*First International Congress on Dermatology and Infections*", in collaborazione con il Ministero della Sanità del Tigray, che ha visto la partecipazione di tutti i medici dello Stato del Tigray, ed il 6 e 7 marzo 2004 si è tenuto il "*Second International Congress on Dermatology and Infections*", sempre con l'attiva collaborazione del Ministero della Sanità del Tigray, che ha consentito di effettuare la seconda parte del percorso di aggiornamento per i medici dello Stato del Tigray che avevano già partecipato al primo corso.

Riferimenti bibliografici

AA.VV (2000), *Dossier di ricerca: Migrazioni: scenari per il XXI secolo,* Agenzia Romana per la Preparazione del Giubileo, Convegno Internazionale.

Ben Jelloun T. (1991), *Les yeux baissés*, Edition du Seuil.

Caritas di Roma – Forum per l'Intercultura (1998), *Migrazioni. Paesi e culture: esperienze europee a confronto*, Roma, Sinnos Editrice.

Caritas (2003), *Immigrazione - Dossier Statistico*, Roma, Nuova Anterem.

Castiglioni M.(1997), *La mediazione linguistico-culturale. Princìpi, strategie, esperienze*, Milano, Franco Angeli.

Cavalli-Sforza L, Cavalli-Sforza F. (1994), *Chi siamo. La storia della diversità umana*, Milano, Mondadori.

Commissione per le Politiche di Integrazione degli Immigrati (2002), *Secondo Rapporto sull'Integrazione degli Immigrati in Italia*.

Del Lago A. (2000), *Non persone. L'esclusione dei minori in una società globale*, Milano, Feltrinelli.

Ferrarotti F. (1998), *Oltre il razzismo*, Roma, Armando Editore.

Geraci S. (2001), *Immigrazione femminile: quale assistenza sanitaria?*, Roma, Percorsi Editoriali.

Haller Suzanne (1997), "Il mediatore familiare", in *Famiglia Oggi*, anno XX, 11 novembre.

Ismail Mohamed Marian (2001), *Il corpo violato. Le mutilazioni genitali femminili*, Roma, Percorsi Editoriali.

Mazzetti M (1994), *Il bambino straniero in Italia: crescita psicologica ed igiene mentale*, in Geraci S. (a cura di) *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*, Parma, Peri Tecnes.

Morrone A., Mazzali M. (a cura di), (2000), *Le stelle e la rana. La salute dei migranti: diritti e ingiustizie*, Milano, Franco Angeli.

Morrone A., Mazzali M., Tumiati M.C., a cura di (2000), *La Babele ambulante. Parole intorno ai mondi che migrano*, Roma, Edizione Sensibili alle foglie.

Pittau F., a cura di (2001), *La nuova realtà socio-demografica dell'immigrazione femminile*, Roma, Percorsi Editoriali.

Porfiri E. (a cura di), (2000),"Dossier: l'immigrazione in Italia", *Il Mondodomani*, gennaio.

Tognetti Bordogna M. (1988) Minori immigrati: identità, bisogni, servizi, in *Servizi Sociali* n. 2.

UNDP (2003), *Human Development Report 2003-Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty.* Oxford University Press.

UNFPA (2003)."Population and Poverty: Achieving Equity, Equality and Sustainability", PDS Number 8, New York.

WHO (2002), *Poverty and Health – Evidence and Action in WHO's European Region*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (EUR/RC52/8).

Immigrazione come valore e sapere: diritti, prevenzione e salute mentale

Luigi Attenasio, Giuseppina Gabriele°*

** Direttore Dipartimento Salute Mentale, ASL RM C, ° Psicologa Dirigente, ASL RM C*

Correttezza scientifica ed "onestà intellettuale" ci devono portare, nell'avvicinarci al tema della salute dei migranti, ad analizzare il contesto sociale, economico e culturale che determina gli attuali flussi migratori verso i paesi industrializzati.

Un quinto dell'umanità del pianeta cioè noi, il cosiddetto Nord del mondo, controlla l'87% della produzione mondiale.

Se introiettassimo fino in fondo, culturalmente, questa affermazione, ci ritroveremmo più facilmente a pensare a quelle popolazioni "impoverite" che arrivano nel nostro paese, come vittime di processi determinati dal governo mondiale dell'economia e portatrici di diritti molteplici, primo fra tutti quello alla sopravvivenza intesa come economica, culturale e d'accesso alle prestazioni sanitarie. Ancora più tragica è certamente la situazione psicofisica di coloro che fuggono da situazioni devastate dalla guerra e che in alcuni casi sono stati vittime di tortura.

Entriamo in contatto con livelli di sofferenza esistenziale forse inimmaginabili per la nostra esperienza, con donne che arrivano da paesi in cui ancora esiste la "lapidazione", con altre donne che hanno subito varie forme di mutilazione degli organi genitali, con minori che arrivano da soli fuggendo da situazioni di sfruttamento. I mass-media ci hanno abituato a queste terribili scene di poveri corpi ormai quasi disidratati e privati di dignità che sbarcano sulle nostre spiagge e che più che "compassione", come sembrerebbe ovvio, nel senso letterale del patire assieme, sembrano invece suscitare in larga parte della popolazione paura e fastidio. Cosa trovano al loro arrivo in risposta alla speranza ed alla momentanea gioia di essere sopravvissuti? Strutture di "detenzione amministrativa".

> «Hanno vari nomi e varie declinazioni (a seconda che ci si sposti in Francia, Germania, Inghilterra), dappertutto, però, l'istituto giuridico che li regge si chiama "detenzione amministrativa". Sono ubicati nelle metropoli, sulle coste, sulle isole, negli aeroporti, nelle stazioni ferroviarie, nelle zone gestite dall' esercito e "servono" per "trattenere" i migranti senza visto, senza permesso di soggiorno, senza lavoro, senza speranza, senza niente. Sono "spazi

striati" ma anche spazi che passano per essere "accoglienti" o extra-territoriali che contengono, non a caso, extra-comunitari.
Spazi a parte per persone a parte che dicono di un al di là anche del tempo perché il migrante lì dentro non fa nulla, aspetta solo di essere espulso o rimpatriato, aspetta solo che qualcuno gli dia un nome, un cognome, un luogo di provenienza e basta: è l'eterno nella logica del "nostro" tempo e della "nostra" delimitazione spaziale e culturale. Un eterno senza speranza, senza gioia, senza divenire, senza libertà, costruito *ad hoc* per contenere la miseria del mondo, per identificarla, per espellerla. Sono i centri di permanenza temporanea, i centri d'identificazione per richiedenti asilo, i centri di smistamento, le *zones d'attente* che in tempi diversi e in diversi paesi hanno "legalizzato" l' accoglienza trasformandola in reclusione.
La povertà che da sempre investe le sorti di gran parte della popolazione del mondo, che ha conosciuto il colonialismo o l'abbandono a seconda dei luoghi e dei casi, oggi conosce anche la reclusione. Né prima, né ora i migranti commettono reato, infatti spostarsi da un luogo all'altro in cerca di una vita migliore non può essere un atto perseguibile penalmente, eppure a loro, una volta sbarcati, spettano le spranghe alle finestre, il filo spinato, i muri alti, le telecamere, la polizia dappertutto.
I centri di permanenza temporanea, in Italia, sono stati istituiti dalla legge 40 del 1998 o, meglio, da un decreto d'urgenza divenuto legge che ha trasformato l'accoglienza e l'ospitalità in reclusione. Recita così l'art. 12 della legge 40 del 98:

"Quando non è possibile eseguire con immediatezza l'espulsione mediante accompagnamento alla frontiera ovvero il respingimento, perché occorre procedere al soccorso dello straniero, accertamenti supplementari in ordine alla sua identità o l'indisponibilità del vettore o altro mezzo di trasporto idoneo, il questore dispone che lo straniero sia trattenuto per il tempo strettamente necessario presso il Centro di permanenza temporanea più vicino, tra quelli individuati o costituiti con Decreto del Ministro dell'Interno, di concerto con i Ministri per la Solidarietà Sociale e del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica".

Un provvedimento statale e governamentale che, però, non tiene conto dei mondi dell'altro, della possibilità di dirsi, di raccontarsi, dei desideri altrui, del sé civile e politico (…). Aprire spazi di democrazia nei CPT è impossibile perché è impossibile che in uno spazio di democrazia vi sia una negazione a priori dell'accesso ai diritti fondamentali delle persone».
Gli stessi sono un esempio (n.d.r.) «(…) di negazione della specificità del Mediterraneo inteso come spazio di circolazione, così come era stato definito da Braudel un po' di anni fa (…)» (Anna Simone, 2003).

In questi ultimi giorni, dopo una lunga fase di relativo silenzio sull'argomento delle condizioni di vita nei CPT, molti quotidiani hanno denunciato l'utilizzo improprio di psicofarmaci. In diversi articoli si sostiene che agli immigrati ven-

gono somministrate consistenti dosi di psicofarmaci senza il loro consenso. Si assiste ad una forma di psichiatrizzazione per garantire il controllo che ricorda il vecchio mandato manicomiale.

Ci sembra utile, in relazione alla gravità di queste denunce, riportare uno stralcio della relazione del presidente di psichiatria democratica dopo una visita ad un CPT:

«…Il Centro di Permanenza Temporanea di Restinco riproduce tutte le caratteristiche dell'istituzione "totale": l'isolamento dal mondo esterno, la mancanza di riservatezza, che mette in profonda crisi il senso di identità personale, la situazione di vita concentrazionaria, che annulla l'individualità, la violenza sui corpi (i bisogni fisiologici espletati in pubblico), il consumare i pasti per terra a mo' di animali, l'essere osservati e sorvegliati continuamente nel recinto all'aperto come scimmie allo zoo, vivere, insomma, in condizioni simili a quelle del carcere e dei manicomi, sono tutte situazioni, le quali, non solo ledono la dignità umana, ma inducono reazioni di frustrazione e di rabbia, alla base dei disturbi psichici, degli atti autolesivi e degli episodi di violenza.

In tali situazioni si stabilisce un circolo vizioso tipico della dinamica carceriere/carcerato.

Il timore delle fughe e degli atti violenti provoca un aumento della sorveglianza da parte del personale, che si traduce, inevitabilmente, in restrizioni delle libertà personali degli stranieri.

Nello stesso tempo, il senso di frustrazione legato ai trattamenti costrittivi subìti, innalza il livello di risentimento e di rabbia che possono manifestarsi in atti violenti auto- ed etero- aggressivi. Tali comportamenti, a loro volta, provocano un'ulteriore limitazione, da parte di chi sorveglia, delle possibilità di una vita decente nel Centro.

Da un punto di vista psicologico la permanenza fino a sessanta giorni in un luogo di reclusione comporta un *trauma psichico importante*, in soggetti già fortemente provati dall'esilio volontario, dallo sradicamento dalla loro terra.

Il recluso di un CPT vive una situazione psicologica caratterizzata da:

- sensazione di vulnerabilità;
- sentimento di impotenza o perdita del controllo sulla propria vita;
- sentimento di incertezza e timore per il futuro;
- alterazione della capacità di controllare la realtà.

I sintomi clinici sono i più svariati: ansia, depressione, senso di incapacità personale, disturbi del sonno, incubi, psicosomatosi sono i più comuni. Sul piano comportamentale i gesti autolesivi sono l'espressione sia della rabbia per aver fallito nella realizzazione di un'impresa, sia di un senso di colpa per essersi dimostrati personalmente incapaci a raggiungere l'obiettivo: fuggire da una situazione di miseria e di disperazione per una vita migliore (…) Dalle carenze macroscopiche rilevate e prima descritte si può dire che il Centro di Permanenza Temporanea di Restinco è fuorilegge.

Gli stranieri del CPT vivono, dunque, in uno stato di detenzione, non solo amministrativa e in una condizione psicologica ad alto stress emotivo.
E' come se si sommassero la condizione carceraria e quella manicomiale.
Il meccanismo psicologico che si innesca è ancora più perverso.
L'esistenza del carcere è giustificata dal fatto che bisogna irrogare una pena ed un trattamento rieducativo a partire dalla commissione di un reato…. i clandestini dei CPT non hanno commesso nessun reato, né sono folli. Per tali motivi, queste strutture, oltre che disumane, sono ingiuste.
Non c'è bisogno di scomodare la psicologia per comprendere che un'esperienza in un centro di detenzione qual è il CPT segna negativamente una persona per tutta la vita.
Forse domani, di fronte ai danni commessi sulla pelle di tutta questa gente disperata, dovremo pentirci e chiedere loro scusa. Ma sarà troppo tardi.
Oggi siamo ancora in tempo per vergognarci sanamente dei crimini di pace che stiamo commettendo e correre subito ai ripari»[1].

Davanti a queste atrocità, osservando la reazione più diffusa che purtroppo è l'indifferenza, assistiamo alla messa in moto di uno dei meccanismi tipici del grande trionfo del pensiero istituzionale che è quello di creare una sua realtà, presentarla come oggettiva, certa, sicura, cioè naturalizzarla, proprio nel senso letterale di renderla naturale, senza più alcuna problematicità, perciò l'ultima cosa di cui ci si accorge è il mondo in cui si vive, l'ambiente in cui si opera (si afferma che l'ultima cosa di cui un pesce si accorge è l'acqua in cui vive!).

Da ciò può derivare la tendenza a valutare le espressioni, i comportamenti e le azioni degli altri partendo dall'assunto che il proprio a priori è normale per tutti i gruppi ed individui o che la propria particolare identità viene determinata a partire dalla differenziazione dall'altro, il "diverso", lo "straniero", il "barbaro", il "mostro", il "matto", il "selvaggio" o ancora che si impone all'altro la propria norma come mezzo di affermazione della propria identità.

Tutto diventa senso comune, molto difficile da trasformare.

E' per questo che sopravvivono ancora immagini dei diversi, costruite sul riflesso di specchi deformanti e basati, come spesso succede, più sul "sentito dire" e sulla immaginazione che su elementi di conoscenza razionali e su fatti maggiormente aderenti alla realtà[2].

---

[1] Dalla relazione sulla visita dell'On. Alba Sasso e del Dott. Rocco Canosa al Centro di Permanenza Temporanea di Restinco, Brindisi 27-10-2003.

[2] Il "senso comune" è quella conoscenza che "fonda la comunità" (Vico), che si condivide con altri e che nelle normali "autoevidenti routine" della vita quotidiana ci accompagna sia nel fare sia nel riconoscere, "senza pensarci", ciò che ci circonda. Esso è un pensiero collettivo, da cui dipendiamo, una "memoria sociale" fatta di moltissimi giudizi e presupposti che dà forma alla nostra realtà prima ancora di interpretarla. E' l'ovvio per eccellenza. E' un pensare come al solito, sta davanti ai nostri occhi in modo così naturale che è quasi impossibile vederlo. E' quello che ciascuno crede che tutti gli altri credano, in un atteggiamento che scarta il dubbio che le cose che ci stanno

In questa fase storica questo fenomeno è diffuso al punto che alcune convinzioni del tutto infondate sugli immigrati diventano argomento costante della politica e delle scelte istituzionali intese come rincorsa all'acquisizione del consenso.

«(…) usano politiche fondate sulla prevenzione stessa del rischio apportando la tesi secondo cui un immigrato in quanto tale può essere un potenziale esponente delle nuove forme di "pericolosità sociale" ed in quanto tale deve essere detenuto prima di essere espulso. E' sufficiente vedere la legge Bossi-Fini, così come il disegno di legge Burani-Procaccini, in materia di psichiatria, di revisione della "180" o ancora il ddl Fini-Prestigiacomo-Bossi in materia di prostituzione per capire la linea di continuità del nuovo progetto politico neoliberale.

Questo "isterismo sicuritario" che con la Bossi-Fini istituisce sempre più centri di permanenza temporanea per i migranti ma anche per i richiedenti asilo, che nomina e produce la "devianza" è il potere disciplinare di cui anni fa ci ha parlato Foucault, che oggi mantiene alcuni elementi della stessa società disciplinare ed alcuni elementi della società di controllo. I provvedimenti eccezionali che diventano "normali" connotano anche l'esistenza di figure eccezionali che non possono essere immediatamente normalizzate attraverso il permesso di soggiorno, oggi legato anche al contratto di lavoro, e perciò il migrante non potendo essere "integrato" o "assimiliato" non può che essere temporaneamente trattenuto, nominato, identificato ed espulso o rimpatriato.

Da un po' di anni, sociologi e non, parlano di sicurezza e rischio nella duplice accezione del termine. Il bisogno di sicurezza dei diritti da una parte, logica conseguenza del postfordismo e della fine, o del logorio progressivo, delle politiche del Welfare, e dall'altra ciò che chiameremo "isterismo sicuritario". Con quest'ultimo termine intendo nominare tutte le politiche che hanno scelto la strada della Tolleranza Zero e della repressione in merito alle nuove figure della marginalità sociale. Tale forma di governamentalità è in continuità con il progetto politico neo liberale e globale che, controriformando, ricostruisce o istituisce ex-novo le sacche di contenimento dell'eccedenza umana. Oltre lo Stato sociale c'è lo Stato penale, oltre quest'ultimo c'è lo Stato emergenziale

---

davanti potrebbero essere altrimenti da come è scontato che siano. Il senso comune è costruito e appiattito sulle convinzioni più diffuse e sui pregiudizi, di solito negativi (quelli positivi interessano poco per la loro bassa ricaduta sociale), opinioni a priori dei membri di una razza o di una religione o nei confronti di chi assolve un qualunque altro ruolo sociale significativo, che si formano prima o senza il dovuto esame dei fatti e sono mantenuti a dispetto di fatti che li contraddicono. Ci fanno prendere una posizione, quasi sempre squalificante verso persone di un gruppo sociale per la sola appartenenza a quest'ultimo e determinano atteggiamenti ingiustificati e antipatie basate su una errata ed inflessibile generalizzazione che può essere solo sentita o anche espressa e diretta contro un gruppo nel suo complesso oppure contro un individuo in quanto membro di quel gruppo. Non ce ne possiamo sbarazzare tanto facilmente. Spesso sono condivisi e parte integrante del tessuto dei rapporti sociali e dei processi collettivi su cui si edifica la realtà. Ci dicono che essa non è data una volta per tutte ma messa insieme collettivamente con i materiali grezzi forniti dall'ambiente. In definitiva, il senso comune è già una proiezione verso il mondo (cfr. Jedlowski, 1994).

o d'urgenza che si misura quotidianamente attraverso l'uso di dispositivi di potere di tipo "gestionale" che controllano e disciplinano il diverso "segregandolo" sino alla normalizzazione dell'urgenza» (Anna Simone, 2003).

Meno di moda invece è un riferimento all'etica, senza il quale sono impossibili le buone pratiche, e che ci dovrebbe guidare costantemente.

A questo proposito dovremmo tutti tenere in maggiore evidenza per tutte le nostre decisioni l'intero corpo della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo (approvata a New York nel 1948 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite), ma prestare attenzione particolare all'articolo 25 dove si afferma:

«Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute ed il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche ed ai servizi sociali necessari; ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in ogni caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà».

Non abbiamo la pretesa di affrontare l'intero universo dei diritti negati, anche se il concetto di salute e soprattutto di salute mentale non può prescindere dalla miseria umana e materiale e dalla qualità delle esperienze e delle relazioni, ma almeno sostenere con forza il diritto alla sopravvivenza fisica ed alle prestazioni sanitarie.

Naturalmente questi diritti sono ampiamente negati in ogni parte del nostro mondo a cominciare proprio dagli Stati Uniti dove sono le assicurazioni private che, sulla base di un principio economico di costi/benefici, determinano il livello di cure sanitarie cui il cittadino può accedere e dove l'attuale governo ha tagliato quella parte di servizi destinati ai più poveri.

In Italia, per fortuna, resiste ancora, ma non sappiamo per quanto, un sistema di sanità pubblica a vocazione universale che si colloca tra i migliori del mondo nonostante i molti limiti che tutti gli riconosciamo.

Gli immigrati presenti, anche temporaneamente, sul nostro territorio hanno il diritto, sancito dalla legge 40/98, ad accedere alle strutture sanitarie, ma il riconoscimento formale, purtroppo, non corrisponde ad una vera presa in carico per le difficoltà, culturali, burocratico amministrative, di informazione che esistono anche per i nostri concittadini, ma che rendono particolarmente difficile l'accesso agli immigrati.

Dalla negazione di questo bisogno reale è nata una certa quantità di esperienze di volontariato impegnate nel fornire prestazioni sanitarie in sedi limitrofe ai centri di accoglienza. Queste esperienze, peraltro indispensabili allo stato attuale, hanno una quasi totale ed a nostro avviso non casuale, assenza di intervento nel campo della salute mentale e, comunque, in tutti i settori scontano il limite di una totale mancanza di integrazione con i servizi pubblici, mentre noi riteniamo che il modello da costruire sia quello di un'integrazione tra questi soggetti del volontariato e del privato sociale ed il servizio pubblico. Infatti, la costi-

tuzione di servizi separati comporta sempre il rischio di una ghettizzazione, mentre sarebbe necessario che questi organismi accompagnassero la persona verso un utilizzo delle strutture pubbliche esistenti.

Accanto a questo aspetto che richiama la questione dell'uguaglianza bisogna collocare la consapevolezza che esistono e vanno rispettate le differenze individuali determinate dalla biografia di ciascuno e quelle culturali determinate dall'appartenenza.

> «L'Africa, L'Asia, L'America Latina non sono solo miseria, povertà, montagne di cadaveri o malattie incurabili. Sono continenti, formati da tanti paesi diversi tra loro che sfuggono ai luoghi comuni. E' espressione di superficialità per noi occidentali ignorare o dimenticare lo straordinario patrimonio di storia di tutti questi paesi così diversi e così ricchi di culture "altre", anche se oggi sono caratterizzati soprattutto da povertà e malattie» (Aldo Morrone, 1999).

La conoscenza di questo retroterra deve essere alla base della formazione di ogni operatore che intenda garantire trattamenti sociosanitari a persone immigrate nel nostro paese.

Ancora più pregnante è la necessità di questo approccio se la nostra risposta deve essere data nel campo della salute mentale.

Infatti, in questo settore l'analisi del contesto, la decodificazione della domanda, il riconoscimento del mandato e della committenza sono elementi indispensabili per un intervento corretto ed efficace. Il rischio è che la psichiatria occidentale fallisca l'intervento e contemporaneamente restino inattive le teorie culturali del luogo di origine.

Infatti, queste persone, che vivono in una situazione di profonda trasformazione psicoculturale, proprio perché entrano in contatto con il nostro paese, si ritrovano in una situazione in cui ad esempio le interpretazioni della sofferenza "normali" e strutturanti nella cultura d'origine (stregoneria, malocchio ecc.), non lo sono più nel paese di accoglienza. Naturalmente, per evitare di collocare questo sistema di credenze come troppo lontano da noi per potercene occupare, vale la pena di ricordare che residui di pensiero magico-religioso e di pratiche di trattamento che vanno dall'esorcismo alla eliminazione del malocchio sono ancora presenti in una grande metropoli come Roma[3].

Fondamentali in proposito sono gli studi di Ernesto De Martino sui Tarantolati.

Va ricordato a parziale spiegazione dell'arretratezza nell'organizzazione di risposte adeguate, che il nostro paese solo negli ultimi anni è diventato meta di immigrazione essendo invece stato da sempre un luogo di grandi migrazioni verso l'Europa del nord e le Americhe.

---

[3] Vedi Gabriele G. e Pannarale A. (1989).

In questo momento serve, per trattare la problematica della salute mentale tra gli immigrati, una particolare cautela in considerazione dell'allarme sulla sicurezza che, senza una vera oggettività statistica, sta creando forme di vera xenofobia in larghi strati della popolazione, soprattutto nel nord del nostro Paese. Questo determina oggettivamente il rischio, purtroppo sempre presente nel mandato storico della psichiatria, che questa venga chiamata in causa per agire il controllo dove risultano inefficaci gli strumenti di repressione delle forze dell'ordine.

Utile in questi casi l'analisi fatta sulla "nostalgia come malattia" da D. Frigessi e M. Risso in *A mezza parete* (1982) occupandosi degli emigrati italiani in Svizzera:

> «La nostalgia come malattia: un problema che non è di pertinenza medica finisce per coinvolgere la medicina, tanto che si è cercato di dimostrare la stretta correlazione, l'interdipendenza tra emigrazione e malattia mentale: in ambedue i casi si spiega il fenomeno con analoghi meccanismi di razionalizzazione: psicologici, medici, sociologici. La qualità innegabile dello sradicamento è coperta e interpretata mediante la sua quantificazione... Si costruiscono teorie che funzionano da schermo ai problemi della miseria, della violenza sociale e del sottosviluppo mentre si propagandano teorie che rispondono all'opportunità di una nuova organizzazione e divisione del lavoro».

E' fin troppo facile notare le analogie tra questa situazione dei nostri emigrati in Svizzera e quella delle attuali comunità di immigrati a Roma.

In questa direzione di critica alla razionalizzazione positivistica ci sostiene anche la riflessione di Pier Aldo Rovatti:

> «Diversità e paura della diversità, ecco la follia. Abbiamo paura della diversità e ci difendiamo tracciando confini e alzando muri di protezione. I folli sono stati imprigionati, e così ha luogo il grande internamento di cui Foucault ha scritto la storia, una storia che arriva fino alle soglie del nostro oggi. E che continua e andrà avanti con un altro nome: infatti ora sono i "diversi" a venire ogni volta separati come diversi. Il folle ne era il prototipo. Neutralizzato il folle attraverso la medicalizzazione, e cioè riducendo la follia a una malattia, non si è certo neutralizzata la diversità, né sembra che si sia attutita la paura che ne abbiamo. Lo stesso Foucault ha scritto una volta che ogni società si può giudicare dal modo in cui organizza e vive il rapporto con l'altro. Come se ogni società avesse bisogno di costruirsi una realtà e un fantasma della diversità per costruire e mantenere la propria identità. Come se non potessimo avere un'identità senza mettere in atto qualche meccanismo di identificazione ed esclusione di coloro che sono diversi da noi. Dimmi chi sono per te i diversi e come li escludi, e ti dirò chi sei. Appunto, e noi chi siamo? Bella domanda» (Rovatti P.A., 2000).

Se nella stessa persona si sommano più caratteristiche per le quali si può essere oggetto da parte della cultura dominante di esclusione dai diritti e di emar-

ginazione sociale, possiamo immaginare cosa si possa determinare quando arriva "all'attenzione della psichiatria" un immigrato, cioè il sommarsi di molti stereotipi e/o il rafforzamento esponenziale di alcuni di essi[4].

In questo contesto pensiamo, in particolare, alla pericolosità sociale ed alla incomprensibilità e notiamo subito come sono etichette e pregiudizi che normalmente accomunano nell'immaginario collettivo follia, diversità, immigrazione. La relazione con "l'altro" è ancora contaminata e sovradeterminata da pregiudizi, vissuti di paura ed intolleranza. E' necessaria un'informazione che riduca gli stereotipi, che la "impregnano", e approfondisca i nessi fra ragione/sragione, salute/malattia, normalità/follia, in apparenza antinomie, in realtà poli di una dialettica vitale per educare alla diversità, determinante per un'educazione sanitaria. Tale lavoro di sensibilizzazione, "porta a porta", verso operatori sanitari e dell'assistenza, associazioni di volontariato e a tutela dei diritti del malato, enti ed istituzioni varie, cittadini interessati, ha un target "naturale": il mondo della scuola, luogo dell'incontro, del confronto, dell'apprendimento, luogo privilegiato per lo sviluppo e la formazione della persona.

Per questo si è sperimentato nel DSM della ASL Roma C un progetto con insegnanti e studenti di scuole medie superiori per portarli a conoscenza del problema, fornire strumenti per il superamento del pregiudizio e verificare eventuali modifiche nel loro atteggiamento verso la follia.

Con un questionario si è chiesto agli studenti quali caratteristiche per loro sono tipiche della persona malata di mente (è imprevedibile nelle sue reazioni - immagina cose inesistenti - fa e dice ogni cosa che gli viene in mente senza inibizioni - ha paura degli altri - fa discorsi assurdi o incomprensibili - sfugge alle proprie responsabilità e ai propri doveri - è una persona sola - è triste e malinconico - incute paura - si muove e gesticola in modo strano - ha un'intelligenza limitata - ha un aspetto trascurato - è un tipo violento e pericoloso - si irrita facilmente - è un tipo divertente - vive in condizioni di povertà -è estroverso- ha uno spiccato estro creativo - ha una intelligenza superiore alla norma), quale il suo destino (guarisce sempre - guarisce spesso - guarisce qualche volta - non guari-

---

[4] Il termine stereotipo, proviene dall'ambiente tipografico, dove fu coniato verso la fine del Settecento per indicare la riproduzione di immagini a stampa per mezzo di forme fisse (dal greco *stereòs*=rigido e *tupòs*=impronta). Il primo uso traslato viene effettuato in ambito psichiatrico, con riferimento a comportamenti patologici caratterizzati da ossessiva ripetitività di gesti ed espressioni. L'introduzione nelle scienze sociali si deve ad un giornalista, Walter Lippmann, che nel 1922 pubblicò un libro sui processi di formazione dell'opinione pubblica. Egli sosteneva che il rapporto conoscitivo con la realtà esterna non è diretto, ma è mediato dalle immagini mentali che di quella realtà ognuno si forma e, da buon giornalista, rivendicava in ciò il forte potere condizionante della stampa, che andava all'epoca sempre di più assumendo le moderne caratteristiche della comunicazione di massa. Gli stereotipi sono immagini mentali, veri nuclei cognitivi del pregiudizio, spesso semplificazioni un po' grossolane e quasi sempre molto rigide, costruite non a caso, né arbitrariamente ma secondo modalità stabilite culturalmente. Essi non solo orientano la ricerca e la valutazione dei dati dell'esperienza, alterati di fatto già al momento della loro percezione ma si riproducono perché tutto ciò che può contraddirli viene ignorato o neutralizzato in vari modi.

sce mai), quali le possibili cause della malattia (esperienze traumatiche - una personalità fragile - insuccessi e fallimenti personali - una infanzia infelice - carenze affettive - una anomalia biologica dell'organismo - conflitti familiari - una predisposizione ereditaria dell'individuo - una società ingiusta - condizioni di vita disagiate - condizioni di stress eccessivo) e se, una volta terminati gli studi, accetterebbero di lavorare con persone malate di mente.

Gli studenti sono stati incontrati più volte nell' anno scolastico e, utilizzando filmati, diapositive, e altro, informati sulla storia della psichiatria e le trasformazioni avvenute in Italia in questi ultimi quarant'anni, suggerendo testi come stimolo per la discussione. Hanno visto il vecchio ed il nuovo della psichiatria. Alla fine, alle stesse domande, da risposte molto improntate ad uno stereotipo determinato dal pregiudizio del matto in quanto persona pericolosa, irrecuperabile e "naturalmente" volto alla cronicità, si è passati ad un aumento delle risposte con una più realistica percezione del malato di mente, ad un incremento della disponibilità emotiva nei confronti del malato di mente e a un atteggiamento più improntato a considerare la malattia mentale non determinata da anomalie biologiche o da predisposizioni ereditarie.

In questo modo si è realizzato uno dei primi progetti di educazione sanitaria alla "diversità".

Un'educazione sanitaria intesa come l'insieme delle misure programmate per facilitare o favorire esperienze che in tempi e in modi opportuni stimolino individui e gruppi ad acquisire conoscenze sanitarie e ad assumere i comportamenti più adatti al raggiungimento del livello di salute ottimale. Il progetto si richiama ad un'altra esperienza particolarmente significativa, realizzata dal DSM di Mantova all'inizio degli anni '90, sul superamento dell'utilizzo della contenzione fisica nel reparto di psichiatria dell'ospedale generale. Il progetto, dal titolo particolarmente significativo "Dalle contenzioni alle azioni con te", che riassume il senso del lavoro di quegli anni, ha prodotto la pubblicazione di un giornale redatto e illustrato dai pazienti ricoverati, vincitore del premio nazionale per il miglioramento di qualità. Alla domanda perché il mondo dei "normali" dovrebbe essere interessato a una pubblicazione di " folli" ci sembra particolarmente significativa questa risposta: «Il fatto è che siamo un po' tutti una spiaggia e spesso proprio come le coste della Puglia e di Lampedusa: migliaia di extracomunitari tentano di sbarcarvi e noi tendiamo a viverli come stranieri invasori. Sentiamo nemici una cultura e un pensiero diversi o soltanto sconosciuti e questo pregiudizio oltre a rendere difficile l'accoglienza ci mina nelle tranquillità più importanti: "Cosa mi succederà? Cosa mi faranno?"».

Questo atteggiamento di chiusura vale ancora di più nei confronti degli "extracomunitari di casa nostra", i diversi e gli sconosciuti, portatori di modi di vedere le cose insoliti ed inquietanti: ci riferiamo ai malati di mente. Il giornale *Quando spunta il sole?* può essere allora un pontile che favorisce lo sbarco, fornendo ai "pazzi" la possibilità di farsi conoscere e ai "normali" uno strumento per demitizzare la paura e l'estraneità. In più, l'espressione dei contenuti della

follia spesso sorprende proprio nella misura in cui li scopriamo geniali ed in grado di arricchirci. «(…) L'apertura che tale iniziativa può favorire ha un'altra potenzialità: le difficoltà che ci portano a costruire i pregiudizi nei confronti dei malati di mente trovano una ragione particolare nella paura che nutriamo verso la nostra stessa follia, come se la risonanza possibile, dovuta alla vicinanza, potesse essere troppo pericolosa. Allora il pontile di cui parlavamo può essere anche un tramite verso una parte di noi stessi misconosciuta e tenuta silente, ma non per questo meno nostra e meno importante».

Per questo una pratica corretta, che va ovviamente contestualizzata nei vari territori, non può prescindere da una serie di attività dedicate proprio alla prevenzione ed alla creazione di un contesto sociale più favorevole alla inclusione ed alla restituzione di diritti di cittadinanza.

Nella scuola comincia a formarsi il pensiero sugli "altri" e dovrebbe esserci la libertà necessaria all'espressione delle differenze; invece, idee di discriminazione ed i relativi processi di apprendimento si mostrano come elementi costitutivi della socializzazione dell'individuo. Dai temi di ragazzi delle elementari nel libro *La pelle giusta* di Paola Tabet (1997): «Se i miei genitori fossero neri, li metterei in lavatrice con Dash, Dash ultra, Omino bianco, Ace, Ava, Dixan, Coccolino, Aiax così sarei sicuro che ritornerebbero normali»; «Se i miei genitori fossero neri, li butterei fuori di casa perché sono troppo brutti. Fossi nero mi ammazzerei»; «Se i miei genitori fossero negri io avrei la carnagione nera. I miei genitori se fossero stati negri gli potrebbero prendere in giro perché i negri sono un po' ritardati di mente. Se io ero stato negro io mi sentivo trattato a calci nel sedere»; «Se i miei genitori fossero neri, io proverei a dipingerli con un colore chiaro come il rosa e almeno diventerebbero di pelle italiana».

Le esperienze a cui abbiamo fatto riferimento incoraggiano a promuovere altri interventi nell'età scolare, quando è probabilmente più possibile produrre dei cambiamenti in tempi sufficientemente brevi e tramite l'educazione sanitaria fare prevenzione, modificando gli stili di vita come ci suggerisce l'attuale Piano Sanitario Nazionale. Non si tratta, quindi, di limitarsi a garantire un generico accesso ai nostri servizi pubblici di salute mentale, cosa comunque necessaria e non scontata, ma di predisporre nei servizi percorsi e forme di presa in carico globale capaci non solo di accogliere quello specifico livello di sofferenza e quel particolare modo di esprimerla, ma di favorirne la restituzione ad un contesto sociale modificato al punto di essere in grado di accoglierla. Ovviamente, si tratta di comprendere il senso profondo della sofferenza della persona che incontriamo per stabilire un contatto significativo, per poi accompagnarla in un percorso di riabilitazione e inclusione.

Per questo è del tutto indispensabile la presenza di mediatori culturali che conoscano profondamente il sistema di vita, di credenze di rapporti sociali e di espressione dell'emotività caratteristiche di quel determinato paese, da affiancare ad operatori dei servizi specificamente formati. Non casualmente nello stesso DSM della ASL RMC, dove si era già prodotta l'esperienza con le scuole, il Comune di Roma ha sostenuto e finanziato, un corso di formazione in etnopsi-

chiatria che, coinvolgendo operatori di vari territori della nostra città ed anche di diverse professionalità, punta a costruire pratiche e saperi adeguati a questo importante e delicato settore di intervento.

L'obiettivo del corso è formare operatori del settore capaci di promuovere una nuova strategia per la presa in carico, tenendo conto delle risorse terapeutiche disponibili nella cultura di origine dell'immigrato. In questa direzione si sta cercando di mettere a disposizione degli operatori conoscenze teoriche dell'etnopsichiatria, della psichiatria transculturale e della antropologia medica trasformando concetti pre-codificati, nosografici, schemi mentali acquisiti, che troppo spesso orientano il gesto terapeutico e la fisionomia delle nostre relazioni intersoggettive. Si tratta di produrre occasioni di riflessione che possano aiutare gli operatori a trovare soluzioni originali a problemi complessi.

Un aspetto importante che emerge è la necessità di conoscere le risorse di quella particolare comunità nella nostra città per definire un progetto terapeutico. Di questo gruppo bisognerà studiare le regole sociali che potrebbero essere motivo di maggiore o minore "tolleranza" verso determinati comportamenti "devianti" rispetto alla norma, così come l'interpretabilità va verificata sulla base del sistema di convinzioni vigente in quel gruppo. Infatti i diversi gruppi hanno un sistema di riferimento, risorse, legami interni assolutamente caratteristico e sarà quindi necessariamente differente l'approccio con un cinese, un latino americano un africano o un Rom.

Solo quegli operatori che fanno riferimento alle teorie positivistiche e strettamente organicistiche della malattia mentale ritengono di non aver bisogno di queste conoscenze e di questi approfondimenti; questo approccio, che sostanzialmente limita l'intervento alla risposta farmacologica, ha già ampiamente dimostrato i suoi limiti.

Per invertire la tendenza molto presente nelle aziende a limitare le risorse ai progetti innovativi e non immediatamente codificabili nel sistema attuale delle prestazioni, è necessario sottolineare che una formazione in questa direzione rappresenta certamente una fondamentale opportunità di miglioramento della qualità del servizio di salute mentale nel suo complesso. Si determina, infatti, una messa in discussione di eventuali rigidità nelle risposte che spesso, in questa fase della storia dei Dipartimenti di Salute Mentale, appaiono pre-formate sulla base delle conoscenze tecnico-organizzative degli operatori.

Molto dobbiamo a Franco Basaglia nello studio e nella critica a questa impostazione che non sa organizzare la presa in carico sui bisogni e sull'ascolto, ma predetermina risposte sempre più frammentate e precostituite in un atteggiamento degli operatori che qualche volta risulta essere meramente difensivo. Infatti una delle questioni attuali in ambito psichiatrico è la formazione di quegli operatori che non hanno avuto l'esperienza della deistituzionalizzazione fondante di tutte le buone pratiche di presa in carico globale.

«Aprire una porta: un atto di apparente banalità e di grande "insensatezza", (soprattutto in psichiatria, visto la "ovvietà" del contrario!), punto di arrivo e

punto di partenza nonché matrice di tutte le future attività, caratterizzate profondamente dalla partecipazione degli utenti. Quella porta era un confine, fisico e simbolico. Stabilire confini, impoverisce tutti: riduce le chance che accadano cose non volute, impreviste, "insensate", arricchenti. Ad Arezzo, a Trieste, a Mantova, a Venezia ed anche a Roma, ovunque si è lavorato, operando per l'applicazione della legge 180, tendenzialmente i confini sono diventati permeabili allo scambio con gli utenti e fra gli stessi operatori, fra questi e quelli di servizi "nelle immediate vicinanze", portatori di saperi e pratiche diverse, e ancora, con amministratori sensibili e cittadini interessati…e gli spazi, chiusi da bordi troppo definiti, si sono trasformati in spazi incerti, instabili, sfrangiati, di frontiera con l'accorrere di genti, ognuna con pezzi, frammenti, briciole della propria memoria e della propria storia, premessa di qualcosa di nuovo, di diverso, talvolta di estremo».

E' lì che abitano la possibilità di differenti punti di vista, la critica dello stato di cose esistenti ed il malinteso, quel "non so che", che, per W. Jankelevitch, permette agli uomini ed alle loro culture di confrontarsi, scoprendosi diverse.

Quello che stiamo cercando di affermare è che, in servizi dove vi sono operatori che per ragioni generazionali non hanno condiviso la chiusura degli ospedali psichiatrici, il confronto con la questione immigrazione potrebbe essere una grande opportunità per determinare istanze trasformative che arricchiscano tutti. Dall'incontro con queste persone possono scaturire un confronto ed una dialettica tra saperi differenti che contrastino la pericolosa tentazione, sempre presente, a costruire muri e pratiche neo-manicomiali per allontanare chiunque metta, anche involontariamente, in discussione le nostre certezze di sani, occidentali, bianchi, normodotati.

E' ormai chiaro che ci stiamo ineluttabilmente avviando verso una società multietnica e sarebbe vitale sviluppare una capacità collettiva di fare di questo un grande elemento di ricchezza per tutti. Il contributo che ci può venire dagli immigrati non è soltanto nell'aumento del prodotto interno lordo o nell'abbassamento dell'età media, ma anche quello di riconoscere nelle differenze culturali un valore in sé. Questo potrebbe promuovere valori di solidarietà che sarebbero alla base della ricostruzione di un livello di scambio e di relazioni interpersonali necessario a migliorare la vita ed il benessere psicologico di tutti noi.

Riferimenti bibliografici

Attenasio L. (a cura di), (2000), *Fuori Norma - La diversità come valore e sapere*, Roma, Armando.

Attenasio L. (a cura di), (2001), *L'obbligo di prendersi cura*, Roma, Edizioni Interculturali, 2001.

Attenasio L., A. Di Gennaro, G.Gabriele, V. Pecchioli (2003), *Dialogo con la follia*, Roma, Armando.

AA.VV. (2000), *Parole forti in acqua*, Palermo, Sellerio.
AA.VV. (2000), *Storie di barboni rasati a secco*, Roma, Armando.
Basaglia F. (1979), "Prefazione", in E. Venturini, a cura di, *Il giardino dei gelsi*, Torino, Einaudi.
Basaglia F., Ongaro Basaglia F. (a cura di), (1975), *Crimini di pace*, Torino, Einaudi.
Canosa R. (2003), Relazione sul sopralluogo al Centro di Permanenza Temporanea di Restinco, Brindisi 27-10-2003.
Caritas (2003), *Immigrazione- Dossier Statistico*, XIII Rapporto sull'immigrazione, Roma, Anterem.
De Martino E. (1970), *Sud e magia*, Milano, Feltrinelli.
Devereux G. (1978), *Saggi di etnopsichiatria generale*, Roma, Armando.
Lippmann W. (1922), *Public Opinion*, New York, Macmillan.
Mauss M. (1988), *Teoria generale della magia*, Torino, Einaudi 1988.
Morrone A. (1988), *L'altra faccia di Gaia*, Roma, Armando.
Gabriele G., Pannarale A. (1989), "Tra magia, follia, clinica, territorio: quale itinerario possibile?", *Fogli di informazione*, n. 145.
Gabriele G., Pannarale A. (1987), "Sentimento magico e follia: ipotesi di ricerca" in *Gravità della psichiatria*, Roma, Bulzoni.
Frigessi D., Risso M. (1982), *A mezza parete*, Torino, Einaudi.
Risso M., Boker W. (1992) *Sortilegio e delirio*, Liguori, 1992.
Risso M. (1973) "Presupposti ad una psicoterapia istituzionale", in *Che cos'è la psichiatria*, a cura di F. Basaglia, Torino, Einaudi.
Simone A. (2003), " Le nuove frontiere delle Istituzioni Totali: I Centri di permanenza temporanea per migranti", relazione presentata al Convegno per il Trentennale di Psichiatria Democratica, Matera, novembre 2003.
Tabet P. (1997), *La pelle giusta*, Torino, Einaudi.
Rovatti P. A. (2000), *La follia in poche parole*, Milano, Bompiani, RCS.
Jedlowski P. (1994), *Il sapere dell'esperienza*, Milano, Il Saggiatore.

L'inserimento lavorativo degli immigrati extracomunitari nel SSN italiano come personale infermieristico

Saduma Omar Moallim

Collaboratrice alla Cattedra di Medicina Sociale, Direttore Prof. Walter Nicoletti, Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Università degli Studi "La Sapienza", Roma

Le novità legislative non sono tutte riconducibili all'adeguamento del diritto interno alla normativa comunitaria. Gli argomenti che ho cercato di esporre riguardano le profonde trasformazioni recate dalla legge n. 189/02 "Bossi-Fini" riguardo all'ingresso, i1 soggiorno, il ricongiungimento familiare, lo studio ed il lavoro degli stranieri, siano essi comunitari o extracomunitari, confrontando tale legge con le precedenti (legge n. 39/90 "Martelli", legge 40/98 "Turco-Napolitano"). Alcuni argomenti trattati nascono da esperienze vissute da extracomunitaria, prima come studentessa e poi come laureata in giurisprudenza, e da altre vissute come infermiera professionale inserita nel SSN Italiano.

Sono grata al prof. W. E. Nicoletti per il leale sostegno ed incoraggiamento datomi e per l'entusiasmo che ha saputo infondermi nel preparare queste pagine.

* * *

La Legge 30 Luglio 2002 n. 189 ha riformato la disciplina delle leggi precedenti istituendo:

1. uno sportello Unico per l'immigrazione in ogni Prefettura, per gli adempimenti all'intero iter procedimentale relativo all'assunzione degli stranieri extra comunitari in Italia, sia a tempo determinato sia indeterminato.
   Legittimati alla presentazione dell'istanza di assunzione sono, come nelle normative precedentemente in vigore, tanto i datori di lavoro italiani che stranieri, purché legittimamente soggiornanti. Presupposto necessario per la presentazione dell'istanza è che lo straniero da assumere sia residente all'estero al momento della presentazione della medesima.
   Il divieto relativo alla presenza dello straniero sul territorio durante l'iter autorizzativo per l'ottenimento del visto d'ingresso non è assoluto; consentendo la conversione da permesso di soggiorno per motivi di studio in quello di lavoro, non si esclude che la procedura in esame possa essere avviata anche nel caso che lo straniero sia legittimamente presente in Italia.

Lo straniero dovrà munirsi di apposito visto ai fini dell'ingresso in Italia per motivi di lavoro subordinato, qualora sia in possesso di titolo di soggiorno non convertibile.

2. Una nuova figura giuridica denominata "contratto di soggiorno" per lavoro subordinato (art. 5 Bis). Questa norma prevede requisiti minimi in mancanza dei quali può ritenersi in via interpretativa la sussistenza del vizio della nullità.
   Però il comma 2 dell'articolo 5 bis si limita a sanzionare la mancanza di tali requisiti essenziali disponendo che in tal caso l'atto non costituisce titolo valido per il rilascio del permesso di soggiorno. Il datore di lavoro al momento di presentare la richiesta nominativa di nulla osta al lavoro dovrà rivolgersi, anziché alla Direzione Provinciale del Lavoro (così come previsto nella abrogata normativa), al costituendo sportello per l'immigrazione incardinato nelle Prefetture. Dovrà anche presentare idonea documentazione essenziale per il rilascio del permesso di soggiorno:
   a) garanzie da parte del datore del lavoro della disponibilità di un alloggio (che rientri nei parametri minimi previsti dalla legge per gli alloggi di edilizia residenziale pubblica);
   b) l'impegno al pagamento, da parte del datore di lavoro, delle spese di viaggio per il rientro del lavoratore nel paese di provenienza;
   c) dichiarazione di impegno a comunicare ogni variazione concernente il rapporto di lavoro.

   La stipula del contratto di soggiorno può essere considerata non solo atto presupposto per il rilascio del successivo permesso di soggiorno, ma anche della conversione del permesso di soggiorno per studio in permesso di soggiorno per lavoro, oltre che per la dichiarazione di emersione del lavoro irregolare. Rimane inalterata la norma che sanziona penalmente il datore di lavoro che occupa alle proprie dipendenze lavoratori stranieri privi di permesso di soggiorno, ovvero il cui permesso sia scaduto, revocato o annullato e del quale non sia chiesto in termini di legge il rinnovo.

E' risaputo che il problema della carenza del personale infermieristico sia nel settore pubblico che in quello privato è un problema cronico che risale agli anni '80.

Nel 1989 con il D.L. n. 416 si prevede la possibilità di impiegare lavoratori extracomunitari per l'esercizio di profili professionali infermieristici nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.); in questo caso vengono stipulati con i lavoratori interessati contratti biennali di diritto privato.

Il medesimo D.L. 1989 n. 416 stabilisce inoltre che i cittadini extracomunitari in possesso di laurea o di diploma conseguiti in Italia o che abbiano riconoscimento legale di analogo titolo conseguito all'estero abbiano il diritto di sostenere gli esami di abilitazione professionale o di chiedere l'iscrizione negli albi

professionali, in deroga alle disposizioni che prevedono il possesso della cittadinanza italiana.

Il 7 novembre 1995 una circolare del Ministero della Sanità sosteneva che le strutture sanitarie locali devono verificare, per l'esercizio della professione infermieristica, il possesso dei titoli abilitanti sia per i cittadini comunitari che per gli extracomunitari, specificando che l'esercizio dell'attività professionale sanitaria, in assenza di titolo abilitante o con titolo abilitante all'estero non riconosciuto dal Ministero della Sanità, costituisce esercizio abusivo della professione. Alla stessa conclusione si giunge secondo tale circolare, anche nel caso in cui non sia stata effettuata neanche l'iscrizione all'Albo professionale, come richiesto per gli infermieri professionali, assistenti sanitari, ostetriche, vigilatrici dell'infanzia. La circolare specifica che per l'iscrizione agli albi è richiesta la cittadinanza italiana o quella di uno stato dell'Unione Europea; pertanto i cittadini extra-comunitari non possono essere iscritti presso questi albi, salvo nel caso in cui sussistano accordi internazionali bilaterali di reciprocità.

Quindi possiamo dire che con questa circolare si è fatto un passo indietro rispetto al D.L. 416 che aveva disposto la deroga alle disposizioni precedenti che prevedevano il possesso della cittadinanza italiana per l'iscrizione agli albi.

Successivamente, la legge 6 marzo 1998 n. 40 (legge Turco-Napolitano) congela il requisito della cittadinanza italiana. E' consentita quindi l'iscrizione agli stranieri (comunitari ed extracomunitari) regolarmente soggiornanti agli ordini o collegi professionali.

Può iscriversi chi è in possesso di titolo abilitante all'esercizio di una professione conseguita in Italia o in possesso di un titolo riconosciuto se conseguito all'estero.

L'obbligo dell'iscrizione vale sia per coloro che intendano esercitare la libera professione, sia per quelli che intendono instaurare un rapporto di lavoro di tipo subordinato.

Una importante innovazione in tema di flussi migratori ha per oggetto il documento programmatico triennale.

Tale provvedimento, che originariamente doveva essere emanato ogni tre anni, potrà avere durata anche inferiore, laddove le competenti autorità ritengano di adottare un termine più breve.

Con la circolare del Ministero del Lavoro n. 53/2001 è stato disposto che le Direzioni Provinciali del Lavoro, oggi gli Sportelli Unici presso le Prefetture, rilascino le autorizzazioni al lavoro per l'ingresso di infermieri professionali, purché in presenza del riconoscimento del titolo professionale conseguito all'estero da parte del Ministero della Sanità.

Si precisa inoltre che gli ingressi per infermieri professionali devono incidere sulla quota riservata di 2000 quote, solo se in eccedenza alle quote riservate agli Albanesi, Tunisini, Marocchini e Somali.

L'art. 21 della legge Bossi-Fini ha infine stabilito in materia di infermieri

un'importante novità, eliminando qualsiasi limite relativo ai flussi immigratori per l'accesso a tale professione.

La Gazzetta Ufficiale ha pubblicato il 18 giugno 2002 il decreto del Ministero della Salute, con il quale si autorizzano le regioni Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto e le province autonome di Trento e Bolzano, a compiere gli atti istruttori di verifica per il riconoscimento dei titoli abilitanti all'esercizio di una professione sanitaria conseguita in paesi non appartenenti all'Unione Europea.

Al termine dell'istruttoria, la documentazione relativa ad ogni singola domanda di riconoscimento viene inviata in fotocopia al Ministero della Salute, Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie.

Il Ministero della Salute provvede alle opportune verifiche. Il decreto di riconoscimento del titolo, una volta adottato, è trasmesso all'interessato all'indirizzo indicato nella scheda di riepilogo dell'avvenuto riconoscimento, o del diniego, e contestualmente viene informato l'Ente che ha istruito la pratica.

Con tale decreto il passaggio al Ministero della Salute non risulta eliminato e nel contempo il procedimento amministrativo prevede un ulteriore passaggio alle Regioni.

Come accennato precedentemente, tra le figure professionali che in questi ultimi anni presentano una cronica e significativa carenza numerica figurano anche gli infermieri professionali.

Un'indagine su scala nazionale, condotta nel 2000, sulla situazione della professione infermieristica nel SSN ha evidenziato che dal 1993 il numero degli infermieri tende a contrarsi sempre di più; nell'ultimo triennio, per sostituire i circa 12.500 neo pensionati annui si è potuto contare su meno di 3.500 giovani diplomati l'anno. Dal 1999 solo 207 infermieri extracomunitari hanno ottenuto dal Ministero della Sanità il riconoscimento del titolo per esercitare in Italia. Inoltre, solo l'1 % di tale cifra si è poi inserito nel SSN, a causa dei relativi requisiti richiesti per l'accesso al concorsi pubblici: ad esempio, la stessa cittadinanza.

Vi è asincronia tra domanda e offerta. L'offerta di questo lavoro è legata alla produzione di infermieri da parte delle istituzioni formative, scolastiche e universitarie. Secondo l'OCSE l'Italia e la Grecia sono i paesi nei quali si registra il più basso rapporto tra infermieri e abitanti.

Nel 1998 si contavano in Italia 5,3 infermieri su mille abitanti, mentre nello stesso anno l'Irlanda faceva registrare il 15,9 per mille.

Pur esistendo questa carenza numerica di infermieri professionali, e quindi necessità di infermieri stranieri, è impossibile per questi ultimi accedere ai concorsi pubblici perché secondo l'art. 8 comma 1, D. Lgs. del 30 dicembre 1992, 502 e successive modifiche possono partecipare ai concorsi pubblici coloro che possiedono, tra l'altro, la cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei paesi dell'Unione Europea.

Da questa sommaria esposizione si comprende che se è vero che all'extracomunitario è concessa la conversione dei titoli e l'iscrizione all'albo professionale degli infermieri, è anche vero che il loro inserimento nel SSN risulta ostacolato dai requisiti richiesti per espletare i concorsi pubblici, in particolare dal requisito della cittadinanza. Gli stranieri extracomunitari possono essere assunti da presidi ed istituzioni private con contratto di diritto privato a tempo determinato e/o indeterminato, mentre non possono essere assunti in ruolo dalle Aziende Sanitarie e da altre istituzioni pubbliche. Per lavorare direttamente con il SSN, il contratto di lavoro dovrà essere di diritto privato ed a tempo determinato.

Per integrarsi, oltre al lavoro, lo straniero necessita anche di essere capito, che vengano comprese le sue aspirazioni, le sue conoscenze ed esperienze: non basta l'intervento dello Stato ospitante con gli indispensabili provvedimenti.

L'assunzione dello straniero avviene con un periodo di prova non superiore a tre mesi, come sostiene il "Contratto collettivo nazionale di lavoro – Comparto Sanità, 1998/2001". Diversamente, il periodo di prova nel pubblico impiego è di 6 mesi e prima dell'assegnazione all'unità lavorativa il neo assunto è sottoposto a visita medica di idoneità fisica effettuata dal medico competente, che ha il compito di esprimersi sull'idoneità totale o di prescrivere gli ausili necessari.

Al momento dell'assunzione il neo assunto è chiamato a sottoscrivere un contratto individuale di lavoro. Dal primo giorno di assegnazione all'unità operativa il neo assunto deve sottostare ad un sistema di valutazione ad opera del primario del reparto, della caposala e degli infermieri con maggiore esperienza.

Nell'ultimo mese del periodo di prova è previsto un processo di valutazione globale che vede il neo assunto in veste di valutato e di valutatore, in quanto anche quest' ultimo dovrà esprimere un suo giudizio in merito all'unità operativa ed al relativo personale.

Questo sistema di valutazione è nato dall'esigenza di responsabilizzare, coinvolgere, motivare tutto il personale nel suo operato ed anche per favorire una rapida integrazione del neo assunto tramite un metodo scientifico, o quanto meno misurabile.

Inoltre il neo assunto, ai sensi dell'art. 47 del D.Lgs n. 626 del 1990, deve partecipare ai corsi di formazione obbligatoria organizzati dalle Aziende Ospedaliere per l'addestramento e la formazione del personale.

Riferimenti bibliografici

Aliboni R., Bruni F., Colombo A., Greco E. (2000), *L'Italia e la politica internazionale*, Annuario ISPI-IAI sulla politica estera italiana, Bologna, Il Mulino.

Antolisei F., *Manuale di Diritto Penale*, 1, Milano, Giuffré.

Associazione italiana per il Consiglio dei comuni d'Europa, Ministero degli Affari Esteri, Regione Veneto, *Emigrazione in Europa*, Atti del convegno, Belluno, 20-21 novembre 1981.

Belluci S., *Schengen, l'Europa senza frontiere e le nuove misure di cooperazione tra le polizie*, Laurus Robuffo, III ed.

D'Amico S (1998), "Il soggiorno per motivi di protezione sociale", in *Gli stranieri*, 2.

De Augustins U. (2002), "Contratto di soggiorno per lavoro subordinato", in *Gli stranieri*, 4.

De Filippo, E. e Pugliese E. (1996), "Le nuove migrazioni internazionali e i modelli migratori nei paesi dei Sud Europa", *Inchiesta*, Luglio-Settembre.

Faedda B. (2002), "Sicurezza nazionale ed impronte digitali. L'esperienza degli Stati Uniti", in *Gli stranieri*, 4.

Gagni L. (1999), "La disciplina delle ammissioni per motivi di lavoro nella nuova normativa in materia di immigrazione, in *Informatore*, 1.

Garofano L. (2000), "Impugnazione dell'atto presupposto e onere di impugnazione dell'attoconsequenziale", in *Foro italiano*, voce "Giustizia amministrativa", 81.

Meneghini A (2002), "Il sistema delle espulsioni amministrative alla luce delle modifiche apportate dalla l.n. 189/2000 al Testo Unico", in *Gli stranieri*, 4.

Miele R. (1988), *La nuova legislazione sugli stranieri*, Union Printing.

Nicoletti W. (1982), *Argomenti di medicina sociale*, Roma, Lombardo Editore.

Pastore M. (1998), "L'Italia e gli accordi di Shenghen", in *Critica marxista*, Novembre-Dicembre.

Pelliccia L. (2002), "La dichiarazione di emersione dal lavoro irregolare e le nuove disposizioni in materia di lavoro", in *Gli stranieri*, 4.

Pelliccia L. (2000), "Il regolamento di esecuzione sulla legge di immigrazione" in *Lavoro e previdenza oggi*, 3.

Serra E. (2002), "I vescovi: disattese le nostre richieste", in *Il Corriere della Sera*, 12 luglio.

Chiacchera M. Terracciano U. (2001), *Stranieri. Ingresso, soggiorno, lavoro, studio e ricongiungimento familiare*, Forlì, Edizioni Esperta.

Fonti

"Legge 6 marzo 1998 n. 40" (legge "Turco-Napolitano"), in Rivista giuridica *Gli Stranieri*, 1999.

"Legge 30 luglio 2002, n. 189", in *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 199 del 26 agosto 2002 - *Suppl. Ord.* n. 173, entrata in vigore il 10 settembre 2002 e intitolata "Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo".

"Contratto collettivo nazionale di lavoro – Comparto Sanità, 1998-2001", in *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Suppl. Ord.* n. 74 del 19 aprile 1998.

"Convenzione di applicazione dell'accordo di Schengen del 19 giugno 1990", in *Gli Stranieri*, 1990.

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" in Suppl. Ord. alla *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* del 30 dicembre 1992, n. 305; il testo è integrato con le modifiche apportate dal Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

Circolare del Ministero dell'Interno, Direzione Generale dei Servizi Civili, Prot. n. 3435/50 del 30 agosto 2000: "Direttiva generale in materia di Centri di Permanenza Temporanea ed assistenza ai sensi dell'articolo 22, comma i del D.P.R. 31 agosto 1999, n. 394".

"Decreto flussi 2001. Ulteriori disposizioni alla circ. n. 53/2001", Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Direzione Generale per l'Impiego, Servizio per i problemi dei lavoratori immigrati extracomunitari e delle loro famiglie, Prot. n.301/5DG1 /01 24 maggio 2001.

Giurisprudenza

Cassazione, I, 22 ottobre 1994, n. 5577 in CED IMP, P.M. in proc. Trabelsi *PM.* (Conf.).

T.A.R. Veneto, 1, 24 marzo 1,995, n.49 in TAR, 1995.

Corte Cost., sent. n. 20311997 in Rivista giuridica *Gli Stranieri*, 2, 1997.

Corte Cost., sent. n. 203/1997, in *Gli Stranieri*, 2, 1997.

Convenzione 0.I.L. n. 143 dei 24 giugno 1975, ratificata con legge 10 aprile 1981, n. 158.

Corte di Cassazione Sez. V, n. 6383 del 17 febbraio 1999, in *Gli Stranieri*, Parte Penale, n. 19, 1999.

Ordinanza del Pretore di Modena, 26 novembre 1998 in *Gli Stranieri*, 1999.

Cassazione 15 ottobre 1997, n. 10094 in Foro It.1998, 1.

Ordinanza dei Pretore di Padova del 14 dicembre 1998, in *Gli stranieri*, 1999.

Ordinanza del Pretore di Termini Imerese del 29 marzo 1999, in *Gli stranieri*, 1999.

Tribunale di Roma sez. IX del G.I.P., 5 gennaio 1999, n. 3618 in *Gli stranieri*, p..IV, 8.

Corte di Cassazione 7 febbraio 1997, n. 855, e Corte dì Cassazione dei 21 febbraio 1997, n. 1462 in *Gli stranieri*, 1997, 9.

Cassazione, sez. lav., 11 luglio 2001, 9, 9407, in *Rep. Foro it.*, voce "Lavoro subordinato", 2001.

Il problema della immigrazione e della ripresa della malattia tubercolare

Marcello Pelosi

Dottorando presso la Cattedra di Medicina Sociale, Direttore Prof. Walter Nicoletti
Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Università "La Sapienza", Roma

Introduzione

Con un terzo della popolazione mondiale infettato (positività alla tubercolina) dal Micobacterium Tubercolosis e con la previsione, nel prossimo decennio, di 30 milioni di decessi (OMS) se non vi saranno interventi efficaci, la tubercolosi è ancora la malattia infettiva più diffusa nel mondo e costituisce per tutti i paesi, anche quelli industrializzati, un'emergenza sanitaria di primario interesse.

Questa situazione si è determinata perché l'erronea persuasione che la tubercolosi fosse ormai vicina all'eradicazione ha portato negli anni trascorsi ad una caduta generalizzata della sorveglianza e del controllo della malattia. A questo atteggiamento si sono aggiunti altri fattori di ordine sociale, quali i flussi migratori da paesi ad alta endemia tubercolare di soggetti che vivono in condizioni ambientali precarie e la diffusione dell'infezione HIV con alta incidenza di co-infezioni HIV-TB. Altro elemento preoccupante è costituito dall'aumento di ceppi micobatterici resistenti ai farmaci antitubercolari con gravi ripercussioni terapeutiche.

Per questa ragione è fondamentale, secondo le strategie indicate dalla OMS, ricordare che la diagnosi tempestiva e rapida, il trattamento efficace ed il monitoraggio sistematico dei malati di tubercolosi attiva e contagiosa costituiscono i cardini del controllo della malattia e, riducendo la diffusione del contagio, sono la forma più importante di prevenzione. Inoltre altre strategie, quali le misure igieniche, la ricerca attiva dei casi, la vaccinazione BCG e la chemioterapia preventiva, seppure importanti in particolari condizioni ed in gruppi a rischio, non costituiscono un'efficace forma di prevenzione. D'altro canto ritardi diagnostici, insufficienza e disomogeneità di trattamento possono essere causa di fallimento terapeutico e, conseguentemente, di mancato controllo dell'infezione.

Perché un approccio medico sociale?

> *" La medicina sociale è quella branca dello scibile medico alla quale compete di indagare, acquisire e studiare gli elementi ed i caratteri dei fenomeni biologici che interessano la società e le condizioni sociali di rilevanza medica nella loro evoluzione.*
> *Sul piano applicativo reperisce ed indica le modalità più idonee affinchè tutta la popolazione sia dotata e fruisca dei mezzi di ordine preventivo, curativo e riabilitativo propri della medicina; le sue finalità si concretizzano nel mantenimento e nella realizzazione del benessere per l'uomo inserito nella società"*[1].

Per malattie sociali si intendono quelle malattie che per alta incidenza e continuità di elevata frequenza apportano un danno economico alla collettività e quindi impongono misure di difesa collettive.

Alta incidenza: ovvero, per avere un interesse di carattere medico sociale, la malattia deve necessariamente avere una rilevanza dal punto di vista epidemiologico.

Continuità di elevata frequenza: ovvero, la malattia deve avere nel tempo una sua specifica rilevanza in modo tale da necessitare di un intervento collettivo e strutturato.

Danno economico: con questo termine si fa riferimento non solo al danno proprio dell'individuo (assenza lavorativa, mancato guadagno…) ma anche allo sforzo economico che la collettività deve sostenere (assistenza ospedaliera, farmaceutica, domiciliare, ambulatoriale).

Pertanto la medicina sociale va a costituire quel ponte che lega la realtà del singolo individuo a quelli che sono gli interessi della collettività, utilizzando come strumenti dell'agire quelli propri della medicina preventiva, sia essa in fase primaria, secondaria o terziaria. Pertanto si estrinseca specificamente sia sui singoli individui che sui gruppi a rischio.

Proprio l'importanza che ha nella metodologia medico-sociale il concetto di gruppo a rischio, ha fatto sì che il lavoro fosse impostato sui criteri di una analisi dei gruppi che maggiormente sono interessati dal fenomeno patologico specifico, sia sotto il profilo eziologico che patogenetico, andando a valutare quei fattori di rischio che sono determinanti per l'andamento della patologia, con l'utilizzo di quegli strumenti di analisi interdisciplinare (giuridici, sociologici, medici) che caratterizzano la interdisciplinarietà dello studio medico-sociale.

Etiopatogenesi

La TB è una affezione provocata da agenti microbici appartenenti al genere Mycobacterium, capaci di infettare l'organismo umano senza indurre una effet-

---

[1] W. Nicoletti e coll. (1966).

tiva condizione morbosa, o anche, di determinare una malattia a vario profilo anatomoclinico.

La prima infezione tubercolare comporta, in individui esenti da precedenti contatti, l'insediamento, nel polmone o in territori extrapolmonari, di cariche micobatteriche provenienti da individui malati (via inalatoria) o da materiale contaminato (via alimentare).

Gli individui infetti restano per lo più all'oscuro di ogni segno di malattia e, quindi, acquisiscono memoria della avvenuta infezione mediante il passaggio a positività alla tubercolina delle prove cutanee; acquisiscono anche, nel contempo, uno stato immunitario capace di annullare, entro determinati limiti, nuovi apporti micobatterici. Solo il 5-10% dei soggetti divenuti cutipositivi può - per un superamento dello stato immunitario - cadere nel rischio di sviluppare una malattia tubercolare. Questa può verificarsi come diretta consequenzialità della prima infezione o per effetto di una reinfezione.

L'eventuale reinfezione può provenire, ancora una volta, dall'esterno, ad opera di un nuovo evento contagiante - reinfezione esogena - o anche dall'interno dell'organismo, ad opera di cariche micobatteriche in sortita da fonti bacillifere intraorganiche (linfonodali parenchimali) cioè da pregressi focolai tubercolari bacilliferi, rimasti quiescenti da più o meno lungo tempo - (reinfezione endogena).

Breve excursus della tubercolosi in Italia

Negli anni passati l'Italia era collocata tra i Paesi a più marcato impegno nella lotta contro la TB. Già nel campo dei trattamenti, la proposta di C. Forlanini (1882) di curare le forme tisiogene di TB polmonare mediante pneumotorace, aveva trovato, nel corso degli anni '20-'30 ad opera della Scuola Tisiologica Italiana, sempre più larga e perfezionata applicazione, costituendo un valido mezzo di cura, adottato anche in altri Paesi. Nello stesso periodo venivano emanati innovativi provvedimenti legislativi (1927):

- la istituzione dei Consorzi Provinciali Antitubercolari che, attraverso una fitta rete dispensariale, avevano il compito del riconoscimento precoce e del controllo epidemiologico della infezione (esecuzione dei test tubercolinici nelle collettività a rischio), della malattia ed anche dei trattamenti ambulatoriali;
- la istituzione della assicurazione contro la TB estesa a numerose categorie di lavoratori e l'affidamento della gestione all'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale che, in breve tempo, realizzò una efficiente rete di Ospedali Sanatoriali, specializzati per l'assistenza e la cura dei malati.

Per effetto di tali provvedimenti, il percorso storico della epidemia tubercolare, statisticamente apertosi nel 1887 (con la obbligatorietà di denuncia delle cause di morte) con la cifra di 62.614 morti per TB, polmonare ed extrapolmonare (210,7 per 100.000 abitanti), ed attestata ancora, nel 1927 sul totale di

54.267 morti (153,7 per 100.000 abitanti) venne a segnare, negli anni successivi, un graduale decremento che, nel 1940, poneva la mortalità su 33.250 unità (74,5 per 100.000 abitanti).

Più spiccate cadute della mortalità si sono verificate dopo l'avvento della chemioterapia antitubercolare (1946) e dopo che le conseguenze socio-economiche del secondo conflitto mondiale si furono attenuate .

Questo effettivo crollo, indotto dai ritrovati chemioterapici e comune a tutti i Paesi industrializzati, ha tolto alle cifre di mortalità per TB gran parte della loro importanza epidemiologica.

Anche gli indici di infezione (percentuale dei soggetti cutipositivi) mantengono piena validità epidemiologica, specie se correlati a determinate fasce di età e a determinate collettività e categorie lavorative.

Gli indici di infezione e indici di morbosità, integrati dal conteggio dei soggetti con espettorato batteriologicamente positivo, essenziali per stabilire le effettive dimensioni epidemiologiche della TB nel territorio, non riescono ancora ad avere, in Italia, una completa e sistematica definizione.

La disattivazione e lo smantellamento delle strutture dispensariali, operati dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, hanno per larga parte cancellato il complessivo sistema di controllo e di sorveglianza epidemiologica e clinica della malattia.

Nei Paesi del mondo occidentale, ove una gran parte della popolazione è tutelata dalle strutture della assistenza sanitaria, è stata resa obbligatoria la notificazione dei nuovi casi di TB attraverso moduli individuali, variamente circostanziali. Tale sistema informativo è vivamente raccomandato dai responsabili OMS che gestiscono il Global TB Programme, e sono stati già resi noti alcuni importanti dati relativi a Paesi europei ed extraeuropei. Questa procedura ha preso avvio anche in Italia e, da parte ministeriale, sono stati stabiliti dei flussi informativi che comportano la compilazione, da parte dei medici delle ASL, di schede individuali e il loro successivo inoltro ai Servizi di Igiene Pubblici e agli Osservatori Epidemiologici Regionali e, da qui, al Ministero della Sanità e all'ISTAT.

Il Ministero della Sanità, attraverso la Divisione di Profilassi delle Malattie Infettive, si è assunto, da alcuni anni, il diretto controllo e il monitoraggio dei flussi di notifica, valutandone anche la accuratezza informativa e la attendibilità. In rapporto ai dati pervenuti in questi ultimi anni, resta confermata, per l'Italia, la tendenza all'incremento della morbosità, tanto per le forme polmonari che per quelle extrapolmonari, con cifre che, dal 1984 al 1994, sono passate rispettivamente dal 6 per 100.000 abitanti al 9,6.

Analisi dei gruppi a rischio

Allo stato attuale, tenendo conto dei dati epidemiologici relativi al nostro paese si possono individuare una serie di gruppi di soggetti a rischio nei quali lo

screening e l'eventuale terapia preventiva possono costituire un approccio utile per la Sanità Pubblica.

Gruppo 1: soggetti provenienti da paesi ad alta endemia;

Gruppo 2: soggetti reclusi in istituti di correzione e pena;

Gruppo 3: pazienti affetti da AIDS o HIV positivi.

A questi che verranno presi in considerazione nei successivi paragrafi, vanno aggiunti, come ad alto indice di rischio, tossicodipendenti, soggetti senza fissa dimora, soggetti esposti a rischio professionale e anziani ospiti di case di riposo o lunga degenza.

L'immigrazione in Italia

La storia del mondo è storia di migrazioni. Le migrazioni, infatti, hanno caratterizzato la storia dell'uomo sin dalle origini.

La spinta alla mobilità ed alla colonizzazione è propria della nostra specie. L'uomo ha infatti un'incredibile capacità di adattarsi socialmente e culturalmente ai nuovi ambienti "annullando e superando i limiti e le lentezze dell'adattamento biologico a cui sono costrette le altre specie animali"[2]. Questo ha fatto sì che nel corso dei secoli tutti i mutamenti avvenuti in seguito allo sviluppo di tecniche produttive, nonché all'affermarsi di nuove forme sociali, abbiano dato ulteriori spinte a questa necessità di mobilità da parte dell'uomo.

Ogni scoperta, ogni conquista produttiva o tecnologica determinatasi nel corso della storia, ha contribuito ad alterare continuamente il quadro migratorio. Dalla diffusione dell'agricoltura, alla nascita della pastorizia nomade; dalla navigazione, alla scoperta di nuove terre che permise la colonizzazione anche delle isole; dall'intensificarsi dei traffici commerciali per tutto il Medioevo, alla scoperta e conquista del Nuovo Mondo: sono tutti fenomeni che hanno permesso la creazione di nuovi e continui flussi di mobilità e lo spostamento di interi popoli. Questo continuo sconvolgimento e rimescolamento di popoli ha portato a cambiamenti profondi nelle società e negli assetti economici mondiali.

Nello spostarci in tempi a noi più vicini, è la rivoluzione industriale della seconda metà del 18° secolo, avviatasi in Gran Bretagna, il fattore che determina i nuovi flussi migratori. Assistiamo in questo periodo al passaggio da un'economia agricola ad un'economia industriale, con un conseguente spostamento della popolazione dalla campagna alla città, dalle zone più arretrate a quelle più sviluppate, sia nello stesso paese che all'estero, anche verso altri continenti. In questo panorama l'Europa diviene il primo serbatoio di lavoro e di immigrati.

Alla fine del secondo conflitto mondiale le economie europee conoscono una fase di espansione economica incredibile.

---

[2] K. Davis (1998).

In Europa, infatti, il boom economico richiama migliaia di persone: Germania, Francia, Inghilterra, Paesi Bassi, non avendo al loro interno forza lavoro sufficiente per far fronte all'espansione in corso, attingono la manovalanza necessaria da Paesi che invece ne hanno in abbondanza.

In alcuni casi si utilizzano vecchi canali, in altri si stipulano nuovi accordi: La Francia si rivolge alle sue antiche colonie, l'Inghilterra fa ricorso al Commonwealth, mentre la Germania firma trattati che prevedono l'arrivo periodico di contingenti operai, con la Spagna e l'Italia prima, con la Turchia e la Yugoslavia poi[3].

E così dal Sud del mondo si riversano in Europa ripetute ondate di popolazioni dalla pelle scura, fino a quando, per la crisi petrolifera ed economica degli anni'70, i paesi Europei decidono di chiudere le frontiere.

Da questo momento l'esodo dalle regioni meridionali d'Italia subisce un arresto, mentre il flusso di emigranti provenienti dal Terzo Mondo non si blocca.

Sono proprio questi anni che segnano il giro di boa per l'Italia da Paese di emigrazione a Paese d'immigrazione. Nel 1972, infatti, per la prima volta il saldo migratorio in Italia diviene positivo.

Fino ad allora il nostro Paese era stato oggetto di emigrazioni non solo verso altri paesi Europei o extraeuropei (l'America), ma anche di emigrazioni che interessavano singole regioni, in particolare dall'Italia meridionale a quella settentrionale.

La chiusura delle frontiere da parte delle nazioni di antica immigrazione provoca un riversarsi degli immigrati nel nostro Paese, destinazione fino ad allora poco attraente per questi lavoratori. Mentre, infatti, la Germania, gli Usa e la Francia avevano richiamato forza lavoro straniera necessaria a colmare i vuoti creati dall'indisponibilità di lavoratori nazionali attraverso una precisa politica legislativa in materia d'immigrazione, collocando le nuove risorse umane secondo le esigenze del sistema economico e applicando poi una politica di stop alle entrate nel momento in cui queste non erano più necessarie, l'Italia si scopre improvvisamente Paese d'immigrazione nonostante l'alto livello di disoccupazione e sottoccupazione delle regioni meridionale del Paese e non ha una normativa adeguata. L'Italia, infatti, in quel periodo controllava chi usciva, non chi entrava. Inoltre, il fatto che il turismo fosse una delle principali risorse dell'economia nazionale, ha favorito la tendenza alle frontiere aperte, questo almeno fino al varo della legge "Martelli" (n.39/1990), alla quale sono seguite altre la legge "Turco-Napolitano" (n. 40/1998) ed in ultimo la "Bossi-Fini" (n. 189/2002).

---

[3] Lonni A. (1995).

Quanti sono, da dove provengono, quali sono i motivi di soggiorno

Secondo le stime del *Dossier Statistico Immigrazione 2003* della Caritas, elaborate su dati forniti dal Ministero dell'Interno, sono 2.469.324 gli immigrati regolari in Italia all'inizio del 2003, contro il 1.824.000 calcolato all'inizio del 2002. All'incirca 800.000 in più rispetto all'anno precedente, un aumento prevalentemente determinato delle ultime regolarizzazioni. L'incidenza degli stranieri sulla popolazione è del 4,2%, inferiore solo di un punto alla media europea[4].

I dati provenienti dall'Archivio Centrale del Ministero dell'Interno, relativi agli stranieri soggiornanti regolarmente in Italia al 31 dicembre 2002, permettono di delineare un quadro nazionale aggiornato sulla presenza straniera, dimostrandone la diversificazione e la continua evoluzione.

L'aumento del numero di immigrati in quasi tutte le regioni italiane conferma la crescita di questo fenomeno, confermato dalle oltre 700.000 domande di regolarizzazione presentate a fine novembre 2002 .

Il risultato è andato ben oltre le ipotesi degli studiosi: sono stati coinvolti tanti immigrati quanti se ne contarono nelle tre regolarizzazioni degli anni '90 (1990, 1995 e 1998).

Secondo il *Dossier* della Caritas nelle 2.469.324 unità è previsto un margine di approssimazione di circa il 5%. E' difficile, infatti stabilire quanti lavoratori otterranno effettivamente la regolarizzazione (se ne ipotizzano 600.000 sulle 702.000 domande presentate), ed arduo è anche definire il numero preciso di minori (infatti l'ultimo dato delle anagrafi comunali sembra risalga al 31/12/2000).

Per quanto riguarda i Paesi di provenienza, l'Italia è caratterizzata da una "dimensione policentrica dell'immigrazione"[5], infatti rispetto all'intero contesto mondiale il nostro Paese, come pochi altri, presenta una diversificazione di nazionalità incredibilmente elevata. Si rileva che i cittadini stranieri regolarmente soggiornanti al 31/12/02 provengono da ben 191 Stati. L'80% degli immigrati può essere raggruppato in 30 nazionalità.

Questo è dovuto innanzitutto alla nostra collocazione geografica, con chilometri e chilometri di coste, che si presta a raccogliere i flussi provenienti dall'Africa sia settentrionale che sub-sahariana, e dall'Europa Balcanica. A questo si aggiungono anche motivi di carattere socio-culturale che inducono gruppi di stranieri a scegliere il nostro paese, perché hanno trovato condizioni di inserimento favorevoli (è il caso della comunità filippina, ad esempio).

In questo arcipelago migratorio italiano al primo posto per numero di presenze in Italia c'è il Marocco (con 172.834 presenze), seguito dall'Albania (con 168.963 presenze). Queste due nazionalità arrivano a coprire il 23% del totale dei regolarmente soggiornanti.

---

[4] Cfr. Caritas (2003).

[5] Cfr. A. Cancellieri in Caritas (2003)

In ordine decrescente seguono la Romania (con 95.834 presenze), le Filippine (con 65.257 presenze), la Cina (con 62.134 presenze) e la Tunisia (con 51.384 presenze).

Se delineiamo una gerarchia generale dei motivi della loro presenza, quello principale è certamente il lavoro, a cui seguono i motivi familiari (generalmente si tratta di ricongiungimenti) e, a distanza, i motivi di studio, di salute, culturali o per turismo. Un dato di rilievo è rappresentato dalla presenza per motivi religiosi, che è significativa, nel confronto con altri paesi di immigrazione, ma è percentualmente poco rilevante sul totale degli stranieri provenienti da paesi poveri.

Ciò è quanto riportato da Macioti e Pugliese (2003) sulla base dell'elaborazione dell'ISTAT a gennaio 2000. La scala gerarchica non sembra essere mutata successivamente: il *Dossier 2003* della Caritas, che riporta dati più recenti, ripropone la stessa tipologia.

Fermo restando che i motivi di lavoro rimangono sempre quelli preponderanti, il *Dossier 2003* elabora una graduatoria tenendo conto del paese di origine; secondo tale graduatoria, i motivi di lavoro, sia autonomo che subordinato, sono decisamente prevalenti tra i cittadini:

- dell'Africa occidentale (rispettivamente 58,1% e 11,9%), ed in particolare del Senegal (64,6% e 19,5%);
- dell'Africa settentrionale, in particolare dall'Egitto (55,8% e 14,4%) e della Tunisia (58,2% e 6,3%);
- dell'Asia orientale (53,0% e 10,5%) e nella fattispecie dei filippini (78,1%) e cinesi (64,1% e 19,8%);
- dell'Asia centro-meridionale in particolare del Bangladesh (73,8% e 8,1%), del Pakistan (70,5% e 9,7%) e Sri Lanka (65,0%).

I motivi familiari sono predominanti, invece, tra i cittadini:

- dell'America Centro-meridionale, in particolare il dato supera il 50% per i Cubani, giamaicani e dominicani (nazionalità dove c'è un'alta percentuale di ricongiungimenti per matrimoni misti);
- dell'America settentrionale; il dato supera il 52% tra gli statunitensi (fra i soggiornanti figurano i familiari di militari americani);
- dell'Europa centro-orientale, ed in particolare di Macedonia e Albania (35,9%).

L'incidenza dei motivi religiosi è rilevante tra i cittadini dell'Oceania (19,2%) e dell'Africa centro-meridionale (16,9%).

Ed infine facendo riferimento ai motivi di studio questi prevalgono nei paesi del vicino e medio-oriente (nel 75% dei casi si tratta di studenti israeliani, libanesi e iraniani).

Immigrati e salute

La più classica tra le classificazioni fornite dalla letteratura distingue i problemi di salute dello straniero immigrato in:

- patologie d'importazione;
- patologie di adattamento;
- patologie di acquisizione[6].

Le prime sono quelle su cui è maggiormente accentrata l'attenzione dell'opinione pubblica. Rientra in questa categoria la tubercolosi, oltre alla malaria, ad alcune parassitosi intestinali ed alcune malattie veneree. Se è vero che la loro origine deriva dall'esposizione a fattori di rischio specifici o endemici nel paese di origine, indubbiamente il loro sviluppo è facilitato ed il loro decorso aggravato dalle condizioni di degrado igienico e di promiscuità in cui sono spesso costrette queste persone nel Paese che le ospita. Del resto il reale impatto di tale patologie sulla salute della popolazione è assai limitato; esse, in genere, rimangono confinate nell'ambito della comunità di stranieri immigrati, considerate le migliori condizioni di vita e di igiene della restante popolazione.

Le patologie d'importazione sono meno numerose di quelle di adattamento, che sono il risultato dello sforzo di adeguamento alla nuova società (problemi di salute mentale o suoi correlati somatici) e di quelle di acquisizione che sono quelle, di cui parlavamo poc'anzi, che dipendono da fattori di rischio a cui l'immigrato viene spesso esposto nel Paese ospite. Ed in questa categoria rientrano tutte le malattie da disagio o da degrado.

Bisogna infatti dire che l'immigrato arriva generalmente nel nostro paese con un 'patrimonio' di salute pressoché integro: si consideri che proprio la forza-lavoro, su cui questi gioca le possibilità di successo del proprio progetto migratorio, sia indissolubilmente legata all'integrità fisica: è il cosiddetto "effetto migrante sano", ampiamente citato in letteratura, che fa riferimento all'autoselezione che precede l'emigrazione, operata nel paese di origine[7]. E' successivamente che si ammala per l'impatto con quelli che abbiamo definito essere i *fattori di rischio.*

Oltre alle difficili condizioni alloggiative, all'alimentazione sbilanciata, alle diversità climatiche, allo sradicamento culturale ed alla lontananza degli affetti, Geraci individua tra i principali fattori di rischio la precarietà occupazionale e la *scarsa tutela sul lavoro della popolazione immigrata*.

La disoccupazione è sicuramente un fattore patogeno per qualsiasi cittadino, ma lo è maggiormente per gli immigrati che hanno pochi canali di comunicazione e di integrazione, tra cui il lavoro, che, se non l'unico, è certamente il principale.

---

[6] Cfr. Lemma e Costa (2000).
[7] S. Geraci e M. Marceca (2002).

Da uno studio, correlato da interviste di gruppo, condotto nell'ambito della Provincia di Bologna e pubblicato sull'Osservatorio delle Migrazioni della Provincia stessa[8], sul tema della salute connessa al lavoro, sono emersi dati che si possono generalizzare a tutti i cittadini stranieri lavoratori. Il discorso si è incentrato soprattutto sulle difficoltà di accesso ai servizi negli orari prestabiliti che alcuni cittadini extracomunitari spesso incontrano: impedimenti o timori nel chiedere un permesso di lavoro (retribuito), per recarsi in prima persona al centro sanitario oppure accompagnare magari in macchina un familiare, vengono citati a più riprese. Altri riferiscono di interruzioni anticipate o imprecise prosecuzioni di trattamenti sanitari, specie se di medio periodo, a causa dell'esigenza di tornare sul posto di lavoro per produrre l'indispensabile reddito di sussistenza (famiglie mono-reddito); sempre in merito a questa situazione di relativa precarietà economica, vi è poi chi sospende anzitempo l'assunzione dei farmaci necessari perché impossibilitato a sostenerne il costo. Altri ancora, tra i medici di medicina generale, raccontano dell'atteggiamento dei loro assistiti immigrati verso il diritto di assentarsi dal lavoro per malattia: la prima reazione, specie per le persone provenienti dai paesi più lontani, che non hanno quindi avuto alcuna pre-socializzazione alla realtà italiana ed europea (diverso è invece il caso delle persone provenienti dal bacino del Mediterraneo), è spesso di sospetto ed incredulità; su questa base di partenza si sviluppano poi efficaci meccanismi di apprendimento ed acculturazione, che in alcuni casi portano comunque, secondo alcuni, ad un sotto-utilizzo di tale misura. Le ragioni possono essere molteplici e sono di frequente connesse con la condizione di relativa debolezza contrattuale e di relazione che queste persone vivono.

Si comprende bene, quindi come, per tutte queste motivazioni, il loro patrimonio di salute peggiori più facilmente rispetto a quello di un cittadino italiano, che, in linea di massima ha più riferimenti, maggiore conoscenza delle leggi e nessuna barriera linguistica o culturale.

Se il lavoro è per tutti noi un elemento fondamentale della nostra vita, poiché ci permette di vivere, di integrarci, di realizzarci, per un cittadino straniero che arriva nel nostro Paese è qualcosa di più: è la motivazione che lo spinge ad affrontare la migrazione, è la condizione necessaria perché possa accedere nel nostro territorio (condizione necessaria per la stipula del contratto di soggiorno), è il mezzo che gli consente il sostentamento e la permanenza nel nostro Paese; la perdita del lavoro è per lui molto di più di quanto possa esserlo per noi, ed è ciò che lo rende più vulnerabile, ricattabile (vista la sua debolezza contrattuale) e soggetto più di altri ad un "depauperamento" della sua salute fisica.

---

[8] Provincia di Bologna e Comune di Bologna (2002).

Tab. 1 - Ricoveri totali di pazienti non italiani. Confronto 1998-2000

Regione	Ricoveri di pazienti non italiani			Ricoveri nazionali			Ricoveri di non italiani ogni 1000 ricoveri		
	1998	2000	Var % 98-00	1998	2000	Var % 98-00	1998	2000	Var % 98-00
Piemonte	17.709	24.978	41	903.025	835.202	-7,5	19,61	29,91	52,5
Valle d'Aosta	337	640	89,9	23.622	22.712	-3,9	14,27	28,18	97,52
Lombardia	53.176	70.049	31,7	2.185.933	2.122.722	-2,9	24,33	33	35,65
Prov.Aut..Bolzano	4.694	4.842	3,2	103.485	104.720	1,2	45,36	46,24	1,94
Prov.Aut.Trento	2.938	3.386	15,2	111.959	105.841	-5,5	26,24	31,99	21,91
Veneto	20.609	30.048	45,8	1.137.340	972.317	-14,5	18,12	30,9	70,55
Friuli Ven. Giulia	4.143	5.780	39,5	245.984	235.613	-4,2	16,84	24,53	45,65
Liguria	8.645	11.486	32,9	415.175	413.911	-0,3	20,82	27,75	33,27
Emilia Romagna	18.841	26.910	42,8	996.468	950.799	-4,6	18,91	28,3	49,69
Nord	131.092	178.119	35,9	6.122.991	5.763.887	-5,9	21,41	30,9	44,34
Toscana	18.716	24.866	32,9	732.035	731.679	0	25,57	33,98	32,92
Umbria	3.240	6.151	89,8	207.925	205.084	-1,4	15,58	29,99	92,48
Marche	3.287	5.685	73	321.144	317.653	-1,1	10,24	17,9	74,85
Lazio	56.863	36.135	-36,5	1.101.065	1.175.330	6,7	51,64	30,74	-40,47
Centro	82.106	72.837	-11,3	2.362.169	2.429.746	2,9	34,76	29,98	-13,76
Abruzzo	1.765	3.067	73,8	292.229	331.475	13,4	6,04	9,25	53,19
Molise	568	264	-53,5	67.217	68.425	1,8	8,45	3,86	-54,34
Campania	6.781	11093	63,6	1.127.520	1.191.804	5,7	6,01	9,31	54,77
Puglia	4.674	5.349	14,4	952.526	975.496	2,4	4,91	5,48	11,75
Basilixata*	3.544	167		110.471	116.665	5,6	32,08		
Calabria	1.800	2534	40,8	424.916	412.516	-2,9	4,24	6,14	45,01
Sicilia	4.923	7.586	54,1	793.769	1.012.828	27,6	6,2	7,49	20,77
Sardegna	1.074	3.136	192	324.020	368.722	13,8	3,31	8,51	156,59
Sud e Isole	25.129	33.031	31,4	4.092.668	4.477.931	9,4	6,14	7,38	20,14
Totale	**238.327**	**283.987**	**19,2**	**12.577.828**	**12.671.564**	**0,7**	**18,95**	**22,41**	**18,28**

Fonte: Ministero della Salute

Tab. 2 - Ricoveri totali di pazienti non italiani. Confronto 1998-2000

Area di provenienza	Ricoveri di pazienti non italiani				Var. % 1998-200
	1998		2000		
	V.A.	%	V.A.	%	
Europa U.E.	35.627	14,9	30.780	10,8	-13,6
Europa occiden.	5.771	2,4	6.729	2,4	16,6
Europa dell'est	59.573	25	86.285	30,4	44,8
Asia	26.514	11,1	35.942	12,7	35,6
Africa	71.984	30,2	85.461	30,1	18,7
America del Nord	5.962	2,5	4.527	1,6	-24,1
America centro-sud	22.593	9,5	28.967	10,2	28,2
Oceania	917	0,4	770	0,3	-16
Apolide	9.376	3,9	4.409	1,6	-53
Totale	**238.317**	**100**	**283.870**	**100**	**19,1**

Fonte: Ministero della Salute

Tab. 3 - Ricoveri ordinari di pazienti non italiani per TBC. Primi 10 paesi

Tubercolosi	Ricoveri ordinari	
	V.A.	%
Marocco	277	15,8
Senegal	204	11,7
Romania	137	7,8
Perù	105	6
Pakistan	84	4,8
Cina	77	4,4
Albania	75	4,3
Jugoslavia	71	4,1
India	71	4,1
Nigeria	64	3,7
Totale primi 10 Paesi	**1.165**	**66,6**
Totale	**1.748**	**100**

Fonte: Ministero della Salute

Prevenzione della tubercolosi nei soggetti con infezione da HIV

In Italia al 2003 sono stati notificati 51.968 casi di AIDS.

La tubercolosi (TBC) è una manifestazione importante dell'immunodepressione indotta dall'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV); la prevalenza di infezione da HIV è elevata nei soggetti con TBC e, di converso, la TBC è molto frequente nei soggetti con infezione da HIV, soprattutto nei pazienti con AIDS. A conferma dell'importanza che oggi si attribuisce alla malattia tubercolare come manifestazione dell'immunodepressione indotta dall'infezione da HIV, nel 1993 anche la TBC polmonare è stata inclusa nell'elenco delle malattie indicative di AIDS. L'infezione da HIV modifica nettamente la storia naturale dell'infezione tubercolare, in primo luogo favorendo la riattivazione di una infezione latente: per tale motivo i soggetti con doppia infezione (da HIV e tubercolare) presentano un rischio estremamente elevato di sviluppare tubercolosi attiva. Inoltre l'infezione da HIV favorisce la rapida progressione di un'infezione tubercolare recente verso la malattia.

La tubercolosi, tra tutte le infezioni che possono colpire i soggetti con infezione da HIV, presenta alcune peculiarità: trasmissibilità per via aerea, anche a soggetti immunocompetenti; capacità di determinare l'insorgenza di focolai epidemici in ambito nosocomiale o comunitario, con elevato rischio per il personale di assistenza. Pertanto, una popolazione a rischio elevato di tubercolosi, come quella costituita dagli individui con infezione da HIV, può aumentare la circolazione di Mycobacterium tubercolosis nella popolazione generale e, di conseguenza, il numero totale dei casi di malattia.

In Italia, pur in assenza di dati di sorveglianza attendibili, la tubercolosi è considerata ancora endemica e gli studi finora condotti dimostrano che il nostro

Paese presenta una frequenza di tubercolosi nei soggetti con infezione da HIV e nei pazienti con AIDS tra le piu' elevate del mondo occidentale. In particolare un ampio studio retrospettivo, riferito al periodo 1995-1999, ha permesso di rilevare che nei soggetti con infezione da HIV la tubercolosi è stata diagnosticata nel 12% dei soggetti assistiti. Inoltre è stato stimato che l'incidenza cumulativa di tubercolosi tra i soggetti con infezione da HIV è superiore all'11 %. Infine, sembrano esservi nel nostro Paese differenze molto meno marcate, per quanto riguarda il rischio di tubercolosi, tra tossicodipendenti ed altre persone con infezione da HIV rispetto a quelle riportate in altri paesi occidentali. Una indagine condotta dal "Centro per le attività assistenziali per i pazienti affetti da HIV", con una copertura di oltre l'8O% dei reparti di ricovero sull'intero territorio nazionale, ha evidenziato che oltre il 12% dei pazienti ricoverati è affetto da tubercolosi. Da ultimo, così come segnalato in altri paesi industrializzati, anche in Italia sono stati descritti nei soggetti con infezione da HIV episodi epidemici di tubercolosi da *contagio nosocomiale* e l'isolamento di ceppi multiresistenti.

E' chiaramente dimostrato che la somministrazione di isoniazide per 6-12 mesi riduce il rischio di malattia tubercolare in soggetti con infezione tubercolare latente. Alcuni studi suggeriscono che tale chemioterapia preventiva è efficace anche nei soggetti con infezione da HIV. Rendere operante un programma di prevenzione della tubercolosi per coloro che sono infettati da HIV potrebbe non solo ridurre la frequenza di malattia tubercolare in queste persone, ma contribuirebbe anche in maniera sostanziale a ridurre il rischio di questa malattia tra i cosidetti "contatti stretti" (familiari, operatori sanitari, ecc.), e piu' in generale al controllo della tubercolosi in tutta la popolazione.

Sulla base di queste considerazioni sia l'Organizzazione Mondiale della Sanità, che numerose Autorità Sanitarie Nazionali, raccomandano di istituire programmi di chemioterapia preventiva della tubercolosi in soggetti con infezione da HIV.

Metodologia d'intervento

Ogni persona per la quale venga diagnosticata la presenza di infezione da HIV dovrebbe essere sottoposta ad una intradermoreazione tubercolinica. L'intradermoreazione deve essere eseguita con tecnica di Mantoux utilizzando 5 UI di PPD *(Purified Protein Derivate)*; la comparsa di un infiltrato di diametro maggiore o uguale 5 mm nella sede di iniezione dopo 48- 72 ore va considerata risposta positiva. E' importante che tale accertamento venga eseguito tempestivamente dopo l'identificazione da HIV, in quanto il progredire dell'immunodepressione determina frequentemente la perdita della capacità di reagire agli antigeni che valutano l'ipersensibilità ritardata.

Per questo motivo si suggerisce di eseguire anche l'intradermoreazione con almeno altri 2 antigeni (ad esempio candidina e tossoide tetanico) con tecnica di

Mantoux o con dispositivo per multipuntura. Il soggetto negativo al PPD ma che risponde ad almeno un altro antigene può essere verosimilmente considerato non coinfettato dal bacillo tubercolare; è da sottolineare peraltro come tale criterio non possa essere utilizzato per escludere la presenza di tubercolosi attiva. Per i soggetti che non presentano nessuna risposta cutanea di ipersensibilità ritardata (anergici) non può essere tratta alcuna conclusione attendibile sulla presenza di infezione tubercolare. Andrebbe infine eseguita a tutti i soggetti con infezione da HIV una radiografia del torace. La ripetizione annuale dell'intradermoreazione tubercolinica potrebbe rivelarsi utile nei soggetti negativi al PPD, in particolare se non anergici.

Identificazione dei soggetti candidati alla chemioterapia preventiva

Una chemioterapia preventiva della tubercolosi è indicata nei soggetti con infezione da HIV che:

a) risultino positivi all'intradermoreazione tubercolinica;
b) abbiano una storia documentata di positività all'intradermoreazione tubercolinica;
c) abbiano segni radiologici di lesioni tubercolari inattive, non adeguatamente trattate;
d) siano in stretto contatto con pazienti con tubercolosi polmonare aperta PPD-negativi e siano anergici.

Nel caso di una persona con infezione da HIV che sia in contatto stretto con un paziente con tubercolosi polmonare aperta e che risulti PPD negativa ma con risposta cutanea conservata ad altri antigeni, appare indicato l'inizio di una chemioterapia preventiva. Peraltro, in caso di persistente negatività del PPD ad un controllo eseguito a 12 settimane di distanza, l'opportunità di interrompere la chemioterapia preventiva deve essere valutata caso per caso.

Infine, l'opportunità di intraprendere una chemioterapia preventiva andrebbe presa in considerazione nei soggetti anergici, in particolare se con bassi livelli di linfociti CD4.

Conduzione della chemioterapia preventiva antitubercolare

Lo schema terapeutico attualmente raccomandato si basa sulla somministrazione giornaliera di isoniazide. La durata ottimale della chemioterapia preventiva non è stata stabilita con certezza, tuttavia non dovrebbe essere inferiore a dodici mesi.

Prima di intraprendere la chemioterapia preventiva va esclusa la presenza di tubercolosi attiva. A tal fine dovrebbe essere eseguito un esame radiografico del

torace ed ogni altro accertamento che possa essere indicato dalla eventuale presenza di una sintomatologia clinica.

La chemioterapia preventiva con isoniazide è controindicata nei seguenti casi:

a) in presenza di una grave epatopatia o comunque di una elevazione dei valori di ALT, maggiore di tre volte il valore normale;
b) in soggetti che abbiano presentato epatite da isoniazide o reazioni di ipersensibilità a questo farmaco;
c) la gravidanza si può considerare una controindicazione relativa.

Particolare cautela andrà inoltre prestata nelle seguenti condizioni:

a) in pazienti di età superiore a 35 anni;
b) in terapia con anticolvusivanti;
c) in casi di diabete;
d) in terapia con anticoagulanti.

I pazienti che assumono la chemioterapia preventiva con isoniazide vanno informati sui possibili effetti indesiderati, incluso il rischio di epatite fulminante, ed istruiti sulla necessità di interrompere immediatamente l'assunzione del farmaco e di contattare il medico curante in caso di comparsa di sintomi che suggeriscano una epatite acuta. La contemporanea somministrazione di vitamina B6 riduce il rischio di neuropatia periferica. Appare utile che i pazienti che assumono la chemioterapia preventiva con isoniazide vengano controllati mensilmente sia per valutare l'aderenza allo schema terapeutico sia per svelare eventualmente segni di tossicità. Nel caso si osservi una epatite acuta la chemioterapia andrà definitivamente interrotta. Qualora si rilevi un aumento delle transaminasi maggiore di tre volte i valori normali, la chemioterapia andrà sospesa e l'opportunità di riprenderla, dopo la normalizzazione di tale dato, andrà valutata caso per caso.

La tubercolosi nelle carceri italiane

Tab. 4 - Dati relativi alla situazione delle carceri italiane anno-2003

Numero totale detenuti	**54.000**
Stranieri detenuti	17.000
Tossicodipendenti	14.000
HIV[1] positivi	>1.473*

* valore sottostimato per la non obbligarietà dell'accertamento.

In considerazione di questi dati il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha costituito un gruppo di lavoro interministeriale con l'obiettivo di

individuare, sulla base di considerazioni tecniche ed amministrative, le modalità di intervento per arginare il fenomeno della TBC nelle carceri.

Una delle prime iniziative promosse dalla Commissione è stata quella di effettuare una rilevazione su scala nazionale del fenomeno per verificare l'esattezza delle osservazioni avanzate sulla rilevanza del fenomeno.

I casi notificati o accertati indicano che nelle carceri italiane si è pervenuti nel 2000 ad un'incidenza pari a 290 per 100.000 (30 volte maggiore dell'incidenza nella popolazione italiana pari al 9,6 per 100.000).

Le considerazioni che si possono trarre da una prima lettura dei dati sono le seguenti:

1. nel quinquennio 1995-2000 vi è stato un incremento di casi pari al 127%, mentre l'incidenza è passata da 227 per 100.000 nel 1995 al 290 per 100.000 nel 2000;
2. la cutireattività nelle carceri è notevolmente superiore a quella osservata all'esterno;
3. trovano conferma precedenti osservazioni di una maggiore correlazione tra cutipositività e provenienza da Paesi extracomunitari, rispetto alla sieropositività per HIV. Appare necessario sottolineare che i detenuti HIV positivi avevano un numero medio di CD4 maggiore di 500/mmc. Conseguentemente la non responsività ai test cutanei per la tubercolosi non è riconducibile a deficit immunitari. Per quanto riguarda i detenuti extracomunitari provenienti da Paesi africani la maggior presenza di cutipositività potrebbe spiegarsi con l'obbligatorietà della vaccinazione antitubercolare vigente in tali nazioni;
4. solo il 9,72% dei detenuti viene sottoposto ai test cutanei e in 3.507 casi tramite Tine Test.

Piano operativo per il controllo della tubercolosi nei penitenziari italiani

Propedeutico a qualsiasi proposta di protocollo di sorveglianza per patologie ad alta rilevanza sociale come la tubercolosi, è indispensabile assicurare la gratuità delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche per tutti i detenuti (italiani, immigrati regolari e clandestini).

I - Il sistema di rilevamento epidemiologico

Al fine di ottenere informazioni certe circa l'andamento dell'infezione tubercolare negli istituti di detenzione e pena, si è ritenuto opportuno, in collaborazione con il Ministero della Sanità, predisporre un sistema di rilevazione ad hoc che risponda alle specifiche esigenze della realtà penitenziaria.

Strumenti di lavoro indispensabili di tale sistema sono le schede di rilevamento epidemiologico che dovranno essere compilate dai medici penitenziari,

con tempi e modalità descritte nel manuale ad esse allegato, in particolare riguardanti:

1. le schede di rilevamento all'ingresso: da compilare all'ingresso dei detenuti in istituto sia per i nuovi ingressi che per i trasferiti da altri istituti;
2. le schede per la sorveglianza dei casi accertati, da compilare in caso di accertamento di infezione sia per i nuovi ingressi che per i detenuti già presenti in carcere;
3. le schede per i contatti/conviventi a rischio, da compilare per tutti i contatti di un malato TB.

Con tale sistema si ritiene di poter soddisfare l'esigenza di una maggiore conoscenza del fenomeno tubercolosi nelle carceri, pur tenendo conto della necessità di riservatezza dei dati. Infatti, ove l'accuratezza nella compilazione delle schede sia ottimale ed a questa corrisponda un'altrettanto puntuale organizzazione centrale, per la prima volta sarà possibile avere un quadro preciso non solo dell'entità della TB nelle carceri, ma anche dei sistemi di prevenzione e profilassi, nonché del rischio effettivo.

D'altra parte, l'acquisizione dei dati consentirebbe la programmazione e l'adozione di interventi, anche strutturali, da parte dell'amministrazione penitenziaria per un miglioramento delle condizioni di sicurezza sanitaria intracarceraria, nei confronti sia dei detenuti che degli operatori.

II - Esecuzione dei test cutanei

Il protocollo di sorveglianza epidemiologica prevede l'esecuzione della intradermoreazione secondo MANTOUX a tutti i detenuti all'ingresso in istituto e per i presenti in istituto nel periodo in considerazione.

Si esegue ricostituendo al momento il PPD liofilizzato, che va conservato a + 4°, e inoculandone una quantità a 5 UI (0,1 ml). La prova viene valutata positiva in base ad un'estensione dell'infiltrato maggiore di 5 mm dopo 48-72 ore. Alcuni autori considerano positivo un infiltrato solo se > 10 mm di diametro in soggetti non immunodepressi. Appare necessario peraltro esprimere sempre la lettura in "mm", abbandonando quella a diversi livelli di "+".

III - Ulteriori indagini diagnostiche

Tutti i detenuti con intradermoreazione positiva andranno sottoposti a radiografia del torace e ad esame microscopico diretto dell'espettorato e coltura per micobatteri.

Coloro che venissero diagnosticati come affetti da forma attiva andranno

immediatamente isolati (isolamento respiratorio) e trattati con terapia specifica compilando in questo caso la scheda per la Sorveglianza dei casi accertati. Tutti quelli che presenteranno una Mantoux positiva, ma non TB attiva, dovranno effettuare chemioprofilassi con Isoniazide 300 mg al dì per 6 mesi, con esclusione dei casi in cui è possibile dimostrare una precedente somministrazione di BCG (pratica diffusa in molti paesi in via di sviluppo).

I detenuti cutinegativi potrebbero essere sottoposti a vaccinazione. Da tenere presente che la risposta immune indotta dal BCG, pur non potendosi considerare sicura in merito alla protezione dalla malattia polmonare, previene la disseminazione linfoematogena dei bacilli.

IV - Sorveglianza dei particolari gruppi a rischio in carcere

Extracomunitari

Tra i differenti fattori di rischio alla base della recrudescenza della TBC in Italia e più in particolare nei penitenziari, precedenti osservazioni indicano negli immigrati extracomunitari la categoria con il maggior numero di infetti. A tal proposito si possono fare le seguenti considerazioni:

- gli immigrati recano con sé e moltiplicano il rischio di ammalarsi di TBC nel proprio Paese di origine in seguito alle pessime condizioni igienico sanitarie e nutrizionali in Italia, comuni alla maggioranza di essi;
- collegata a quanto sopra è l'osservazione che il rischio di ammalarsi è maggiore nei primi due anni di permanenza nel nostro Paese;
- molti immigrati extracomunitari sono soliti frequentare persone della propria etnia di origine, mentre hanno contatti limitati con la popolazione autoctona;
- gli immigrati extracomunitari presenti negli istituti penitenziari italiani sono nella stragrande maggioranza giovani provenienti dai Paesi del Terzo Mondo, coinvolti in reati che comprendo il traffico (ed il consumo) delle sostanze stupefacenti.

E' importante che per tutti gli extracomunitari nuovi giunti vengano immediatamente attivati tutti i controlli preventivi. Tutti quelli che presenteranno una Mantoux > 10 mm dovranno effettuare una radiografia del Torace, esame microscopico e colturale dell'espettorato, ed eventuale chemioprofilassi, mentre i cutinegativi dovrebbero essere vaccinati.

Detenuti HIV positivi

L'elevata percentuale di soggetti HIV positivi infettati anche dal Mycobacterium Tubercolosis o da altre specie di Mycobacterium dimostra l'esi-

stenza di complesse interazioni tra HIV e TBC. Tra queste la rapida evoluzione verso la malattia clinica nel soggetto infettato. Il problema della profilassi della TBC in soggetti HIV positivi appare di difficile soluzione, tant'è che a tutt'oggi la Commissione Nazionale AIDS non si è ancora espressa ufficialmente in tal senso.

In tutti i detenuti HIV positivi deve comunque essere eseguita una radiografia del torace ed una Mantoux di base il più precocemente possibile, a prescindere dalle loro condizioni cliniche. Nei Paesi occidentali esistono precise indicazioni alla profilassi primaria[9] per:

- tutti i cutipositivi alla Mantoux (> 5 mm);
- contatti di malati di tubercolosi bacillifera;
- soggetti con lesioni polmonari radiologicamente compatibili con esiti di tubercolosi.

Ciò che invece è ancora in discussione è la fattibilità di estendere l'indicazione anche a soggetti anergici con bassi valori di CD4 (< 350/mmc), anche se esistono dati che dimostrano il maggior rischio per tubercolosi in questa categoria.

Tossicodipendenti

I tossicodipendenti per via endovenosa costituiscono uno dei gruppi a rischio in cui il rapporto costo/efficacia giustifica un eventuale intervento di ricerca "attiva" dell'infezione tubercolare. A parte l'altissima prevalenza dell'infezione da HIV (condizione non sempre nota), la tossicodipendenza si accompagna a condizioni di grave disagio socio-economico, malnutrizione, malattie debilitanti e scarsità o assenza totale di controllo sanitario.

In questo contesto il penitenziario assume un'importanza notevole nell'ambito delle politiche globali della salute pubblica, in quanto costituisce un'occasione di contatto con gruppi di popolazione altrimenti difficilmente raggiungibili.

Personale dipendente

La percentuale di cuticonversione tra il personale sanitario può arrivare al 10% all'anno e vi sono numerose dimostrazioni dell'esistenza e dell'importanza del coinvolgimento del personale sanitario nelle epidemie di tubercolosi intranosocomiali.

---

[9] E' prevista la somministrazione di soniazide 300 mg/die per 6-12 mesi o di altri farmaci quali la Rifabutina 300 mg/die per 6-12 mesi.

Appare necessario quindi adottare tutte quelle misure di protezione individuale e ambientale contenute nelle *Linee Guida* per la lotta alla tubercolosi, che sono attualmente in fase di revisione ed aggiornamento da parte delle Autorità sanitarie in diversi Paesi: tali interventi preventivi si basano sullo screening tubercolinico, sulla vaccinazione anti-TBC, sulla chemioprofilassi, sull'utilizzo dei DIPR (Dispositivi Individuali di Protezione).

All'atto dell'assunzione, tutto il personale dovrebbe sottoporsi ad una intradermoreazione con PPD secondo Mantoux (5 U.I.), con cadenza quinquennale o, in caso di operatori impiegati presso centri clinici, annuale. In quest'ultimo caso appare indicato consigliare a tutto il personale la vaccinazione antitubercolare, nonostante i noti contrasti degli studiosi sul grado di immunizzazione raggiungibile con il vaccino.

Conclusioni

Alla luce dei dati analizzati si possono trarre alcune considerazioni finali sulle problematiche affrontate, in funzione degli interventi preventivi e terapeutici possibili.

Per quanto riguarda il fenomeno delle migrazioni, che è senza dubbio la variabile più importante per la possibilità di interventi preventivi sia in campo nazionale che internazionale, va sottolineato che le condizioni di vita che gli immigrati si trovano a sostenere nella loro realtà migratoria sono sicuramente uno dei fattori di accrescimento dei livelli di rischio; i cambiamenti dei loro canoni di vita sociale (come in alcuni casi l'abuso di alcol) tendono a contribuire allo sviluppo di determinate patologie di cui erano già contagiati, provenendo il più delle volte da zone ad alto tasso epidemico.

Il fallimento del progetto migratorio, con aspettative di vita lavorativa diverse dalla realtà con cui sono costretti a confrontarsi, fa sì che si generi un fenomeno di emarginazione, associata a realtà alloggiative che favoriscono l'insorgenza e la diffusione di patologie come la TBC.

L'impiego di nuove figure di intermediazione nel rapporto con gli immigrati, i cosiddetti "mediatori culturali", non può che facilitare quell'approccio al Sistema Sanitario Nazionale che le varie normative tendono a facilitare nell'interesse dell'immigrato e dell'intera collettività.

Indubbiamente vanno sviluppati dei progetti di intervento a livello internazionale, di cui da anni l'OMS si fa carico, soprattutto in quelle zone dove la prevalenza della malattia è particolarmente elevata, ma come si rileva in ambito profilattico e terapeutico, l'intervento è decisamente impegnativo, sia perché è previsto un intervento necessariamente multifarmacologico, sia per la durata della terapia.

Per tale motivo tutti gli interventi progettati nell'ambito dell'OMS in Africa, Sud-est asiatico, Sud America, ecc. si svolgono in ambito DOT (Terapia

Osservata Direttamente). Questo permette da un lato di avere una risposta efficace alla terapia, dall'altro evitare l'insorgenza, sempre più frequente, di ceppi resistenti ai farmaci standard.

D'altro canto, non si può non evidenziare che gli schemi terapeutici attualmente in uso sono gli stessi da tanti anni, forse troppi.

La ricerca farmacologica negli ultimi anni non ha investito nello sviluppo di nuove molecole in grado di fornire strumenti di intervento più efficaci, forse nella falsa illusione che determinate patologie sarebbero nel tempo rimaste confinate a popolazioni non in grado di poter usufruire (economicamente) dei nuovi farmaci.

Supporre che, nel mondo della globalizzazione, le malattie infettive si possano considerare come un problema limitato a determinate popolazioni o a specifiche aree geografiche (SARS insegna), è un errore pericoloso di valutazione.

Un'altra annotazione che emerge nell'analisi dei dati è legata all'allargamento della Comunità Europea verso est; a tal proposito è bene tener presente quanto previsto dal trattato di Schengen, in quanto la libera circolazione delle persone ci esporrà a rapporti costanti e stabili con popolazioni che hanno un tasso di prevalenza molto elevato[10].

Il problema è stato posto anche dalla comunità Europea, tanto da attivare un sistema di sorveglianza ("Euro Surveillance of Tubercolosis").

Ciò non vuol significare una critica al processo di integrazione, ma solo proporre un maggiore livello di attenzione e di sorveglianza tramite i dipartimenti di prevenzione, coordinati da una politica sanitaria attiva verso tale problema.

Per quanto riguarda la realtà carceraria, i dati statistici sono allarmanti, soprattutto per la tipologia dei detenuti, ma qualunque intervento non può essere fattibile senza prevedere una riduzione del sovraffollamento.

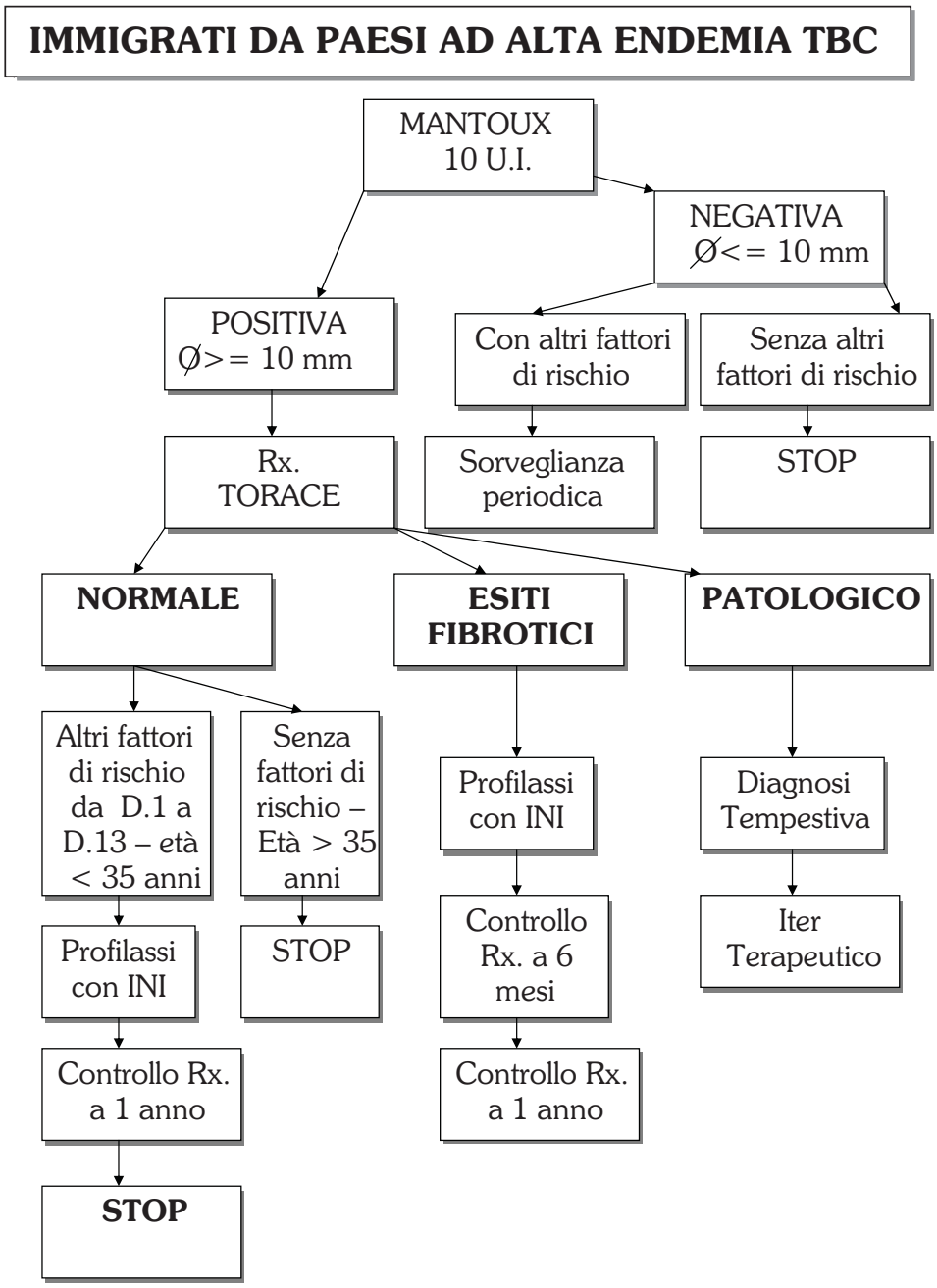
L'utilizzo di pene alternative, ove sia legalmente possibile, è una via da percorrere, per poter effettuare dei piani di controllo e degli interventi efficaci.

Il sistema sanitario carcerario sta vivendo proprio in questi anni un processo di cambiamento con un auspicabile miglioramento del livello di assistenza, tramite personale medico più preparato, soprattutto sotto il profilo psicologico, al difficile ruolo che deve svolgere.

Per i soggetti AIDS-HIV positivi le frequenti complicanze con patologie come la TBC o altre micobatteriosi (MOTT) vanno ad aggravare, insieme all'assunzione di altri farmaci, notoriamente epatotossici, la già complessa procedura terapeutica necessitante per la patologia di base, pertanto sia gli accertamenti diagnostici che le valutazioni delle scelte terapeutiche vanno effettuate con estrema attenzione da figure professionalmente in grado di predisporre piani di intervento validi.

---

[10] Polonia: 39,9; Romania : 105,9; Paesi Baltici:60-70; Slovenia: 42,5;Croazia: 48,5.


IMMIGRATI DA PAESI AD ALTA ENDEMIA TBC
MANTOUX 10 U.I.
NEGATIVA Ø<= 10 mm
POSITIVA Ø>= 10 mm
Con altri fattori di rischio
Senza altri fattori di rischio
Rx. TORACE
Sorveglianza periodica
STOP
NORMALE
ESITI FIBROTICI
PATOLOGICO
Altri fattori di rischio da D.1 a D.13 – età < 35 anni
Senza fattori di rischio – Età > 35 anni
Profilassi con INI
Diagnosi Tempestiva
Profilassi con INI
STOP
Controllo Rx. a 6 mesi
Iter Terapeutico
Controllo Rx. a 1 anno
Controllo Rx. a 1 anno
STOP

SORVEGLIANZA DELL'ESITO DEL TRATTAMENTO NELLA TB POLMONARE

Parte 1A - dati dei centro e dati anagrafici

REGIONE _____Asl_____

Centro_____

Cognome_____Nome_____

Data di nascita_____Comune di residenza_____
(oppure domicilio abituate)

Parte 1B - anamnesi tubercolare del paziente

Trattamento antitubercolare: (barrare una sola voce)

- ❑ primo trattamento
- ❑ già trattato → anno dei trattamento_____
- ❑ trasferito da altro centro_____
  (denominazione, indirizzo)

Data di inizio dei presente episodio terapeutico_____

Storia della malattia (barrare una sola voce)

- ❑ nuovo caso
- ❑ recidiva → ☐ i n paziente guarito
  ☐ trattamento completato
- ❑ altro (trattamento Interrotto, fallimento terapeutico)

Parte 1C - trattamento antitubercolare al momento della presa in carico dei paziente

Data di inizio della terapia (data di inizio della terapia presso il centro che compila la scheda)_____

Trattamento (Terapia programmata anche se viene riconfermata ma iniziata in altro centro)	Fase iniziale N° mesi	Continuazione N° mesi
Isoniazide		
Rifampicina		
Pirazinamide		
Etambutolo		

Parte 2 - Valutazione alla fine dei trattamento

Terapia: modificata ☐ No ☐ Si

Esito dei trattamento (barrare una sola **voce)**

- ❑ guarito
- ❑ trattamento completato
- ❑ deceduto

- ☐ fallimento terapeutico
- ☐ trasferito a:_____
- ☐ trattamento interrotto
  → ☐ per comparsa di effetti collaterali
  ☐ paziente non collaborante
  ☐ perso al follow up

Riferimenti Bibliografici

Caritas, *Dossier Statistico Immigrazione 2003*, Roma, Anterem.

K. Davis (1998). "The migration of human population in Scientific American" in C. Bonifazi, *L'immigrazione straniera in Italia*, Bologna, Il Mulino.

S. Geraci, M. Marceca (2002) "Il diritto all'assistenza sanitaria dei cittadini stranieri", in *Panorama della Sanità*, n. 18

P. Lemma e G. Costa (2000), "Immigrazione straniera: quale profilo di salute?" in *Immigrazione e Diritto alla Salute*, Atti del convegno, Genova, Erga Edizioni.

A. Lonni (1995), *I diritti di chi non ha diritti. Migrazioni di ieri e di oggi*, Edizioni dell'Orso

W. Nicoletti e coll. (1996), "Verifica della impostazione dottrinaria della medicina sociale", *Annali di Medicina Sociale*, Sassari.

Provincia di Bologna e Comune di Bologna (2002), "Immigrati, salute e sanità", in *Osservatorio delle Migrazioni*, n. 2, novembre.

Pugliese e Macioti (2003), *L'esperienza migratoria. Immigrati e rifugiati in Italia*, Bari, Laterza.

Consumi di sostanze voluttuarie tra gli immigrati extracomunitari

Rosanna Marchetti
Collaboratrice alla Cattedra di Medicina Sociale, Direttore prof. Walter Nicoletti, Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Università degli Studi "La Sapienza", Roma

" Ama e ricerca il piacere
in un sorso della sostanza,
appaga i tuoi sensi
gratificandoti con moderazione"

Introduzione

Da sempre si sa che la moderazione nel mangiare, nel bere, nel condurre una vita salubre, favorisce il mantenimento di uno stato di salute sano, sia nell'immediato, che nel prosieguo del tempo; per questo non si può negare che il comportamento dell'individuo circa l'abuso di alimenti o di sostanze, in particolare di quelle voluttuarie, è in gran parte responsabile delle proprie condizioni di malattia e di dipendenza.

Il consumo di un alimento, oltre a soddisfare le caratteristiche pratiche/funzionali di chi si ciba di un prodotto, fa riferimento anche a comportamenti, significati, simboli e valori culturali largamente condivisi all'interno del gruppo di appartenenza, o del contesto in cui è collocato il soggetto.

Nel nostro caso, ci riferiamo ad immigrati extracomunitari che, nel tempo, fanno propri comportamenti e scelte presenti nella cultura egemonica del territorio di adozione. In alcuni casi, le scelte del consumatore straniero, l'utilizzo di particolari prodotti o sostanze voluttuarie, e l'abuso di queste ultime, si collocano al di fuori dell'oggettività e del vero benessere, perché la smodatezza riflette in realtà il desiderio di appagare pulsioni e conflitti rimossi.

Parlando ad esempio dell'abuso alcolico, spesso tali scelte sono determinate dall'effetto ansiolitico e disinibente che l'alcool produce a livello organico; oppure se ci riferiamo al consumo dei prodotti del tabacco, esso soddisfa, oltre la componente orale presente nel tabagista, anche la gestualità legata al simbolismo della sigaretta; così pure la ritualità presente nel consumo eccessivo di caffè o tè, perché la loro degustazione è correlata a momenti d'intrattenimento e socializzazione.

Sono una serie di elementi culturali che trovano la loro legittimità nelle dina-

miche sociali, ed in parte determinano la scelta ed il consumo di quel particolare prodotto, o anche il loro abuso, quando si sviluppa purtroppo una dipendenza da tali sostanze.

Stiamo illustrando una fenomenologia correlata al bisogno di trasmettere un messaggio ben preciso, quello di appartenenza ad un particolare gruppo sociale, al desiderio di comunicare agli altri una particolare immagine di sé, sostenuta dalla competizione e dal desiderio di promozione sociale; purtroppo tutte queste premesse vengono meno, quando dal semplice consumo moderato di questi prodotti, che accompagnano da sempre la convivialità e facilitano i rapporti "faccia a faccia", subentra l'abuso e quello stile di vita che porta sempre più lontano dai pronostici di un tempo.

Il diffondersi di una società sempre più multietnica e la tendenza a consumare prodotti tipici di culture e società differenti tra loro, fa sì che l'immagine complessiva di una particolare sostanza, ad esempio l'alcool, acquisisca in un ambiente differente da quello originario del soggetto che beve, anche un significato differente, provocando reazioni complesse ed inattese, anche perché sconosciute.

Soprattutto in ambito alimentare ed in particolare per quanto riguarda le sostanze voluttuarie, è evidente che i valori culturali che l'immigrato fa propri dopo un processo di inculturazione ed acculturazione influenzeranno nel futuro le sue scelte, su ciò che è bene o preferibile consumare, le modalità d'assunzione ed i relativi rituali che accompagnano le degustazioni.

Portando un esempio, possiamo indicare il comportamento di una persona di fede islamica che, immigrata in Occidente, ha la possibilità di consumare bevande a base di alcool con estrema facilità rispetto al contesto originario, per diversi motivi, legati alla diffusa reperibilità di questi prodotti, al loro basso costo, ai valori positivi che la nostra cultura assegna al loro consumo moderato.

A questi comportamenti mediati dalla cultura autoctona, va aggiunto che l'immigrato può facilmente avvicinarsi a tali consumi, perché la sostanza alcolica sviluppa un'azione disinibente ed aiuta in parte a supportare le difficoltà sperimentate durante il lungo processo d'inserimento sociale. Inoltre, lo stress da transculturalità che inevitabilmente sperimenta chi proviene da altre culture, viene con il consumo di alcolici in parte attutito da effetti gradevoli, che nell'immediato queste bevande infondono. Esse procurano un estemporaneo calore, vengono "di fatto" meno i freni inibitori per il mancato controllo sociale esercitato dal gruppo originario, e si bevono alcolici in tutta tranquillità, mentre nel proprio paese è socialmente condannato.

Sembra che alcune volte copiare le abitudini presenti nella cultura occidentale non sia sempre consigliabile; infatti, la nostra società è sempre più esposta a patologie che potrebbero definirsi "del benessere", come una iperalimentazione spesso associata a troppi zuccheri e grassi animali, che favoriscono l'insorgenza di malattie come il diabete, l'obesità, iperlipoproteinemie, oppure condotte dell'eccesso che conducono a vere e proprie dipendenze come l'alcolismo, il tabagismo, il caffeismo, il la dipendenza da cioccolato.

La ricerca

Per sostanze voluttuarie ci si riferisce a sostanze che possono anche non essere indispensabili ai fini di un'alimentazione completa, anche se il loro consumo è spesso associato a situazioni socializzanti; la loro assunzione è per questo corredata da forme di ritualità, vissute spesso senza che la persona s'accorga di quanto di coordinato c'è nei suoi gesti e nelle sue scelte.

Nel nuovo contesto, si presentano al migrante due possibili strade percorribili, correlate alle possibilità che la persona ha, o può riuscire a realizzare: la prima riguarda un certo grado di inserimento sociale, con probabili prospettive di vita che con il tempo potranno diventare anche soddisfacenti; la seconda può riguardare il fenomeno purtroppo ricorrente di chi non riesce ad affrancarsi da un'esistenza all'insegna del degrado e dell'indigenza. Stiamo parlando di "chi non ce la fa" a superare gli ostacoli sociali che inevitabilmente in una fase di trasmigrazione s'incontrano, e quindi a concretare il progetto migratorio inizialmente elaborato e progettato.

In entrambi i casi, il consumo di sostanze voluttuarie (da escludere il tabacco perché non può avere un utilizzo alimentare, risultando solo dannoso per la salute) può dare quel beneficio iniziale che va anche ricercato. Se invece la sostanza viene assunta in quantità sempre maggiori e ravvicinate nel tempo, ciò può favorire l'instaurarsi della dipendenza.

Un fenomeno, questo, altamente debilitante per il manifestarsi del "*craving*", il desiderio improrogabile di assumere "la magica pozione"; in questi casi s'instaura con la sostanza un rapporto simbiotico, ed al contempo sensazioni di deprivazione oggettuale, che impediscono la libera scelta perché si è sviluppata la dipendenza. Questo significa che, nel tempo, l'introduzione sempre maggiore di tali prodotti annulla la validità della degustazione vera e propria (come ad esempio: un buon caffè, un gradevole bicchiere di vino a pasto, un tè nel pomeriggio con le amiche), che non ha nello specifico nessun effetto negativo sulla salute, anzi ne migliora lo stato psichico.

Ma quando il soggetto ha bisogno sempre più dell'effetto prodotto dalla sostanza, si presenta uno stato compulsivo che può degenerare in dipendenza; si sperimenta il *craving*, per cui la persona deve assumere la sostanza in quantità sempre maggiori e ravvicinate nell'arco delle 24 h.

Spesso l'immigrato pensa che bevendo alcolici, fumando molte sigarette, assumendo di molteplici caffè anche a tarda sera, e la ritualità del gesto che ne consegue, si possa colmare quel senso di vuoto esistenziale che spesso egli sperimenta, causato anche dal proprio status giuridico d'irregolare, o comunque dalla deprivazione affettiva che la lontananza impone a chi è lontano dalle proprie radici, dal suo mondo di sempre, che il tempo fa apparire sempre più lontano, a volte quasi irriconoscibile.

Alcune volte il consumo di sostanze voluttuarie è per questi immigrati da imputare anche al desiderio di acquisire comportamenti egemonici come il con-

sumismo e la trasgressione, intesa quest'ultima come libera scelta che il consumatore fa, attuando condotte di vita fino allora sconosciute, o condannate, là dove vige l'etica della frugalità e della sobrietà, con regole comportamentali condivise da tutti.

Materiali e metodi

Il tema qui esposto fa parte di una ricerca incentrata sull'alimentazione di soggetti extracomunitari irregolari, afferenti al Poliambulatorio della Caritas di Roma sito in via Marsala. Tra le problematiche affrontate - come il tipo di alimentazione, i consumi di alcolici, la ritualità che accompagna spesso il mangiare soprattutto durante le festività, l'alimentazione materno-infantile - risulta - molto interessante il consumo di sostanze voluttuarie affrontato in questo scritto.

La ricerca sopra citata, ha interessato un campione casuale semplice, la cui totalità si riferisce a 104 soggetti, di cui 66 femmine e 38 maschi; dall'originario totale, sono stati successivamente estrapolati 55 immigrati, di cui 32 femmine e 23 maschi, che sono stati inseriti nello studio della di questa particolare tematica qui affrontata, purtroppo molto diffusa tra la popolazione immigrata.

L'argomento specifico riguardante le sostanze voluttuarie, è stato inserito a seguito della campagna informativa indetta dal Ministero della Salute, sulla disassuefazione dal fumo, l'educazione per una corretta alimentazione e quindi la prevenzione. Tale rilevazione è stata aggiunta perché si è sentita l'esigenza, di esplorare tematiche purtroppo attuali come quelle delle dipendenze, poco studiate nel campo dell'immigrazione e spesso sottovalutate anche dagli stessi operatori del settore, probabilmente per paura d'incontrare delle reticenze tra le persone sottoposte ad intervista, in quanto tali abitudini non vengono nemmeno contemplate in contesti così distanti da quello occidentale, perché ritenute poco importanti, oppure perché proibite, soprattutto alle donne.

Ai pazienti è stato somministrato un questionario con risposte precostituite, con la possibilità di indicarne anche più d'una contemporaneamente; tali preferenze sono state inserite nel conteggio ed è stata quindi effettuata un'analisi statistica dei dati.

Indicatori socio-culturali

La totalità dei pazienti è di 55 soggetti, di cui 23 di sesso maschile e 32 di sesso femminile (vedi tab. 1).

Per quanto riguarda le classi di età, risultano essere: nei maschi risultano più

rappresentate le fasce giovanili (26-35 anni), e altrettanto si rileva per le femmine. Si tratta dell'età in cui più frequentemente si decide di emigrare.

I paesi più rappresentati dal campione sono quelli dell'Est europeo, con punte massime che riguardano la Romania; più distanziati sono i paesi amerindi, mentre meno numerosi sono gli immigrati provenienti da paesi asiatici e africani.

Tab. 1- Struttura del campione

Totale pazienti	**M v.a.**	**% M**	**F v.a.**	**% F**
55	23	41,81	32	58,18
Classi età	**M v.a.**	**% M**	**F v.a.**	**% F**
<25	7	30,43	9	28,12
26-35	13	56,52	11	34,37
36-45	2	8,95	6	18,75
46-oltre	2	8,95	6	18,75
Paese origine	**M v.a.**	**% M**	**F v.a.**	**% F**
Ecuador	3	13,04	6	18,75
Argentina	1	4,34	1	3,12
Perù	1	4,34	4	12,5
Brasile	2	8,95	-	-
Ucraina	-	-	4	12,5
Bulgaria	-	-	5	15,62
Romania	10	43,47	10	31,25
Etiopia	3	13,04	2	6,25
Rep.del Togo	2	8,95	-	-
Senegal	1	4,34	-	-
Religione	**M v.a.**	**% M**	**F v.a.**	**% F**
Cattolica	6	26,08	13	40,62
Greco.ortodossa	10	43,47	19	59,37
Protestante	3	13,04	-	-
Musulmana	2	8,95	-	-

Stato civile	**M v.a.**	**% M**	**F v.a.**	**% F**
Celibe/nubile	10	43,47	14	43,75
Coniugato/conviv.	12	52,17	11	34,37
Divorziato/a	1	4,34	6	18,75
Vedovo/a	-	-	1	3,12
Abitazione	**M v. a.**	**% M**	**F v.a.**	**% F**
SFD	6	26,8	2	6,25
Centro accogl.	4	17,39	1	3,12
Camera/p letto	11	47,82	16	50
Appartamento	2	8,69	2	6,25
Appart.lavoro	-	-	11	34,37
Istruzione	**M v.a.**	**% M**	**F v.a.**	**% F**
Elementare	1	4,34	1	3,12
Media	8	34,78	12	37,5
Diploma	11	47,82	15	46,87
Laurea	2	8,69	4	12,5
Attuale lavoro	**M v.a.**	**% M**	**F v.a.**	**% F**
Disoc/casalinga	10	43,47	13	40,62
Saltuario	6	26,8	2	6,25
Ristorazione	1	4,34	1	3,12
Colf/badanti	1	4,34	16	50
Operaio	5	21,73	-	-

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

La religione più praticata tra i partecipanti alla ricerca è la greco-ortodos-

sa, perché la maggioranza proviene dalla Romania, anche se tra le donne molte risultano di fede cattolica, in quanto originarie del Sud America.

L'indicatore istruzione mostra per entrambi i sessi una prevalenza di persone diplomate, seguite dai soggetti che hanno conseguito la licenza media inferiore, e infine dai laureati. Questi risultati indirizzano ad una più profonda analisi delle motivazioni alla base della decisione migratoria da parte di persone tra le più istruite nei paesi di provenienza (tra l'altro, questo fenomeno porta all'ulteriore impoverimento del paese di origine, che nonostante le scarse risorse, ha tuttavia investito nell'istruzione dei lavoratori emigrati).

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

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

Per quanto riguarda l'indicatore "condizione abitativa", si evince che:

- la sistemazione camera/posto letto in ambo i sessi è la più rappresentata;
- la residenza sul posto di lavoro riguarda sole le donne (il 34,37% del totale);
- tra gli uomini circa il 26,80% è senza fissa dimora; dato questo da non sottovalutare, in quanto indicatore di "deriva sociale", di una situazione di estrema miseria.

Stato di salute

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

In tal senso, risulta efficace assicurare a tutti coloro che ne hanno bisogno ed in modo visibile un'adeguata assistenza sanitaria pubblica, la comprensibilità linguistica ed una corretta applicazione delle norme d'accesso; tale chiarezza si rende necessaria anche per le richieste specifiche di questi nuovi gruppi di popolazione, tenendo in considerazione la loro particolarità culturale, conformemente a quanto previsto dalla normativa in vigore sull'immigrazione.

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

A questo riguardo, risposte parziali ed insufficienti risulteranno inutili, se non addirittura controproducenti.

Queste specificazioni si dimostrano proficue quando si legifera in tema di salute degli immigrati; perché, se l'assistenza è resa accessibile a tutti, ci saranno in seguito dei buoni risultati sullo stato di salute della popolazione residente, sia autoctona sia immigrata.

E' già stata evidenziata la diversità del concetto di malattia, soprattutto se si tratta di stato mentale; la stessa definizione di "disturbo psichico" è opinabile, perché non sempre si presta a definizioni corrispondenti a criteri culturali universalmente riconosciuti. Tali concetti sono spesso distintivi di alcuni gruppi etnici, che si differenziano anche al loro interno in base a particolarità socioculturali.

Sovente gli extracomunitari presenti in Occidente non vengono da zone rurali, ma dalle città del proprio paese, dove possono contrarre malattie cosiddette "della società dei consumi", presenti anche da noi. Molti di loro hanno effettuato una prima migrazione dalla campagna alla città ed una seconda dal proprio paese o altre nazioni limitrofe nel nostro.

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

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

Nei primi tempi del soggiorno italiano, in molti permangono le buone condizioni di salute; poi, nel prosieguo della permanenza, in chi sperimenta precarietà abitative possono insorgere patologie da raffreddamento, che risultano tra le più ricorrenti, tra le donne anche quelle tiroidee.

Tab. 2 - Attuali condizioni di salute del campione

Patologie	M v.a.	% M	F v.a.	% F	Patologie	M v.a.	% M	F v.a.	% F
Nessuna patol.	14	60,86	14	43,75	Ipertensione	-	-	1	3,12
Tiroide	-	-	5	15,62	Alcolismo	-	-	1	3,12
Gravidanza	-	-	3	9,37	Renali	3	13,04	-	-
Ginecologiche	-	-	2	6,25	Anemia	1	4,34	-	-
Gastro-enteric.	-	-	3	9,37	Dentarie	1	4,34	-	-
Respiratorie	4	17,39	3	9,37					

Abitudini al consumo di bevande di tipo nervino: caffè, tè, cioccolato

Il caffè, alimento utilizzato come bevanda, fa parte di quegli alimenti cosiddetti nervini, cioè quei prodotti vegetali che contengono modeste quantità di sostanze ad azione farmacologica, tonica ed eccitante; stiamo parlando della caffeina, un alcaloide che produce una lieve stimolazione del sistema nervoso centrale, facilitando al contempo il lavoro, sia fisico, sia mentale.

Ma il consumo eccessivo di caffè produce assuefazione, anche se la soglia individuale di stimolazione varia in larga misura da persona a persona, e non è quindi possibile indicare un comportamento generale al quale attenersi. E' comunque consigliabile distanziare le assunzioni nell'arco delle 24 ore, per evitare l'accumulo degli effetti tossici nell'organismo, procurati dalla caffeina.

L'assunzione di caffè a digiuno o dopo i pasti favorisce la produzione di succhi gastrici ed acido cloridrico; sono quindi sconsigliabili tali consumi a chi ha problemi digestivi e/o di colon irritato, così pure alle persone particolarmente emotive; in questi casi si consiglia il decaffeinato.

In Italia il caffè, soprattutto ristretto, è tra le bevande più consumate in assoluto: lo si gusta già dal mattino per la colazione, magari accompagnato dal latte, così pure in alcuni spazi della giornata, sia lavorativa che di relax; c'è anche chi sostituisce il caffè con il tè, altra bevanda eccitante, oppure con il cioccolato, tutte sostanze nervine perché contenenti un alcaloide, la teobromina.

Il consumo di queste bevande assolve, oltre allo specifico compito di nutrire, anche l'attuazione di comportamenti ritualizzati, ripetuti più volte nel corso della giornata: un modo tipicamente occidentale di intervallare le varie attività; modi e comportamenti che gli immigrati fanno propri nel processo di integrazione, spesso senza accorgersi, e che divengono di fatto una semplice abitudine.

La ritualità ed il significato simbolico assegnato a queste bevande favoriscono gli incontri, i rapporti faccia a faccia, che quotidianamente si vivono; il bere in compagnia il caffè, il tè, oppure una calda tazza di cacao, che producono tra l'altro, effetti benefici come la tonicità ed una maggiore attenzione, svolgono anche un'azione sociale, facilitando il rinnovamento dei legami sia amicali che sociali e restituendo la possibilità di dialogo nei momenti di incomprensione, crisi, incomunicabilità.

La ritualità presente durante il consumo di alimenti, bevande, pozioni, ha radici antichissime ed è universalmente condivisa da tutte le culture ed in tutti i periodi, sia storici che preistorici; ciò evidenzia che anche in società come la nostra, sempre più secolarizzata, il rito è comunque costantemente presente al momento di tali consumi, molto di più di quanto si pensi. La nostra specie, in quanto produttrice di cultura, in realtà non potrebbe vivere, né riprodursi senza i suoi simboli e rituali collegati all'azione.

Il consumo di alimenti a base di sostanze nervine, che in qualche modo modificano lo stato emozionale del soggetto, è largamente diffuso anche tra la

popolazione extracomunitaria, anche se il loro consumo risulta estremamente variegato, sia nelle scelte della bevanda, sia nelle modalità di degustazione.

Si nota che il consumo di caffè non è molto diffuso tra gli intervistati, con solo 6 adesioni per i maschi e 7 per le femmine, per un solo caffè al giorno; alcuni possono arrivare a 2 o tre caffè al giorno, ma sono dati poco significativi (vedi tab. 3).

Molti di loro preferiscono il tè (7 maschi e 8 femmine), oppure solo latte, soprattutto per la prima colazione (7 maschi ed altrettante femmine).

Con la permanenza in Italia e l'adozione di comportamenti e preferenze tipiche di noi italiani, anche i gusti in fatto di alimentazione facilmente subiscono dei cambiamenti, che con il tempo divengono delle vere e proprie abitudini.

Questo emerge anche dal quesito che riguarda per l'appunto i motivi per cui si consuma caffè: molti degli intervistati lo associano al rito ed altrettanto alla sua azione eccitante, che mantiene su il tono e l'umore durante la giornata.

Tab. 3 - Consumi di alimenti nervini

1. Quanti caffè consumi normalmente al giorno?				
	M v.a.	**% M**	**F v.a.**	**% F**
Mai	5	21,73	3	9,37
Saltuario	2	8,69	6	18,75
1 die	6	26,08	7	21,87
2 die	4	17,39	9	28,12
3 die	4	17,39	5	15,62
Oltre	2	8,69	2	6,25
2. Quali modalità nel consumo del caffè?				
	M v.a.	**% M**	**F v.a.**	**% F**
Non bevo caffè	5	21,73	3	9,37
Solo con latte	7	30,43	7	21,87
Solo a colazione	6	26,08	1	3,12
Anche nel pomeriggio	3	13,04	-	-
Anche la sera prima di dormire	1	4,34	4	12,5
Possibili sostituzioni				
Thè	7	30,43	8	25
Orzo	2	8,69	6	18,75
Solo latte	6	26,08	7	21,87
Cioccolato	2	8,69	1	3,12
3. Perché si consuma caffè?				
	M v.a.	**% M**	**F v.a.**	**% F**
Non bevo caffè	5	21,73	3	9,37
E' gradevole	3	13,04	4	12,5
E' eccitante	6	26,08	8	25
E' un rito	6	26,08	8	25
E' un alimento	3	13,04	9	28,12

Consumi e abitudini tabagici

Il tabacco è una pianta originaria dell'America meridionale, importata in Europa dai conquistadores spagnoli dopo la scoperta delle Americhe; la sua coltivazione ed il consumo dei prodotti del tabacco, si sono diffusi rapidamente in tutto il Vecchio continente. In principio è stato usato come medicamento.

La nicotina è un alcaloide contenuto nelle foglie del tabacco, dotato di un'azione molto complessa sul sistema nervoso centrale. Se il consumo aumenta notevolmente, gli effetti della nicotina saranno negativi, perché ha proprietà vaso-costrittrici; gli effetti variano da persona a persona, a seconda della quantità di sostanza inalata e del grado di assuefazione raggiunto.

Nel fumo di sigaretta, esistono più di 4.000 sostanze, di cui almeno 40 sicuramente nocive alla salute. Quando si fuma tabacco, alcuni dei suoi componenti restano inalterati, legati specificamente al processo di combustione; stiamo parlando di sostanze allo stato gassoso, come CO espirato (monossido di carbonio) e di sostanze in sospensione come l'articolato sottile (parte corpuscolare), estremamente irritante quando è inalata. Il CO presente nel fumo di sigaretta, è superiore a quello procurato dallo smog e dall'inquinamento ambientale; inoltre il catrame ed in particolare gli idrocarburi policiclici aromatici, presenti nel tabacco delle sigarette, hanno gravi effetti cancerogeni.

Il tabagismo è inserito nel DSM IV tra le patologie mentali da abuso di sostanze. Secondo l'OMS è la dipendenza più diffusa in assoluto a livello mondiale, ed un elevato consumo produce oltre che la dipendenza da nicotina, anche quella psicologica riconducibile alla gestualità. I maggiori rischi sono correlati con disturbi a lungo termine anche mortali, come l'insorgenza di tumore polmonare e disturbi cardiocircolatori.

Un'attenta osservazione del gesto presente nel tabagista indica che questi ha bisogni orali soddisfatti dalla gestualità della sigaretta fumata. I gesti presenti nell'azione del fumare, rievocano nell'adulto l'infantile gratificazione del succhiare; il calore procurato dalla prima boccata di sigaretta potrebbe rappresentare l'atto della poppata del lattante; la bocca, la lingua, e le labbra sono zone erogene, non soltanto nell'atto sessuale vero e proprio, ma fin dall'infanzia, nell'atto dell'alimentarsi ed anche nella liberazione e dall'angoscia, presente in tutte le età della vita.

La stretta relazione tra il fumare e l'erotismo orale è presente nei forti fumatori, che con frequente intensità ricorrono all'ausilio della sigaretta, soprattutto nei momenti di angoscia e frustrazione, considerando il fumare una specie di gratificazione consolatoria.

La compartecipazione di esperienze di tipo orale (come il mangiare, il bere, il fumare) si traduce nello stabilire poi la coesione tra i compartecipanti al convivio, rafforzando anche i rapporti interpersonali. L'offerta di una sigaretta sanziona l'amicizia ed il fatto che s'intenda rafforzarla: "il calumet della pace" rappresenta l'archetipo più chiaro del valore simbolico soggiacente a questa offerta.

L'atto del fumare ha in sé anche elementi ritualistici che scandiscono il ritmo e gli atti della giornata (come il consumo del caffè): l'abitudine al fumo è coordinata secondo uno schema soggettivo (ogni fumatore ne elabora uno proprio), in tal modo la sigaretta scandisce il tempo ed i ritmi della giornata, il principio e la conclusione di azioni o fasi lavorative.

Ad un certo punto della sua storia, il fumatore trae dalla sua condizione più sofferenza che appagamento, perché si rende conto di non poter gestire la sostanza a proprio piacimento; può sentirsi umiliato, vivere la sua abitudine con senso di colpa, poiché non gli è chiaro che si tratta in realtà di una vera malattia.

Le indicazioni offerte dagli intervistati campione sulle abitudini tabagiche dimostrano che la maggior parte di loro attualmente non fuma, ma ciò non deve trarre in inganno: molti di loro sono disoccupati e quindi privi di quella liquidità che occorre per supportare la dipendenza tabagica. Comunque, nei maschi, la metà del campione fuma, anche se con differenti modalità (vedi tab. 4).

Chi inizia a fumare - spesso per rapportarsi al gruppo dei pari, o per imitazione di un comportamento ritenuto adulto - ha un'alta possibilità di diventare un fumatore attivo: è stato rilevato che ben l'80-90% di chi inizia a fumare, ha poi sviluppato la dipendenza. Le indicazioni espresse dagli intervistati rivelano, per i maschi, che l'iniziazione al fumo dei prodotti del tabacco è avvenuta in un momento stressante della propria vita, mentre per le femmine si fa riferimento al gruppo dei pari.

Attualmente, nel mondo occidentale vi è una forte attenzione per i problemi correlati al tabagismo: vi sono numerose disposizioni a livello internazionale e qui in Italia sono diversi anni che si è attivata una massiccia campagna di sensibilizzazione per i problemi correlati al tabacco. Sono stati istituiti, soprattutto a livello ospedaliero, numerosi centri per la terapia per il tabagismo. Il campione esaminato in merito ad eventuali tentativi di smettere di fumare, risponde, per quelli che fumano, di aver smesso solo per brevi periodi o di non voler smettere, oppure che preferisce il fumo all'alcool, con risposte più frequenti nei maschi; sempre nei maschi vi è anche una maggiore propensione a diventare un non fumatore.

Ma il consumo dei prodotti del tabacco non solo procura dipendenza al fumatore, ma anche fumo passivo per i non fumatori che sostano nella stessa area, soprattutto al chiuso. Non v'è dubbio che questo crea gravi danni alla salute; è quindi necessaria un'azione preventiva ed informativa, a tutela soprattutto di chi, come i bambini, è impossibilitato a difendersi dal fumo passivo, a cui si viene sottoposti soprattutto in casa, quando gli adulti, spesso i genitori, fumano indifferentemente anche nelle stanze da letto. Comunque, nel nostro campione il 7% dei maschi e il 10% delle femmine riferisce di aereare la stanza, mentre il 6% dei maschi ed il 4% delle femmine fuma anche in locali chiusi ed in presenza di minori.

Si rileva anche che una buona parte degli intervistati, di ambo i sessi, sottovaluta le norme che dovrebbero regolare il consumo dei prodotti del tabacco; c'è

Tab. 4 - Abitudini tabagiche

1. Quante sigarette die fumi attualmente?

	M v.a.	% M	F v.a.	% F
Non fumo	11	47,82	26	81,25
Saltuario	1	4,34	-	-
5 die	2	8,69	3	9,37
10 die	3	13,04	3	9,37
15 die	4	17,39	-	-
20 die	2	8,69	-	-
Oitre	-	-	-	-

2. In quale occasione hai cominciato a fumare?

	M v.a.	**% M**	**F v.a.**	**% F**
Attualmente non fumo	11	47,82	24	75
Periodo scolastico	3	13,04	-	-
Gruppo dei pari	3	13,04	5	15,62
In famiglia parentela	3	13,04	2	6,25
Momento stressante	6	26,08	1	3,12

3. Hai fatto dei tentativi per smettere di fumare?

	M v.a.	**% M**	**F v.a.**	**% F**
Non fumo	11	47,82	24	75
Preferisco fumare al bere	2	8,69	1	3,12
Non voglio smettere	4	17,39	3	9,37
Sì da solo/a	6	26,08	4	12,5
Sì solo per periodi brevi	4	17,39	2	6,25

4. Nella tua famiglia si usa fumare in luoghi chiusi ed in presenza di bambini?

	M v.a.	**% M**	**F v.a.**	**% F**
No	9	39,13	15	46,87
Sì	6	26,08	4	12,5
Si area la stanza	7	30,43	10	31,25
Non sanno le cause fumo passivo	1	4,34	-	-

5. Tu conosci le conseguenze derivate dal fumo passivo?

	M v.a.	**% M**	**F v.**	**% F**
Non procura nessun problema	3	13,04	6	18,75
Ci sono cose più inquinanti	-	-	3	9,37
Fa male in partic.anziani/bambini	7	30,43	6	18,75
Procura problemi respiratori a tutti	13	56,52	21	65,62

6. Nella tua famiglia ci sono fumatori?

	M v.a.	**% M**	**F v.**	**% F**
No	10	43,47	12	37,5
Sì Padre	3	13,04	10	31,25
Sì Madre	4	17,39	3	9,37
Sì partner	5	21,73	9	28,12
Sì fratelli/sorelle	5	21,73	4	12,5
Sì figli	-	-	2	6,25

7. Tra i tuoi familiari che fumano c'è chi ha tentato di smettere?

	M v.a.	**% M**	**F v.**	**% F**
Nessuno fuma	10	43,47	12	37,5
Non lo ritengo necessario	5	21,73	14	43,75
Sì ma sono ricaduti	7	30,43	6	18,75
Sì hanno smesso	1	4,34	1	3,12

chi dichiara addirittura (fortunatamente una bassa percentuale) di non conoscere le cause che determinano il fumo passivo (3 maschi e 6 femmine) e chi per assurdo ritiene che vi siano sostanze più inquinanti (3 femmine). Il resto del campione è consapevole dei danni causati dal fumo passivo.

Sicuramente un'alta percentuale di fumatori ha a sua volta uno o entrambi i genitori fumatori; ciò avviene perché viene preso ad esempio il modello comportamentale del genitore (la prima figura di riferimento del bambino), da imitare soprattutto perché ritenuto un atteggiamento da grandi.

Nel campione, a vario titolo, vi è infatti chi riferisce che nella propria famiglia, sia di origine, sia di procreazione, vi sono dei familiari che fumano, con punte elevate nei padri (31,25%) e nei partner (28,12%) delle femmine.

Sempre per quanto riguarda i familiari, ed il loro possibile desiderio di smettere di fumare, risulta dai dati emersi che un maggior numero di familiari delle femmine non ritiene necessario smettere di fumare, con punte del 43,75%, mentre nei familiari dei maschi la percentuale scende al 21,73%. Sempre per quel che riguarda le femmine, il 18,75% è ricaduto, mentre dei maschi ben il 30,43% ha vissuto l'episodio della ricaduta.

Ed infine, un cenno di estrema importanza sull'insidioso rapporto tra consumo dei prodotti del tabacco, e riproduzione umana. Secondo F. Carollo: "Stabilito con certezza che il consumo di sigarette ha un effetto nocivo e che esiste una relazione tra il numero di sigarette fumate al giorno ed il rischio di morte prenatale o di ridotto peso fetale alla nascita, si è anche rilevato che il rischio di cancro negli adulti può essere aumentato dall'avvenuta esposizione transplacentare durante la vita fetale e dall'esposizione passiva al fumo durante l'infanzia".

Condotte alcolemiche

L'alcool, altra sostanza psicotropa, agisce sul sistema nervoso centrale; può avere effetti ansiolitici ed anche psicotonici. E' una sostanza classificata dall'OMS tra quelle che procurano dipendenza; l'alcolismo è una patologia progressiva, irreversibile, mortale.

Le bevande alcoliche, classificate come alimenti, se consumate in dosi massicce e ravvicinate nell'arco delle 24h possono procurare assuefazione.

L'effetto che produce il consumo di alcolici si presenta variegato e del tutto soggettivo, anche se generalmente nell'immediato è disinibente, dà un senso di benessere, allevia l'ansietà, non fa sentire freddo ed attutisce i morsi della fame; ma un eccessivo consumo di prodotti alcolici, quando le dosi superano la soglia consigliabile, procura depressione, ebbrezza, scarso senso di compostezza.

Il bere, soprattutto in gruppo, è vissuto come momento di socializzazione; è un rituale che si condivide con i propri pari, soprattutto tra i giovani, oppure per gli alcolisti con gli amici di bevute.

Comunque, la definizione di "dose moderata" è difficile la definire.

L'OMS ha dato dei parametri specifici sul consumo di bevande alcoliche evidenziando:

1. L'abitudine al bere, che si identifica con il desiderio di assumere la bevanda, avvertendo un senso di benessere, con la scarsa tendenza all'aumento delle dosi moderate, l'assenza di dipendenza fisica, il mantenimento di uno stato di salute buono;
2. La tossicomania, quando l'intossicazione alcolica è ormai cronica per il soggetto che beve, con un'alterazione del proprio comportamento relazionale, influenzando in questo anche la sua famiglia e la comunità di appartenenza.

Tra le peculiarità presenti in chi ha sviluppato una dipendenza verso gli alcolici, si denota il craving, il desiderio irrefrenabile di assumere la sostanza, più il bisogno di aumentare sempre più le dosi nell'arco della giornata, la dipendenza psicofisica verso "la bottiglia", la cui mancata assunzione provoca sintomi di astinenza.

L'alcolismo è dunque una patologia ad eziologia multifattoriale, comprendente diverse componenti: genetiche, psicologiche, ambientali, sociali, culturali; lo stile di vita è modificato dalle difficoltà d'intrattenere relazioni sociali ed amicali, coinvolgendo in tutto questo anche i propri familiari. L'alcolismo è infatti considerato a tutti gli effetti "una malattia della famiglia".

Nella società occidentale il consumo di bevande alcoliche è pressoché libero, i prodotti sono facilmente reperibili e a basso costo, tanto da facilitare un approvvigionamento illimitato anche a persone che in realtà poco sanno sugli effetti deleteri che il forte consumo può procurare.

Il campione a cui sono stati proposti i quesiti riguardanti il consumo di alcolici, ha così risposto alla domanda sul proprio consumo prima di emigrare: la maggior parte di ambo i sessi riferisce che non beveva; circa il 20% dell'intero campione afferma che beveva solo saltuariamente; si evidenziano due maschi che facevano abuso di alcool (vedi tab. 5).

I consumi qui in Italia subiscono delle variazioni, nel senso che molti affermano di aver aumentato le dosi iniziali: chi beveva saltuariamente, adesso beve regolarmente tutti i giorni, anche se si mantiene nei limiti definiti sotto soglia; in questo indice, le femmine raggiungono il 56,25%, diminuendo le astinenti, mentre nei maschi raggiungono il 26,08%, anch'essi con una diminuzione degli astinenti rispetto alla domanda precedente.

Purtroppo il problema dell'alcolismo è nella popolazione extracomunitaria associato in alcuni casi alla condizione di senza fissa dimora ed alle malattie da raffreddamento. Molti si ubriacano, soprattutto nei fine settimana, quando si ha più libertà di movimento, lontano da vincoli lavorativi o dal controllo esercitato dal gruppo originario, in una condizione esistenziale che spesso rispecchia l'indecenza, quando c'è chi dice che bere fa bene, tiene caldo, non ti fa sentire i morsi della fame.

Sono situazioni che possiamo sicuramente definire di "deriva sociale",

Tab. 5 - Condotte alcolemiche

1. Prima di emigrare qual era il consumo di alcolici?				
	M v.a.	**% M**	**F v.a.**	**% F**
Non bevo	12	52,17	22	68,75
Saltuario	5	21,73	6	18,75
Sotto soglia	4	17,39	4	12,5
Sopra soglia	2	8,69	-	-
2. Qual è l'attuale consumo di alcolici?				
	M v.a.	**% M**	**F v.a.**	**% F**
Non bevo	8	34,78	11	34,37
Saltuario	7	30,43	2	6,25
Sotto soglia	6	26,08	18	56,25
Sopra soglia	2	8,69	1	3,12
3. Quali sono i consumi alcolici tra i tuoi connazionali che abitualmente frequenti?				
	M v.a.	**% M**	**F v.a.**	**% F**
Non si beve motivi religiosi	3	13,04	-	-
Si beve con moderazione	6	26,08	9	28,12
Qui in Italia si beve di più	12	52,17	15	46,87
Molti si ubriacano	2	8,69	5	15,62
E' permesso solo agli uomini	-	-	3	9,37
4. Cosa pensi di chi abusa di bevande alcoliche?				
	M v.a.	**% M**	**F v.a.**	**% F**
Sono persone in difficoltà	10	43,47	14	43,75
Sono persone devianti	1	4,34	7	21,87
Non conosco alcolisti	5	21,73	4	12,5
Bisogna aiutare l'alcolista	7	30,43	7	21,87

momenti di sconforto in cui c'è anche chi si lascia andare, rinunciando persino a lottare per vivere, perché si sente sconfitto.

In risposta al quesito che riguarda i consumi alcolici tra i connazionali qui in Italia, circa la metà di ambo i sessi riferisce che nel nostro Paese si beve di più; le risposte delle femmine evidenziano anche che molti si ubriacano. Quasi nessuna rilevanza acquisisce la tematica religiosa e quella che riguarda il permesso riservato agli uomini, ad evidenziare che qui in Occidente, le regole comunitarie condivise con il proprio gruppo vengono sempre meno rispettate man mano che il tempo passa, perché si acquisiscono nel contempo nuovi stili di vita e quindi anche nuovi valori. L'indicazione che discrimina la donna, non è da confondersi con forme di prevenzione a salvaguardia della salute.

Comunque buona parte del campione comprende lo stato di disagio esistenziale che vive chi ha sviluppato una dipendenza, infatti oltre il 43% dell'intero campione afferma che sono persone in difficoltà; il 30,43% dei maschi ed il 21,87% delle femmine ritiene che bisogna aiutare l'alcolista, sapendo che si sta parlando di persone che sono malate; un'esigua minoranza, invece, classifica chi abusa di alcool come deviante.

Discussione

Questo studio sui comportamenti assunti dagli immigrati del campione sui possibili consumi di sostanze voluttuarie, ci ha portato ad analizzare le scelte fatte in termini di consumi, gratificazioni, compensazioni.

Le preferenze date potrebbero riflettere a grandi linee i gusti di un più vasto universo sociale; i dati qui esaminati vanno considerati come preliminari e potranno essere confrontati, in fase di verifica, con ricerche più approfondite.

Tendenzialmente esiste un nesso tra emarginazione e problematiche legate all'abuso di sostanze nervine, fatte salve le differenze individuali e di costume.

Nelle grandi città come Roma, si riscontrano difficoltà per chi è in una condizione di precarietà come l'immigrato irregolare, ed un certo grado di correlazione tra le tematiche presenti nelle dipendenze e la difficoltà di accesso ai servizi, nonostante la normativa vigente relativa allo STP (Straniero Temporaneamente Presente), dia la possibilità a tutti i presenti sul territorio nazionale di accedere al SSN, soprattutto qualora sia richiesto un intervento immediato.

Per quei soggetti che invece hanno sviluppato una dipendenza verso sostanze, è necessaria un'assistenza di lungo termine, fatta non solo di assistenza medica, ma anche psicologica e di sostegno per arrivare alla condizione di astinente.

Per i soggetti immigrati, da questo punto di vista non vi sono molte possibilità di recupero, sia per la mancata informazione, sia per problemi linguistici e di cultura; per questo molti di loro vivono con il tempo storie di emarginazione ed esclusione sociale.

La connotazione mascolina del bere e del fumare si esplicita nell'equazione "fumo/alcool = virilità", le cui radici culturali riflettono chiaramente la permissività concessa agli uomini, e le implicazioni di tipo moralistico di segno negativo imposto alle donne; tutto questo non le esclude purtroppo dalla mancanza di prevenzione, né dal fumo passivo a cui possono essere sottoposte, e quindi dalla possibilità di sviluppare patologie respiratorie, né, ancora, dalla disfunzionalità presente nella famiglia dove è presente la dipendenza alcolica.

Sono doppiamente vittime di culture che non valorizzano l'operato femminile all'interno della società: se esse sono escluse da comportamenti ritenuti culturalmente di promozione sociale e di potere perché riservati solo agli uomini, non sono escluse dalla possibilità di subire passivamente le conseguenze di una convivenza con chi ha sviluppato una dipendenza da alcool o da tabacco, né dalla disattenzione per un programma di prevenzione e di promozione della salute da parte dei servizi socio-sanitari della società che le ospita.

Risultati

L'analisi dei dati ha evidenziato i seguenti risultati:

1. il consumo di sostanze classificate come nervine indica nel tè la bevanda più gustata, in sostituzione anche del caffè;
2. il consumo dei prodotti del tabacco è poco presente nella totalità del campione, anche se tali indicazioni possono essere riconducibili alla precarietà economica presentata dagli interessati, che probabilmente in una situazione più avvantaggiata economicamente, porterebbe a dati differenti;
3. le tematiche riguardanti i consumi alcolici indicano che il campione in oggetto è poco incline all'abuso; molti dei consumi si attestano all'indicazione di sotto soglia; purtroppo sono presenti anche casi di abuso e di ubriacature soprattutto nei fine settimana;
4. si ritiene comunque necessaria una campagna informativa sui pericoli presenti nell'abuso di sostanze voluttuarie, in special modo per i prodotti alcolici, da predisporre nei centri di aggregazione di soggetti immigrati, per esempio nei centri di prima accoglienza, o nelle strutture sanitarie e di ristorazione.

Riferimenti bibliografici

AA.VV. (2002), "Tabagismo: Clinica e prevenzione", *Sicurezza Sociale*, n. 8, Firenze, ed. Regione Toscana.

Arnao G. (1983), *La droga perfetta*, Milano, Feltrinelli.

Bateson G. (1976), *Verso un'ecologia della mente*, Milano, Adelphi.

Bastide R. (1981), *Sociologia delle malattie mentali*, Firenze, La Nuova Italia.

Brown S. (1997), *Alcolismo, terapia multidimensionale e recupero*, Trento, Erickson.

Cancrini L. (1997), *Date parole al dolore*, Milano, Euroclub Italia.

Carollo F. (1994), *Fumo di tabacco e riproduzione umana*, Roma, CIC Edizioni Internazionali.

Coretti A. et al. (1985), *Alcolismo, fenomeno e cura, Roma*, Città Nuova.

Costantini A. (2000), *Psicoterapia di gruppo e tempo limitato*, Milano, Mc Graw - Hill.

Dettore D. (2003), *Il disturbo ossessivo-compulsivo*, Milano, Arti Grafiche.

Ferrarotti F. (2000), *Il filo spezzato: disagio,esclusione sociale e povertà nel Lazio*, Roma, Cripes.

Giorgetti R. (2001), *Legislazione e organizzazione del Servizio Sanitario*, Rieti, Maggioli Editore.

Giberti F. e Rossi R. (1996), *Manuale di psichiatria*, Padova, Piccini e Vallardi.

Grassi M.C., Enea D., Marchetti R., Nencini P. (2003) "Effectiveness of a 'six-week group program' for smoking cessation: a one year follow-up study", XIII Congresso Nazionale, Urbino, SITOX.

Grinberg C., Grimberg R. (1990), *Psichiatria e cultura*, Milano, Franco Angeli.

Klosko J., Sanderson W. (2000), *Trattamento cognitivo-comportamentale della depressione*, Milano, McGraw Hill.

Lesourne O. (1986), *Il grande fumatore e la sua passione*, Roma, Raffaello Cortina Editore.

Mangiaracina G. (2003), *Curare il fumo*, Roma, EDUP.

Mangiaracina G. (1992), *Uscire dal fumo*, Firenze, Edizioni ADV.

Marchetti R. (2002), *Storie di migranti tra integrazione ed emarginazione*, Atti SIMM, Palermo, 2002.

Mellina S. (1992), *Psicopatologia dei migranti ed altri saggi*, Ed. Lombardo.

Nathan T. (1990), *La follia degli altri elementi di etnopsichiatria*, Firenze, Ponte alle Grazie Fi.

Nardini S., Donner C.F. (a cura di), (2000), *L'epidemia di fumo in Italia*, Pisa, EDI AIPO Scientifica.

Prochaska J. O., Di Clemente C.C. (1982) "Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change", *Psychoterapy: Theory, Research and Pratice*, 19 (3).

Rival N. (1981), *Il tabacco specchio del tempo*, Milano, SugarCo Edizioni.

Sanità: il doppio svantaggio

Paolo Ascani

Dottorando presso la Cattedra di Medicina Sociale, Direttore Prof. Walter Nicoletti
Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Università degli Studi "La Sapienza", Roma

Generalmente, le discipline economiche, applicate in qualsiasi settore, dal pubblico al "*no profit*", si scontrano con l'esiguità delle risorse per soddisfare i bisogni degli uomini. Così le organizzazioni d'impresa si trovano a dover gestire e decidere per il miglior uso delle poche risorse disponibili. Tale concetto è applicabile sia alla sanità così come alla produzione di macchine o biscotti di cioccolata. In ogni modo, quello che differenzia la sanità dagli altri settori, è che la gestione economica e la sua attuazione è molto particolare e spesso si ha che fare con bisogni di servizi urgenti; per esempio, l'accesso al servizio sanitario deve essere considerato un diritto, indipendentemente dalla capacità di chi ne usufruisce di pagare o meno.

Svilupperemo, quindi, alcune riflessioni su due tematiche: la prima relativa agli aspetti socioeconomico-sanitari dell'immigrazione; la seconda al brevetto farmaceutico e al diritto alla salute.

Aspetti socio-economico-sanitari dell'immigrazione

E' un dato di fatto che la società globale si trovi oggi di fronte a nuove sfide. Una di queste è costituita dai flussi migratori. Coloro che non vedono di buon occhio la "movimentazione" di uomini fondano la loro preoccupazione sui possibili effetti avversi sul sistema economico: mercato dei lavoro, finanza pubblica, condizioni sociali.

I fautori, invece, fanno notare il ruolo positivo dell'immigrazione sul "sistema paese", che si esprime in termini di carenza di forza lavoro non specializzata, stagionale e non, e per i problemi legati all'invecchiamento della popolazione nativa, oltre ad un alleviamento della povertà nei paesi di origine.

Infatti, la presenza d'immigrati nelle nazioni industrializzate rappresenta sviluppo per i paesi di origine, si pensi per esempio alle rimesse. È interessante analizzare un studio dei 24 novembre effettuato dal Banco Interamericano di

Sviluppo[1] sul ruolo delle rimesse dagli Stati Uniti verso i paesi di origine degli immigrati dall'America Latina.

La ricerca fornisce dei dati impressionanti: il 19% della popolazione messicana riceve rimesse dagli immigrati negli Stati Uniti, mentre nel Salvador è il 28% della popolazione ad usufruire di questo denaro.

La Banca Mondiale e l'United Nation Development Programme riconoscono che le rimesse degli immigrati ai loro paesi di origine costituiscono una delle principali fonti di reddito nei PVS. Nel 2003 il 42% della popolazione latinoamericana residente negli Stati Uniti (circa sei milioni) ha inviato regolarmente rimesse ai membri delle propria famiglia[2]. Lo studio ne evidenzia l'effetto:

- mantengono le famiglie fuori dalla povertà assoluta;
- finanziano istruzione, piccole attività commerciali (settore informale) e l'accumulo di risparmi;
- costituiscono anche un importante flusso di valuta pregiata per i PVS.

Un improvviso taglio delle rimesse nei paesi di origine può portare ad un calo dei consumi interni.

In Italia, secondo l'Ufficio Italiano Cambi (UIC), il flusso delle rimesse degli immigrati ha avuto una crescita esponenziale, passando da 103 milioni di Euro nel 1992 a 790 milioni nel 2002. Proiezioni UIC indicano che le rimesse tramite il sistema bancario sono solamente una parte. Infatti, 1.500 milioni di Euro vengono inviati attraverso canali non ufficiali: *money transfer*, posta ed organizzazioni criminose, o tramite amici. Il maggior flusso di rimesse è verso i paesi Asiatici: Filippine e Cina[3].

Tutto ciò dimostra come l'Italia da ponte di transito per l'immigrazione verso altri paesi sia ormai diventata un approdo stabile per il flusso migratorio. Pertanto ha un comune denominatore, insieme ad altri paesi (Germania, Gran Bretagna e Francia): il fenomeno delle rimesse.

Dopo quest'analisi conviene, quindi, esaminare il rapporto tra immigrazione e mercato dei lavoro.

A dispetto di molti, non vi è un legame tra disoccupazione e immigrazione. La preoccupazione che porti ad un alto tasso di disoccupazione e a bassi salari per la popolazione (nativa) non è veritiera. L'impatto dell'immigrazione sul tasso di disoccupazione è in funzione dei grado di specializzazione della forza lavoro nazionale rispetto a quella straniera. Studi empirici effettuati negli Stati Uniti non sono riusciti a dimostrare la relazione tra immigrazione e maggiore disoccupazione. Nell'Unione Europea, invece, vi è una relazione tra disoccupazione e

---

[1] Inter American Development Bank (2003).
[2] Ibid. p. 3.
[3] Rapporto Censis (2003: 176).

immigrazione, dovuta essenzialmente alla rigidità del mercato del lavoro. Altri studi evidenziano che nel breve termine l'immigrazione può portare ad un aumento della disoccupazione, ma al contrario nel lungo termine il tasso di disoccupazione calerà a zero[4].

Molti studi hanno evidenziato gli effetti negativi dell'immigrazione nel mercato del lavoro. Vediamo ora di analizzare gli effetti positivi:

- l'immigrazione crea domanda di beni e servizi prodotti dalla popolazione nativa con conseguenze positive sui consumi;
- l'UE è caratterizzata da una rigidità del mercato del lavoro. Gli extra-comunitari sono usati come forza lavoro flessibile per compensare la bassa mobilità geografica e funzionale, adeguando così la domanda del mercato ed ammorbidendo in tal modo i costi strutturali[5].

E' difficile per il sistema economico stabilire i costi e i benefici netti dell'immigrazione. Alcuni studi hanno cercato di analizzare il problema e nella maggior parte dei casi sono stati evidenziati maggiori benefici per la popolazione del paese ospitante. Per esempio negli Stati Uniti vi è stato un aumento dello 0,1% del Prodotto Interno Lordo pari a 10 miliardi di dollari a seguito dell'immigrazione. I benefici non sono comunque equamente distribuiti, in special modo per quella forza lavoro non specializzata che può essere facilmente sostituita dagli immigrati[6].

Il costo sociale della disoccupazione è maggiore tra gli immigrati che tra la popolazione locale. Un alto tasso di disoccupazione in un determinato gruppo etnico può portare ad un'alta tensione sociale. In molti paesi industrializzati la popolazione straniera risiede in quartieri disagiati e possiede un basso livello di istruzione. Tutto ciò comporta una difficoltà oggettiva nella risoluzione dei problemi. Infatti, questi gruppi etnici ricevono pochissima assistenza dal governo centrale.

Per finire, è il caso di considerare l'impatto del fenomeno immigrazione sulla finanza pubblica.

Il problema è se l'immigrazione aumenti la spesa pubblica: assistenza sociale, istruzione, sanità non sono compensati da un alto gettito fiscale.

Se l'immigrazione assorba di più in termini di benefici rispetto all'imposizione fiscale, è molto difficile da quantificare poiché non è di chiara evidenza individuare quali siano i servizi che possano ritenersi pubblici e in quale percentuale (es. cooperativa sociale, fondi propri e fondi statali).

A questo punto crediamo che sia interessante menzionare lo studio BMC (BioMed Central) Health Service Research: "Toward Estimating the impact of

[4] Coppel, Dumont e Visco (2001:14).
[5] Ibid. p.15.
[6] Ibid. p.16.

changes in immigrants' insurance elegibility on hospital expenditure for uncompensated care"[7].

Nel 1996 il Congresso americano approvò la legge "Personal Responsibility and Work Oppurtunity Reconciliation Act (PRWORA)". L'obiettivo della norma è di limitare l'erogazione di benefici sanitari post-acuti (*non-emergency*) agli immigrati arrivati dopo il 22 agosto 1996.

La legislazione precedente al PRWORA considerava alla stessa stregua "*qualified aliens*" e i cittadini statunitensi in termini di benefici erogati da MEDICAID[8]. Con la nuova norma viene fatto un distinguo tra i cittadini e gli immigrati. Infatti, questi ultimi possono beneficiare di un'erogazione di servizi sanitari post-acuti da parte di MEDICAID solamente dopo cinque anni di residenza e lavorativi.

Tuttavia il governo federale lascia libertà di recepire la norma da parte degli Stati, fermo restando che i fondi per l'erogazione delle prestazioni sanitarie non possono gravare sui fondi federali, ma devono essere usati fondi statali.

La ipotesi della ricerca è se l'assistenza sanitaria ospedaliera post-acuta (*non-emergency*) non retribuita sia prevalente negli stati con:

a) alto tasso di popolazione immigrata nello Stato;
b) bassa percentuale della popolazione non coperta da polizza sanitaria;
c) alto tasso di povertà.

Secondo l'ultimo censimento dei 2000, gli immigrati negli Stati Uniti erano 17.8 milioni ossia circa il 6.8 per cento della popolazione.

Alcuni studi hanno evidenziato che gli immigrati sono più svantaggiati economicamente e conseguentemente hanno livelli di assistenza sanitaria inferiori rispetto ai naturalizzati e ai cittadini. Il censimento evidenza che i non cittadini sono più poveri (29% Vs. 16%).

Tra gli immigrati ed i cittadini a basso reddito nel 1999, il 59% dei non cittadini non era coperto da assicurazione, contro il 30% dei cittadini.

Si stima che negli Stati Uniti la popolazione che vive senza assicurazione sanitaria ammonti a 42.5 milioni, ossia il 16% della popolazione.

Secondo la relazione della Commissione Kaisor, gli immigrati tendono a sotto utilizzare i benefici assicurativi per paura di perdere il posto di lavoro e la loro eleggibilità alla naturalizzazione[9].

Dallo studio emerge che un aumento dell'1% della popolazione senza polizza sanitaria porta ad un incremento del 4,1% delle prestazioni post-acute (*non-emergency*) non retribuite. Mentre con un aumento dell'1% della popolazione straniera vi è un aumento del 2,2% delle sofferenze.

---

[7] Castel, Tibie, Sendersky et al. (2003).

[8] MEDICAID è un programma di assistenza sanitaria finanziato dal governo federale e statale destinato ai meno abbienti che non possono usufruire di una regolare polizza sanitaria. MEDICARE è un programma di assistenza sanitaria per gli anziani.

[9] Ibid.

Pertanto, l'assistenza sanitaria ospedaliera post-acuta non retribuita non è in funzione della popolazione immigrata ma è il risultato di una grossa percentuale di persone senza copertura assicurativa sanitaria o con una sottocopertura.

Le sofferenze delle strutture ospedaliere (ad esclusione di quelle *non profit*) portano nel tempo ad un innalzamento dei prezzi delle prestazioni per la popolazione coperta da polizza sanitaria. Inoltre vi è il rischio che alcuni trattamenti *non-emergency* per essere rimborsati da MEDICAID possano passare come di emergenza e pertanto con oneri maggiori per l'amministrazione federale e statale.

In conclusione lo studio dimostra che la mancata corresponsione dei trattamenti post-acuti (*non-emergency*) non è in funzione della presenza degli immigrati in uno Stato e/o del tasso di povertà, ma della mancanza o sottocarenza di polizze sanitarie[10].

Un'altra analisi riferita al contesto europeo individua che nel breve termine, probabilmente, gli extra comunitari percepiranno di più; nel lungo termine, invece, vi saranno benefici sociali per tutta la comunità. Si pensi, ad esempio, ad uno studente italiano cui lo Stato paga l'istruzione; quando vi sarà un ritorno, per lo Stato, del suo investimento? Probabilmente dopo 25 anni, quando lo studente entrerà nella forza lavoro qualificata grazie all'istruzione fornitagli. Oppure come valutare, d'altro canto, in termini economici la costruzione di un nuovo ponte o galleria che accorcia le distanze di 20 chilometri (es.: nuovi scambi, risparmi di carburante, risparmio di tempo, ecc.)? Tutto ciò rientra nel cosiddetto capitale sociale di una nazione che è molto difficile da determinare[11].

Invecchiamento della popolazione

Uno dei maggiori problemi strutturali dei paesi industrializzati è quello dell'invecchiamento della popolazione. La forza lavoro diminuirà sempre più, in special modo dopo il 2010 quando la forza-attiva del *baby-boom* degli anni '50-metà anni '60 andrà in pensione, portando così ad una forte discrepanza tra popolazione attiva e anziani Il risultato sarà una pressione fiscale sempre maggiore e tagli al "*welfare state*" riducendo così gli standard di vita.

Una soluzione per combattere gli effetti dell'invecchiamento della popolazione è di integrare la popolazione con nuove e più basse fasce d'età. Ciò può avvenire attraverso l'immigrazione. Brevemente: un'immigrazione con un'età fra i 38 ed i 47 anni non servirà a nulla al cambiamento strutturale a cui vanno incontro i paesi industrializzati[12]; l'immigrazione avrà un impatto importante soltanto nel caso che la forza lavoro sia "giovane". Adeguarsi ad una tale "discipli-

[10] Ibid.
[11] Coppel, Dumont e Visco (2001:19).
[12] Fotakis (2003).

na" determinerebbe il cambiamento delle regole che governano l'immigrazione: si passerebbe cosi dalle "quote" alle "fasce d'età"[13].

Secondo altri, invece, il sistema pensionistico nell'Unione non è poi così sensibile agli aumenti dell'immigrazione. Infatti, con l'esaurimento del *baby-boom* nel 2010-2020, considerando una crescita del PIL di 0,5% l'anno, l'Unione avrebbe bisogno mediamente di circa 4 milioni d'immigrati l'anno fino al 2040.

Il brevetto farmaceutico ed il diritto alla salute

L'uniformazione internazionale della proprietà intellettuale ha creato diversi conflitti tra i paesi industrializzati ed i paesi in via di sviluppo, principalmente nell'area dell'industria farmaceutica. I paesi sviluppati chiedono una protezione rigida e universale di tutte le invenzioni biotecnologiche e farmaceutiche, rispettando le regole stabilite dall'accordo TRIPS del 1994. La tendenza dei Paesi in via di Sviluppo è piuttosto promuovere la creazione di settori di eccezione al sistema brevetti, specialmente per la produzione dei medicinali essenziali.

Sull'argomento occorre tener presente che:

1) l'attuale sviluppo della vita economica internazionale ha messo sempre più in rilievo la centralità finanziaria e sociale della proprietà delle conoscenze, della tecnica e del sapere. Ne è prova la ricorrenza della tematica sulle prime pagine dei giornali, collegata alle più svariate questioni come gli esperimenti sugli embrioni umani, gli organismi geneticamente modificati, l'accesso ai medicinali.
2) Un terzo della popolazione mondiale non ha accesso ad un sistema sanitario efficiente. Ogni anno 17 milioni di persone muoiono di malattie infettive, di cui il 90% nei paesi in via di sviluppo. Il 95% dei malati di AIDS non può ricevere alcun trattamento. Si pensi che su 42 milioni di persone colpite nel mondo, il 70% è nell'Africa subsahariana, dove sono 3,2 milioni i bambini infetti sotto i 15 anni. I colpiti dal virus nel 2002 sono 5 milioni; nello stesso anno si registrano 3,1 milioni di morti, di cui 610 mila bambini[14]. L'assenza di farmaci efficaci è la principale causa di morte in Africa, Asia ed America Latina, come risulta dai dati sotto riportati.
   - Malaria: 300-500 milioni di casi ogni anno con 1-2 milioni di vittime l'anno; il 90% in Africa. Tra il 1982 e il 1997 i casi sono quadruplicati rispetto al periodo 1962-1981, mentre i decessi sono triplicati.
   - Malattia dei Sonno: 300 mila casi ogni anno (1000 casi nel 1970); 70 mila vittime l'anno. Il 5% dei decessi è dovuto ad un uso errato dei farmaci (che contengono arsenico).

---

[13] Coppel, Dumont e Visco (2001: 20).
[14] Cornero (2003: 11).

- Tubercolosi: 50 milioni di ammalati nel mondo; 3 milioni di morti ogni anno; 8,2 milioni di nuovi casi ogni anno (un aumento del 20% tra il 1990 e il 2000); 10 mila gli infetti da ceppi di virus resistenti ai farmaci più diffusi.

L'80% delle vittime delle "malattie della miseria" è tra i 15 e i 49 anni di età[15].

La famosa ONG "Médecins Sans Frontières" (MSF), vincitrice del premio Nobel per la Pace nel 2000, asserisce che su 1223 nuovi farmaci commercializzati tra il 1975 ed il 1997, solo 13 sono usati per la cura di malattie infettive tropicali e la metà di questi provengono dalla ricerca veterinaria. Lo 0,2% della ricerca globale farmaceutica (stimata tra i 50 e 60 miliardi di dollari)[16] è dedicata alla "*only-the-poor-medicine*"[17].

Sulla base dei due citati presupposti sembra opportuno asserire che nel campo della ricerca l'industria farmaceutica tende ad incoraggiare lo sviluppo di prodotti che comportano un alto profitto economico diretto alle popolazioni industrializzate, e all'abbandono della ricerca in quei settori che generano scarsi profitti nel breve periodo.

Allo stesso tempo, per le malattie che affliggono le popolazioni, ricche e non, come l'AIDS, l'attuale impostazione del finanziamento delle ricerche scientifiche tende a determinare un prezzo impossibile per le popolazioni meno abbienti. Infatti, per finanziare le loro ricerche le aziende farmaceutiche cercano investitori per i loro programmi nei mercati di valori (borse). Il parametro utilizzato dagli investitori per valutare le aziende è l'esistenza o meno di prodotti di prima linea brevettati o brevettabili, nell'intesa che ciò assicurerà il reddito degli investimenti. Infatti, grazie al brevetto, le aziende potranno escludere ogni imitazione del prodotto e, quindi, mantenere i prezzi artificialmente alti, in modo di garantire i benefici aspettati[18].

Fino alla firma dell'ADPIC/TRIPs (1995)[19] molti paesi non concedevano brevetti all'industria farmaceutica, permettendo così la creazione di un'industria locale che copiava gli sviluppi scientifici compiuti in Europa e negli Stati Uniti ed era riuscita a produrre alcuni medicinali efficaci contro l'AIDS, a prezzi sostanzialmente minori di quelli dei prodotti originali. L'ADPIC/TRIPs potrebbe provocare la scomparsa di tale industria.

---

[15] Ibid.
[16] Médecins Sans Frontières (2000).
[17] Neves de Alméida e Ascani (2003: 479-80).
[18] Neves de Alméida e Ascani (2001: 445).
[19] L'Accordo ADPIC/TRIPs impone ai membri dell'Organizzazione Mondiale del Commercio l'obbligo di adeguare le loro legislazioni a certe regole o "standards" comuni di proprietà intellettuale, quale condizione d'appartenenza al sistema commerciale multilaterale, e per non essere discriminati o penalizzati nell'insieme delle relazioni economiche internazionali, cioè per poter godere del "Trattamento della Nazione più favorita" e non essere sottoposto a ritorsioni commerciali. La disciplina internazionale dei brevetto è passata, quindi, da disciplina d'armonizzazione di aspetti piuttosto procedurali a disciplina soprannazionale, che limita le possibilità di scelta legislativa degli Stati, con una certa dose di coattività.

I governi dei paesi sviluppati non sembrano disposti a sostenere un livello di ricerca e sviluppo farmaceutico pubblico che consenta di offrire ai paesi poveri tali prodotti a costi accessibili, anche perché ciò supporrebbe, alla fine l'imposizione ai loro cittadini di oneri fiscali che gli elettorati non sembrano disposti ad appoggiare. Una via alternativa sarebbe quella di ammettere che i paesi africani possano produrre per se stessi i propri medicinali, anche "copiando" quelli già esistenti nel mercato degli Stati Uniti e dell'UE. In tale senso, prima della piena entrata in vigore dell'Accordo ADPIC/TRIPs dell'OMC/WTO, alcuni paesi con una propria industria farmaceutica, quali Brasile, India e Tailandia sono riusciti a copiare gli sviluppi tecnici americani e a produrre medicinali efficaci contro l'AlDS a costi sostanzialmente minori di quelli dei medicinali europei e americani.

Fino al 2000, gli Stati Uniti e ME, fortemente influenzati dalla lobby farmaceutica, sono stati contrari a qualsiasi eccezione al regime internazionale dei brevetti, anche a quelle previste nell'ADPIC/TRIPs. La situazione, tuttavia, è cominciata a cambiare grazie alla pressione dell'opinione pubblica che ha portato i paesi sviluppati ad ammorbidire o cambiare la loro politica di totale identificazione con gli interessi delle aziende, ammettendo la legittimità delle licenze obbligatorie. L'industria farmaceutica, nel contempo, ha anche cominciato a collaborare nella ricerca di mezzi per ridurre sostanzialmente i prezzi dei medicinali[20].

La questione è stata risolta alla Conferenza di Doha, con l'ammissione, quale principio generale, che l'accordo TRIPS non esclude le licenze obbligatorie (cioè l'obbligo del proprietario del brevetto di permettere che lo Stato, in casi eccezionali, possa utilizzare liberamente le conoscenze protette). Tuttavia, restano da determinare alcuni aspetti importanti relativi all'applicazione delle licenze obbligatorie, come la definizione della portata dell'emergenza sanitaria e dei tipi di farmaci compresi nelle eventuali eccezioni al regime generale.

Tuttavia, poiché le licenze obbligatorie hanno efficacia all'interno di una giurisdizione nazionale, se da un lato ciò rappresenta un giusto principio (dal momento che uno Stato impone la licenza obbligatoria per risolvere i propri problemi sanitari e non per migliorare il suo bilancio commerciale estero), dall'altro crea un problema per quei paesi che non hanno un'industria farmaceutica capace di sopperire alle richieste della popolazione. In questo caso si rende necessaria una soluzione *ad hoc* quale lo sfruttamento di una licenza obbligatoria concessa ad uno Stato terzo affinché possa esportare medicinali in Stati non autosufficienti o non dotati di industrie farmaceutiche. A tal proposito, l'articolo 6 della Dichiarazione di Doha demanda agli Stati membri il compito di trovare un soluzione.

E' solo il 30 agosto del 2003 che a Ginevra 146 paesi firmatari del Trattato OMC, a seguito della Dichiarazione di Doha del novembre 2001, si enuncia il principio della priorità della salute sui diritti della proprietà industriale, conce-

[20] Neves de Alméida e Paolo Ascani (2001: 446).

dendo deroghe alla proprietà del brevetto mirate alla fornitura di medicinali ai PVS a basso prezzo. L'accordo d'agosto non fa altro che concedere deroghe al Trattato. Bisogna comunque far notare che l'accordo OMC già consentiva ai paesi aderenti la possibilità di stabilire licenze obbligatorie[21] nei casi di emergenze di sanità pubblica, di nutrizione ed altre emergenze o urgenze nazionali, e infine, nel caso di concorrenza sleale[22]. Infatti, l'art. 30 dell'accordo TRIPs prevede la concessione della licenza obbligatoria quando è ritenuto necessario per ragioni sanitarie, di sviluppo economico e per motivi di sicurezza nazionale e di ordine pubblico. La licenza obbligatoria non è altro che il diritto di eseguire un'azione coperta da un diritto esclusivo conferito dal brevetto, con un'autorizzazione dello Stato contro la volontà dei detentori del diritto.

Secondo le ONG coinvolte nella questione, la soluzione di agosto, anche se ritenuta valida, è però altrettanto pericolosa, poiché impone condizioni di certificazione delle esportazioni e di identificazione delle merci che faranno salire il prezzo dei medicinali, perdendo così parte dei vantaggi economici e, peggio ancora, perché lascia uno spiraglio ad eventuali azioni giuridiche di controllo o di opposizione dei paesi industrializzati con lo scopo di "sterilizzare" l'accordo. D'altro canto MSF continua a sottolineare la sua opposizione ribadendo che sarebbe stato meglio utilizzare la cornice giuridica dell'articolo 30.

Conclusioni

I due temi, apparentemente indipendenti, rappresentano il "doppio svantaggio" delle popolazioni dei paesi in via di sviluppo. Da un lato, le popolazioni nei loro paesi non hanno accesso all'assistenza sanitaria, sia per l'alto costo dei farmaci specifici per le cosiddette "malattie della miseria", sia per la carenza di infrastrutture.

L'altro svantaggio è rappresentato dal loro status di immigrati nei paesi industrializzati, le cui aspettative di buona sanità vengono deluse dai tagli alla spesa pubblica; in alcuni paesi, infatti, per i primi anni di permanenza lavorativa si prevedono solamente i trattamenti d'urgenza. Alla luce di tali fatti, l'unica certezza per gli immigrati è rappresentata dalle rimesse (verso i paesi di origine) che per l'Italia è stimato intorno a 2.300 milioni di euro, di cui solo 800 attraverso i canali ufficiali.

Il credito d'imposta potrebbe essere una misura per l'emersione dei flussi valutari non ufficiali e nel contempo aumenterebbe il reddito disponibile degli immigrati.

---

[21] Una licenza obbligatoria è l'obbligo, imposto dallo Stato al titolare di un brevetto, di permettere a terzi, in determinate circostanze, di sfruttare l'invenzione, gratuitamente o pagando le *royalties* determinate d'ufficio; cfr. ADPIC, artt. 30 e 31.

[22] Neves de Alméida e Ascani (2001: 446).

Riferimenti bibliografici

Castel L. D., Tibie J. W., Sendersky V. et al. (2003), "Toward Estimating the impact of changes in immigrants, insurance eligibility on hospital expenditures for uncompensated care", *BMC Health Services*, 10 January.

CENSIS (2003), *37° Rapporto sulla situazione sociale del Paese*, Milano, Franco Angeli.

Cornero V. (2003), "Farmaci. Una cura per il terzo mondo", in *La Stampa*, Sez. Economia, 31 agosto.

Fotakis C. (2003), "Demographic Ageing, Migration and the Challenge for Labour Market and Pensions", OECD-EU, Brussels, January, 21-22.

Inter American Development Bank (2003), *Remittance Senders and Receivers: Tracking the Transnational Channels*, InterAmerican Development Bank, Washington, D.C.

Coppel J., Dumont J.C., Visco J. (2001), "Trends in Immigration and Economic Consequences", *Economic Department Working Paper*, 284, 0ECD, Paris 2001.

Médecines Sans Frontièéres (2000), *MSF Briefing Notes*, Giugno.

Neves de Alméida O., Ascani P. (2003), "Intellectual Property Rights, Biotechnology and Economic Development", in F. Carlucci e F. Marzano (a cura di), *Poverty Growth and Welfare in the World Economy in the 21st Century*, Berna, Peter Lang Editore.

Neves de Alméida O., Ascani P. (2001), "La proprietà intellettuale e le sfide dello sviluppo" in *La Società. Rivista scientifica della Fondazione "Giuseppe Toniolo"*, 3/4.

L'intercultura nella scuola: uno strumento per l'integrazione sociale, la promozione del benessere e la prevenzione del disagio

Rosetta Atterrato

Dottoranda presso la Cattedra di Medicina Sociale, Direttore Prof. Walter Nicoletti
Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Università degli Studi "La Sapienza", Roma

Da oltre un decennio, facendo riferimento al Trattato di Schengen del 1992, il problema dell'immigrazione ha assunto in Europa le dimensioni di un fenomeno di vasta portata sociale e d'indubbio ordine pubblico.

Nel contesto italiano, la prima legge sul fenomeno immigratorio risale al 1986; ad essa è poi succeduta la Legge Turco-Napolitano del 1998, fondata su taluni obiettivi fondamentali: la lotta ai traffici clandestini, la programmazione dei flussi migratori con relativa regolamentazione dei permessi di soggiorno, nonché la promozione d'iniziative d'integrazione.

La legge "Bossi-Fini" del 2002 prevede una stabilità lavorativa degli immigrati, associata ad una regolamentazione mirata ai ricongiungimenti familiari, trascurando, forse, di dare spazio ed impulso a strategie di reale integrazione.

Da questa breve premessa iniziale di inquadramento legislativo del fenomeno dei flussi migratori, possiamo evincere che l'attuale tendenza, che ha orientato politiche e leggi, fa riferimento ad un immigrato adulto considerato quasi esclusivamente nella funzione di forza lavoro.

Occorre, tuttavia, rilevare che, oltre ad essere un onesto lavoratore (il che non guasta mai anche per la popolazione stanziale) l'immigrato adulto può essere, altresì, un genitore che, come tale, per definizione, rappresenta la prima radice socio-culturale dei propri figli, che influenza necessariamente il processo d'integrazione culturale della prole.

Ricordiamo, infatti, che il processo di integrazione è un fenomeno complesso che può avvenire su diversi piani: individuale, interpersonale, gruppale, organizzativo-istituzionale ed infine a livello ambientale. Integrare significa, appunto, soprattutto progettualità costruttiva, e perciò porsi nella posizione di ascolto dell'altro, nell'intento di collegare, connettere, correlare, per restituire la risposta più adeguata alla soluzione della situazione problematica emergente. E, al di là di un'apparente retorica, la condizione di disagio che colpisce la popolazione immigrata richiede interventi integrati che coinvolgano adulti e minori e che rispondano a priorità abitative, lavorative, culturali e linguistiche.

Da questo punto di vista, quasi costantemente, esattamente così come succe-

derebbe anche agli Italiani (in genere, solo se le condizioni socio-economiche sono buone) la popolazione immigrata ha la tendenza a valorizzare la propria cultura di provenienza.

In ogni caso, quando un genitore straniero, immigrato, iscrive suo figlio nella scuola italiana, inevitabilmente sceglie per lui la piattaforma di lancio per un futuro migliore: si tratta, nella fattispecie, di una scelta di emancipazione sociale, simile a quella che l'ha visto partire dal suo Paese d'origine.

A loro volta, i bambini stessi, attraverso l'esperienza scolastica, l'apprendimento della lingua, il loro stesso mondo relazionale, influenzano il processo d'integrazione socio-culturale dei genitori.

In questo processo, l'elemento "salute" non è da sottovalutare: poiché è un parametro fondamentale per la definizione della qualità della vita, ed il funzionamento dei servizi sanitari riveste, sotto questo specifico punto di vista, una notevole importanza.

Ora, nel caso dell'alunno immigrato, se, per estensione del concetto medico-sociale di intervento "sanitario" applicato al fenomeno dei flussi migratori, intendiamo ripristino del benessere, promozione della salute, politiche sociali, miglioramento dell'accesso e dell'utilizzo dei servizi, è necessario fare un discorso di prevenzione a monte, che coinvolge necessariamente la scuola.

La scuola, intesa quale agenzia formativa promotrice di una relazionalità positiva, che aiuti un bambino a star bene con sé e con gli altri: il cui contesto risponde, nel nostro caso, ai bisogni del bambino, alle sue aspettative affettive, emotive e sociali, prima ancora che cognitive, rispetto all'ambiente.

L'ambiente scolastico rappresenta, infatti, per tutti gli alunni, italiani e stranieri, il contesto ideale per la realizzazione della vera integrazione socioculturale, la prevenzione del disagio e la correzione dei fattori d'esclusione sociale, semplicemente perché è più facile crescere nell'intercultura. E occorre, in questa sede, ricordare che il processo d'integrazione si può verificare solo grazie all'azione reciproca e complementare degli attori coinvolti: in questo caso i protagonisti che entrano in contatto sono i bambini, stranieri e italiani.

Attraverso il nostro comune impegno occorre restituire, pertanto, alla persona e alla famiglia la centralità del loro ruolo nell'attuale contesto sociale. In altri termini, occorre guardare all'immigrazione soprattutto tenendo conto dei minori immigrati nella scuola italiana, quali destinatari di diritti e doveri.

Nell'arco di quattro anni, dal 1996 al 2000, in Italia, la popolazione minorile straniera è passata da 126.000 a 278.000 presenze. Nel solo anno scolastico 2001-2002 la popolazione studentesca minorile ha toccato le 182.000 unità: 6 su 10 minori stranieri sono iscritti alle materne o alle elementari (Fonte Dossier Caritas 2002). Dati numerici che non possono non farci pensare al diverso, al nomade, allo straniero, a situazioni di mendicità o di sfruttamento minorile.

Il costante aumento di alunni stranieri, spesso considerati "in transito", ha impegnato le istituzioni nella ridefinizione della domanda e nella rilettura delle dinamiche del sistema, ha cambiato il panorama della scuola italiana, ormai mul-

tietnico, determinando l'adozione di nuove strategie didattiche, psicopedagogiche, antropologiche e socio-culturali, tese alla creazione di una scuola interculturale. In tempi non lontani l'espulsione, l'esclusione o l'istigazione all'autoeliminazione di studenti ritenuti "non adeguati" all'ambiente scolastico, piuttosto contenuto e severo, non mettevano in discussione l'insegnante o il sistema scolastico. Oggi, la sfida è quella di una rilettura dell'offerta di saperi adeguati alle differenti tipologie di intelligenza che convivono in una società multietnica, nell'obiettivo primario di infondere fiducia alle nuove generazioni: fiducia in una società che sia spazio di civile convivenza democratica, fondata sul reciproco rispetto e luogo di stimolo creativo.

Già negli Orientamenti del 1990 per la Scuola Materna, nei Programmi Ministeriali del 1985 per la Scuola Elementare e nei Programmi per la Scuola Media del 1979 ritroviamo significativi riferimenti all'Educazione Interculturale.

Leggiamo negli Orientamenti della Scuola Materna (3 giugno 1991): "L'accentuarsi delle situazioni di natura multiculturale e plurietnica, infine, di fronte alle quali si verificano talvolta atteggiamenti di intolleranza quando non addirittura di razzismo, può tradursi in occasione di arricchimento e di maturazione in vista di una convivenza basata sulla cooperazione, lo scambio e l'accettazione della diversità come valori ed opportunità di crescita democratica".

Nell'ultimo dei sei "campi di esperienza" del bambino della scuola materna, relativamente a "il sé e l'altro" ritroviamo il seguente enunciato: "Un risalto del tutto particolare spetta all'educazione alla multiculturalità, che esige la maggiore attenzione possibile per la conoscenza, il riconoscimento e la valorizzazione delle diversità che si possono riscontrare nella scuola stessa e nella vita sociale in senso ampio. A tale proposito l'insegnante si soffermi accuratamente sugli elementi di somiglianza che accomunano le esigenze proprie di ogni essere umano e sugli elementi di differenza riscontrabili nelle diverse risposte culturali, in modo da renderli comprensibili anche ai bambini (…)".

I cosiddetti Nuovi Programmi della Scuola Elementare del 12 febbraio 1985 enunciano quanto segue: "La scuola deve operare... perché il fanciullo abbia basilare consapevolezza delle varie forme di diversità o di emarginazione allo scopo di prevenire e contrastare la formazione di stereotipi e pregiudizi nei confronti di persone e culture".

La legge di riforma della scuola elementare (l. n. 148 del 5 giugno 1990), ribadisce questi princìpi nelle finalità generali: "il rispetto e la valorizzazione delle diversità individuali, sociali e culturali". Riportiamo, inoltre, un altro passaggio significativo: "E' dovere della scuola elementare evitare, per quanto sia possibile, che 'le diversità' si trasformino in difficoltà di apprendimento e in problemi di comportamento, perché ciò quasi sempre prelude a fenomeni di insuccesso e di mortalità scolastica e conseguentemente a disuguaglianze sul piano sociale e civile".

Nei Programmi della Scuola Media (6 febbraio 1979) troviamo un passaggio, di grandissima attualità: "Tenendo gli alunni a contatto con i problemi e le

culture di società diverse da quella italiana, la scuola media favorirà anche la formazione del cittadino dell'Europa e del mondo, educando ad un atteggiamento mentale di comprensione che superi ogni visione unilaterale dei problemi e ci avvicini all'intuizione di valori comuni agli uomini pur nella diversità delle civiltà, delle culture e delle strutture politiche".

In particolare, nel paragrafo finale sulla socializzazione troviamo la seguente indicazione: "Utile sarà anche un avvio alle metodologie del vivere in democrazia che educhi ad un dibattito tanto più corretto quanto più fondato sulla tolleranza e sul rispetto reciproci e su una conoscenza della realtà, la più documentata possibile e che valga ad evitare forme distorte di competitività".

Secondo A. Nanni, pedagogista, docente di Filosofia e Scienze dell'Educazione, membro della Commissione ministeriale per l'Educazione Interculturale, le metodologie didattiche per fare educazione culturale si riconducono a quattro percorsi: la via narrativa, la via ludica, la via decostruttiva (tesa alla decostruzione dei pregiudizi, degli stereotipi, dei luoghi comuni, delle immagini, delle categorie linguistiche etnocentriche, etc.) e la via pragmatica (o pedagogia dei gesti e della cittadinanza attiva: si tratta della concentrazione delle raccomandazioni dell'UNESCO che invita a promuovere contatti umani, scambi di studenti e di insegnanti, viaggi di studio, gemellaggi di scuole di diversi Paesi, studio in comune e scambio di materiali didattici, riunioni, seminari, laboratori internazionali e locali).

Per quanto riguarda l'identificazione di nuovi indirizzi di ricerca, nonché di vere e proprie iniziative progettuali che possano essere realizzate in collaborazione con il progetto dell'IlMS, molte sono le iniziative prioritarie che possono essere attuate o migliorate nella scuola del futuro.

L'educazione interculturale dovrebbe identificarsi, in primo luogo, in quell'area della pedagogia che si interessa dell'accoglienza degli alunni stranieri e che favorisce le condizioni per la riduzione dei rischi di insuccesso scolastico e di abbandono. In tal modo, consegue anche l'obiettivo di prevenire la dispersione scolastica, per garantire a tutti e ad ognuno il cosiddetto successo formativo. L'approccio non deve necessariamente e solo prevedere correttivi per i casi problematici: forse si tratta semplicemente di potenziare le risorse esistenti e migliorare il rapporto con la realtà, da una parte e dall'altra della cattedra.

Da questo punto di vista, la prima cosa cui, come insegnante, mi viene in mente di pensare, è l'importanza della mediazione linguistico-culturale nella scuola. Non mi riferisco necessariamente alla presenza di mediatori nella scuola in pianta stabile, quanto piuttosto in talune fasi dell'approccio del bambino immigrato al mondo della scuola. Il momento iniziale, l'ingresso nella scuola, risulterebbe senz'altro facilitato se un insegnante che conoscesse la lingua madre del bambino, o un mediatore culturale, naturalmente affiancato dai futuri probabili insegnanti dell'alunno, potesse, in primo luogo, fare accoglienza, per eliminare il disagio che la nuova situazione impone. Di fondamentale importanza è la proposta dei cosiddetti "prerequisiti d'ingresso", finalizzati ad individuare la

situazione di partenza del bambino per un inserimento nella classe giusta, adeguata al suo grado di maturazione e alla sua conoscenza della lingua italiana, nonché per individuare precocemente carenze specifiche in modo da approntare opportune attività di recupero o sostegno. E' noto che l'acquisizione di determinati prerequisiti di base all'inizio del processo di scolarizzazione consente all'alunno di porsi nei confronti dell'apprendimento della strumentalità di base con un atteggiamento positivo e gratificante. Ritengo che i criteri di verifica e valutazione di questo delicato momento di accoglienza debbano essere riconsiderati, poiché temo che l'errore sia facile. Non è raro vedere bambini cresciutelli, per così dire, parcheggiati in classi di bambini piccolissimi e... hai voglia, a quel punto, a parlare di problemi di integrazione...

Naturalmente alla fase di accoglienza e di proposta dei test d'ingresso, occorre affiancare iniziative di insegnamento intensivo della lingua italiana.

Anche la fase dell'orientamento, opportunamente affrontata da commissioni che vigilano sulla continuità, è un momento delicato per un ragazzo immigrato che, con assoluta probabilità, non ha tutti gli strumenti, o non li sa utilizzare, per scegliere al meglio l'indirizzo di studi da intraprendere, così determinante per il suo futuro. E' noto che l'emigrazione o la separazione dal nucleo familiare sono potenziali fattori di rischio per la dispersione scolastica. D'altro canto, anche per un ragazzo italiano, in altri tempi, prima dell'autonomia sancita dalla Prima Legge Bassanini (l. 59/97), un errore in tal senso avrebbe potuto incidere sulla motivazione, provocare frustrazione fino a determinare l'abbandono degli studi, la cosiddetta dispersione scolastica.

Con il riordino dei cicli, è stato statuito l'innalzamento dell'obbligo scolastico a 15 anni e l'obbligo di formazione fino a 18 anni. Con queste innovazioni, le scelte dei preadolescenti hanno, fortunatamente, grazie al sistema dei crediti formativi, perso il carattere della definitività, ma risultano ancor più precocizzate.

L'orientamento, pertanto, non va solo considerato secondo una logica di mercato, semplicemente su un piano scolastico e professionale, ma anche e soprattutto come orientamento alla conoscenza di sé, di persona che contribuisce all'evoluzione della civiltà e della società in cui è collocata.

L'azione orientativa è "educazione alla scelta" ed è fondamentalmente finalizzata a guidare l'allievo, proprio nei momenti di maggior disorientamento, nelle fasi di passaggio, di transizione da situazioni conosciute a situazioni sconosciute, a prendere decisioni attraverso l'autoconoscenza, lo sviluppo della progettualità personale, la valorizzazione delle proprie attitudini, delle proprie aspirazioni e dei propri interessi personali e professionali.

Sul piano dell'orientamento è importante anche lavorare preventivamente per rinforzare la capacità di affrontare il distacco dal mondo scolastico per un proficuo inserimento nel futuro contesto lavorativo, in modo da creare i presupposti del successo individuale nel campo dell'istruzione e, di conseguenza, in quello professionale. In questa delicata fase di passaggio possono, infatti, inne-

scarsi sentimenti di delusione, per la mancata realizzazione delle proprie aspettative in relazione ai modelli culturali di rappresentazione del futuro emergenti o difficoltà nella partecipazione in ambito lavorativo, espressione di un disagio che potrà svilupparsi, a breve o a lunga scadenza, secondo modalità differenti.

Desidero a questo punto menzionare il Progetto finanziato dal Fondo Sociale Europeo e Regione Lazio, "Orientare per integrare" della Caritas Diocesana di Roma, Settore Studi, Documentazione e Ricerca (Coordinatrice d.ssa F. Amici), i cui destinatari sono gli studenti collocati nella fascia di transizione che va dall'ultimo anno delle scuole medie inferiori e del primo anno delle scuole superiori degli Istituti Professionali e Tecnici industriali. Il progetto è finalizzato a collaborare con le Scuole ed in particolare con gli insegnanti, per il monitoraggio dell'andamento del fenomeno del drop out e la formulazione di strategie per individuare nella popolazione studentesca gli indici di disagio e dell'abbandono scolastico, che spesso preludono alla dispersione scolastica e di conseguenza al disadattamento, all'emarginazione, alla deprivazione, al rischio sociale ed alla devianza.

La scuola attuale è una scuola densa di progettualità e l'integrazione dei bambini stranieri è un obiettivo sempre più in vista. Certamente la realizzazione di progetti, volti per definizione alla promozione del benessere e alla prevenzione del disagio, raggiunge senz'altro i nostri ragazzi stranieri.

Una metodologia psico-pedagogica senz'altro efficace nell'insegnamento è la cosiddetta *peer education*: l'apprendimento fra pari stimola i ragazzi ad essere coinvolti direttamente quali protagonisti attivi di progetti da loro concepiti, scritti ed attuati nel settore artistico, culturale e nella prevenzione della dispersione. E' noto che semplicemente attraverso la valorizzazione del giovane si può strutturare una forma di prevenzione del futuro disagio.

In pratica, si tratta di lavoro di gruppo finalizzato a favorire dinamiche di relazione sociale e volto alla costruzione di legami significativi, oltre che, naturalmente, a promuovere lo sviluppo esperenziale e l'integrazione di nuove conoscenze, lo scambio culturale e la crescita, in un contesto impegnativo, stimolante, intellettualmente creativo.

In tale contesto, chi insegna è l'alunno, il cui messaggio per i suoi pari è, con tutta probabilità, più importante di quello trasmesso dagli adulti. L'insegnante è la guida, il mediatore dei processi di crescita e dei piccoli conflitti edificanti. Nei casi il cui rendimento può discostarsi dall'andamento del gruppo (per i motivi più disparati: non occorre necessariamente far riferimento a situazioni problematiche. Anche un bimbo "molto bravo" in seguito ad un'assenza per motivi familiari o per malattia, può ritrovarsi in una situazione di temporaneo svantaggio) basta attivare meccanismi di solidarietà e sussidiarietà , di cui i bambini sono istintivamente maestri... per stimolare le aree cognitive più carenti.

Come già accennato, uno degli strumenti pratici che la scuola ha a disposizione, per far fronte ai bisogni di integrazione che una societa multietnica impone, è l'educazione interculturale, ormai trasversale a tutte le discipline curriculari. Da questo punto di vista, naturalmente, devono essere coinvolti, non solo

la scuola, ma anche le famiglie, le associazioni, i mass media e tutte le agenzie educative.

Illustro di seguito una definizione d'intercultura, così come è nata sul campo lo scorso anno dalla fusione delle definizioni trovate sul dizionario da alcuni miei alunni e dal loro rimaneggiamento collettivo attraverso un dibattito: "L'Intercultura è una prospettiva culturale globale tramite cui si superano le anacronistiche distinzioni fra etnie. In tal modo ci è dato conoscere le usanze e i costumi delle molteplici popolazioni mondiali, nonché le autentiche problematiche che affliggono il pianeta".

Possiamo altresì definire l'intercultura come il prodotto del rapporto, dell'interazione fra individui di estrazione culturale diversa. Il prefisso "inter" evoca l'immagine dello scambio di un bagaglio culturale da un popolo all'altro.

L'educazione interculturale rappresenta, in pratica, una prospettiva di interscambio attraverso la quale le caratteristiche del nostro mondo, vieppiù globalizzato, vengono ad essere spiegate attraverso categorizzazioni culturali. Si tratta dell'adozione di una comunicazione interattiva, di un interscambio di modelli culturali, di cambiamento e di riferimenti positivi.

Nella nostra scuola, l'attuale Istituto Comprensivo Largo Castelseprio, situato nell'estrema periferia nord di Roma, facciamo Intercultura ormai da diversi anni. Il nostro cavallo di battaglia è "L'assemblea dei Piccoli", ideata e promossa dall'insegnante di Religione Piera Diaco. L'iniziativa, portata avanti durante l'intero anno scolastico, culmina, appunto, con una manifestazione pubblica, aperta ai genitori e ai parenti dei ragazzi, che vede drammatizzazioni, esibizioni, mostre, iniziative variegate, ma concentrate, sul tema dell'Assemblea prescelto per quell'anno scolastico.

Nell'anno scolastico 1997-98, la prima Assemblea dei Piccoli sviluppava il tema "Incontro con la campagna italiana antimine". La Campagna Internazionale per la Messa al Bando delle Mine era nata nel 1992, raccogliendo adesioni da parte di più di 700 organizzazioni, di 40 Paesi diversi, impegnate nel campo dei diritti inviolabili. L'Italia, attraverso aziende quali Valsella, Tecnovar e Sei, era uno dei maggiori produttori ed esportatori di tali ordigni, ma nel 1996 ha aderito al Trattato di Ottawa per la messa al bando delle mine. Nel 1997, in Parlamento veniva promulgata la Legge Antimine.

Le linee guida dei percorsi didattici da svolgere nei diversi plessi della scuola elementare prevedevano riflessioni sull'inciviltà dei metodi violenti per risolvere controversie territoriali ed etniche, nonché sulla necessità di una pacifica e civile convivenza tra i popoli, fondata sul rispetto e sulla solidarietà. La pace è, infatti, tuttora, minacciata in Europa, come nel resto dei mondo, dalla circolazione di armi e ordigni "di distruzione di massa ad azione ritardata", peraltro utilizzati senza il rispetto delle più elementari norme di diritto internazionale umanitario.

Rappresentanti del mondo scientifico di molti Paesi, riunitisi presso

l'Università di Siviglia, nel 1986 avevano elaborato la "Dichiarazione di Siviglia sulla violenza", patrocinata dall'UNESCO nel 1989. Nel documento si evince che la violenza non è una inevitabile caratteristica biologica degli esseri umani, ma che essa è essenzialmente provocata da fattori socioculturali. Diventa quindi determinante l'importanza dell'educazione, intesa come complesso di quelle condizioni ambientali che influenzano positivamente l'evoluzione degli esseri umani. L'obiettivo è quello del contenimento degli impulsi distruttivi attraverso la comprensione dei diversi ordinamenti sociali e del punto di vista altrui. In altri termini, un'assertività di fondo, un'autodeterminazione che porti ad esprimere i propri bisogni senza arrivare al punto di doverli urlare, senza che si inneschino necessariamente conflittualità e deresponsabilizzazione.

La seconda Assemblea dei Piccoli, realizzata nell'anno scolastico 1999-2000, partendo dal Giubileo di fine millennio, evento non solo religioso, ma anche storico, culturale, spirituale e sociale, affrontava il tema dello sfruttamento del lavoro minorile, con il contributo dell'associazione "Mani Tese". Il prerequisito fondamentale per lo sviluppo del progetto era la conoscenza dei Diritti Internazionali dei Bambini e della Convenzione 138 dell'Organizzazione Mondiale del Lavoro.

L'iniziativa sviluppata dall'Assemblea dei Piccoli, nell'anno scolastico 2000-2001, secondo le prescrizioni della Circolare Ministeriale n. 205/90, della Pronuncia del CNPI del 23 aprile del 1992, della Circolare Ministeriale n. 73 del 2 marzo 1994, consisteva nel "Progetto interdisciplinare e interculturale per l'educazione alla convivenza democratica".

Più esplicitamente, la tematica affrontata dall'Assemblea dei Piccoli risultava essere la seguente: "Il pianeta è di tutti: difesa dell'equilibrio ecologico come punto di partenza per lo sviluppo della convivenza pacifica fra i popoli; il concetto di Nord e Sud del mondo fondato sullo scambio ineguale fra Paesi ricchi e Paesi poveri".

In quest'ultima occasione, i nostri bambini hanno dolorosamente imparato che i cibi che i bambini del nord del mondo amano di più, le banane, l'ananas, la cioccolata, provengono spesso dallo sfruttamento dei bambini del sud del mondo.

Ne consegue che, in un'ottica mondiale, fra i diritti inviolabili dell'uomo, si affermano sempre di più i valori della pace, della cooperazione internazionale, del rapporto con i Paesi in via di sviluppo, e dell'equilibrio ecologico.

L'Educazione alla convivenza democratica, che prevede un approccio trasversale alle discipline curricolari, richiede, pertanto, interventi programmati e coordinati da parte degli insegnanti, finalizzati a promuovere nei discenti, fin dall'infanzia, comportamenti civilmente e socialmente responsabili.

Il rispetto delle specificità individuali e la loro valorizzazione costituisce l'espressione dei princìpi della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo del 1948, che risuonano, peraltro, profondamente nella contemporanea Costituzione Italiana.

Sono state in seguito inserite nel nostro ordinamento, attraverso leggi di ratifica, la Convenzione europea dei diritti dell'uomo dei 1950 (l. n. 848 del 4 agosto 1955), la Convenzione internazionale contro il razzismo e per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale del 1966 (l. n. 6654 del 13 ottobre 1975) e la Convenzione internazionale sui diritti del fanciullo del 1989 (l. n. 176 del 27 maggio 1991). Tali documenti sono a fondamento, non solo dell'educazione alla convivenza democratica ed interculturale nella dimensione planetaria, ma anche della tutela delle minoranze e degli immigrati, nonché della prevenzione del razzismo.

La scuola è tenuta a far conoscere i principi universali trattati nei testi succitati e ad assumerli come cardini fondamentali della propria attività educativa.

Ulteriori collegamenti si propongono con l'educazione alla legalità intesa come promozione di una cultura dei valori civili (C.M. n. 302 del 25 ottobre 1993) e con l'Educazione alla Salute, che, partendo dal vecchio slogan "star bene a scuola", sviluppano in chiave culturale il tema "star bene con se stessi in un mondo in cui stiamo meglio".

Nell'anno scolastico 2001-2002, nel nostro Istituto i contenuti del Progetto Interculturale interdisciplinare per l'educazione alla convivenza democratica erano le "Fiabe e Favole nel mondo". Gli obiettivi generali del progetto erano rappresentati dall'ampliamento dell'orizzonte geografico e dalla promozione del decentramento rispetto alla propria cultura. Gli obiettivi specifici erano rappresentati dall'esplorazione e dalla conoscenza del magico e misterioso contenuto, nonché della struttura, delle favole di tutto il mondo nel contesto naturale e culturale del Paese originario della fiaba (privilegiando le fiabe della cultura di appartenenza dei bambini stranieri presenti nelle diverse classi).

Nell'anno scolastico 2002-2003, il titolo del Progetto Interculturale era "Accordiamoci e incontriamoci giocando con il mondo". Nel plesso centrale dell'Istituto di Largo Castelseprio il progetto era imperniato sulla musica e sulle danze nel mondo. In altre parole, sono stati proposti agli alunni percorsi formativi attraverso la musica, le danze e i giochi tipici di società diverse. Naturalmente in ogni classe sono state privilegiate musiche e danze tipiche della cultura di appartenenza dei bimbi stranieri presenti. Nell'ambito del progetto, sono state svolte esperienze didattiche interculturali in classe e sul territorio (adesione alla Carovana della Pace, Festa di Intermundia, ecc.), oltre ad iniziative umanitarie e di solidarietà; è stato persino ideato e realizzato un Diario interculturale. Alla fine dell'anno è stata organizzata una Fiera di plesso ed il primo giugno 2003... si sono aperte le danze per la 5° Assemblea dei Piccoli.

Ogni anno la nostra scuola lavora su un percorso diverso che ci vede impegnati congiuntamente sul progetto: quest'anno (a. s. 2003-2004) siamo in una pausa di studio e riflessione sul tema: "Il viaggio, le migrazioni, le contaminazioni", ovvero "viaggiare è... rischiare l'opportunità della contaminazione".

Gli obiettivi che il progetto si propone sono i seguenti: far comprendere agli alunni che la storia umana è caratterizzata dalla migrazione degli umani, degli animali e dei vegetali; guidare l'alunno a decentrarsi, ovvero a mettersi nel punto di vista dell'altro e, assumendo il punto di vista del migrante-viaggiatore, saper cogliere i segni della speranza-viaggio-ricerca-avventura, ma anche della disperazione-nostalgia e memoria-perdita d'identità-oblio-conflitto, che significa d'altronde comunicazione-curiosità-scoperta.

I contenuti attraverso i quali perseguire tali obiettivi sono per l'uomo: la migrazione determinata da eventi naturali, da modificazioni dell'ambiente o prodotte dall'uomo stesso, le migrazioni individuali e di massa, la migrazione come modalità di sopravvivenza; per gli animali: le migrazioni cicliche, in seguito ad eventi naturali, indotte dall'uomo; per i vegetali: la dissezione naturale, la migrazione indotta dall'uomo; per il cibo: le migrazioni dei generi alimentari che seguono le migrazioni dell'uomo; per le cose: migrazioni delle cose e delle invenzioni a seguito delle migrazioni degli uomini e del progresso delle comunicazioni; per le parole: la migrazione e contaminazione delle parole, i cosiddetti prestiti culturali...

E' vitale comprendere che in un qualsiasi incontro-scontro di culture diverse, non si può imporre o semplicemente proporre il proprio punto di vista senza ascoltare quello dell'altro. L'apertura all'ascolto implica anche l'apertura al non noto, ad un interscambio, ad un rimettersi in discussione. Tale apertura, scevra dalla paura di essere "contaminati" dall'altro, può essere molto arricchente e, soprattutto, viva, ricca di fermenti, presente.

Oltre all'esperienza personale sul campo, ritengo sia importante segnalare che, nel giugno dell'anno 2000, il VIS (Volontariato Internazionale per lo Sviluppo) ha siglato con il MIUR un protocollo d'intesa e di cooperazione da cui è, tra l'altro, derivata una ricerca esplorativa pilota volta a sviluppare progetti legati all'intercultura, che tengono in seria considerazione il punto di vista del bambino straniero.

Attraverso iniziative su più livelli, si tratta di favorire in ogni occasione l'incontro, l'interazione, la socializzazione, perché intercultura significhi in primo luogo educazione ad una civile convivenza democratica.

Paradossalmente, infatti, l'uguaglianza, ideale costituzionale al quale s'ispira il progetto educativo della nostra società, nella partecipazione alla vita comunitaria, nel rispetto e nella condivisione dei valori, deve tutelare la diversità e puntare alla valorizzazione delle differenze, non solo quelle più evidenti, quelle che hanno la matrice comune di ingenerare, stigma, pregiudizi e preconcetti.

Si tratta, semplicemente, di infondere alle nuove generazioni un messaggio di fiducia, pace e speranza in un mondo migliore.

Riferimenti bibliografici

Ardizzone M., "Psicologi a scuola: integrazione, costruzione, intersoggettività formativa", *Psicologia Scuola Qualità: un Approccio Integrato*, Atti del Convegno promosso a Roma dall'Ordine degli Psicologi del Lazio, 15-16 dicembre 2000.

Battiston N., Faelli F., "Esperienza di 'stage' d'orientamento per gli alunni delle classi terze - una proposta di ricerca-azione orientativa", *Quaderni d'orientamento*, 17.

Bigotta A., Mazotti S., De Cagno A.G., "Un'esperienza di collaborazione tra Servizi ASI, e Istituzione scolastica: un progetto di prevenzione della difficoltà strumentale di letto-scrittura", *Psicologia Scuola Qualità: un Approccio Integrato*, Atti del Convegno promosso a Roma dall'Ordine degli Psicologi del Lazio, 15-16 dicembre 2000.

Guiducci S., "Per i genitori", *Psicologia Scuola Qualità: un Approccio Integrato*, Atti del Convegno promosso a Roma dall'Ordine degli Psicologi del Lazio, 15-16 dicembre 2000.

Listorto S., "Il nostro lavoro con le scuole", *Psicologia Scuola Qualità: un Approccio Integrato*, Atti del Convegno promosso a Roma dall'Ordine degli Psicologi del Lazio, 15-16 dicembre 2000.

Nanni A., *L'educazione interculturale oggi in Italia*, Bologna, EMI, 1998.

Nava A., "Per i genitori", *Psicologia Scuola Qualità: un Approccio Integrato*, Atti del Convegno promosso a Roma dall'Ordine degli Psicologi del Lazio, 15-16 dicembre 2000.

Nicoletti W. (1991), *Argomenti di Medicina Sociale*, Roma, Lombardo Editore.

Robustelli F., Pagani C., "La Scienza contro la violenza", *Psicologia Scuola Qualità: un Approccio Integrato*, Atti del Convegno promosso a Roma dall'Ordine degli Psicologi del Lazio, 15-16 dicembre 2000.

Rusconi M., "Perché la scuola ha bisogno di Psicologia", *Psicologia Scuola Qualità: un Approccio Integrato*, Atti del Convegno promosso a Roma dall'Ordine degli Psicologi del Lazio, 15-16 dicembre 2000.

Scala V. "Il gruppo classe come risorsa. La rappresentazione del futuro nei giovani delle scuole superiori: una ricerca-intervento", *Psicologia Scuola Qualità: un Approccio Integrato*, Atti del Convegno promosso a Roma dall'Ordine degli Psicologi del Lazio, 15-16 dicembre 2000.

"Interculturalità e integrazione nella scuola elementare. Il punto di vista del bambino straniero", Progetto realizzato in collaborazione VIS-MIUR, a cura di: Paola Pinelli, Maria Cristina Ranuzzi, Daniela Coppola, Lorenza Decarli VIS - Settore Educazione allo Sviluppo (indirizzo web: www.istruzione.it/news/2002/vis 02.html).

L'immigrazione e la cultura della pace

Loredana Petrone
Dottoranda presso la Cattedra di Medicina Sociale, Direttore Prof. Walter Nicoletti
Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Università degli Studi "La Sapienza", Roma

Fin dalla sua origine, due milioni e mezzo di anni fa, il genere umano ha sentito, irresistibile, la spinta ad emigrare alla ricerca di altri e nuovi luoghi in cui poter sopravvivere e vivere. Noi umani siamo la specie migrante per eccellenza, anche perchè la nostra vita sin dal concepimento è un'esperienza continua di migrazione, cioè di separazioni piccole e grandi alla ricerca di nuovi e più alti livelli di integrazione col mondo circostante.

Sin dal concepimento lo spermatozoo migra verso l'ovulo per permettere che la 'vita' abbia inizio, seguiranno poi la nascita, lo svezzamento, la rinuncia alle pretese edipiche, l'adolescenza, le crisi dell'età di mezzo e della vecchiaia, i cambiamenti significativi di lavoro, di relazioni affettive, etc.

Stiamo parlando di un fenomeno che conosciamo bene, per esperienza diretta, e di cui conosciamo bene i rischi, in quanto ognuno di noi ha attraversato già molte 'frontiere' nella propria vita. La esperienza personale di 'migrazione' dovrebbe essere la cartina di tornasole per permetterci di capire ciò che l'immigrato prova quando si sradica dalla sua cultura di origine e si inserisce in un contesto che non gli è proprio, che non gli appartiene.

Come il neonato anche il migrante ha bisogno al suo arrivo di trovare un ambiente accogliente che funzioni da contenitore delle ansie confusionali, persecutorie, depressive. Ha bisogno di qualcuno che lo sostenga nell'elaborazione del lutto per ciò che ha perduto e che non chieda una precipitosa e maniacale assimilazione alla nuova cultura. Infatti, l'emigrante dovrà trovare un equilibrio dinamico tra depressione e maniacalità, tra passato e futuro, dovrà staccarsi dall'origine senza rinnegarla e vivere il nuovo senza sensi di colpa.

Come un neonato, l'immigrato passa al suo arrivo attraverso una fase di estrema sensibilità ai segnali di accettazione e di rifiuto, un periodo sensibile che determinerà in gran parte le sue successive capacità di adattamento. Questa fase dura all'incirca due anni e ha un ulteriore parallelo nello sviluppo infantile: l'andamento dei primi 18-24 mesi di sviluppo del bambino stabilisce lo spartiacque tra salute mentale e psicosi. Nell'emigrante si osserva, quando questo periodo

non ha prodotto una vera integrazione, il fenomeno del cosiddetto 'lutto rinviato' con la comparsa di tutta una serie di patologie.

I disturbi psicologici in cui l'immigrato può imbattersi sono: deliri, allucinazioni e depressioni.

A lato di questi disturbi strettamente psicopatologici vi sono tra gli immigrati anche comportamenti di tipo sociopatico quali: l'alcolismo, l'uso di droghe, la criminalità e la delinquenza minorile.

Il supporto sociale diviene, pertanto, un fattore predittivo di un migliore adattamento psicologico.

La strategia fondamentale per creare una società in cui l'accoglienza psicologica sia determinante per l'equilibrio è l'accettazione dell'altro, del 'diverso' da sé ed è realizzabile solo attraverso una cultura della Pace.

Cultura che può svilupparsi grazie all'empatia, cioè alla capacità di immedesemarsi nell'altro senza essere l'altro, grazie alla rievocazione delle esperienze di 'migrazione' vissute da ciascuno di noi. Solo attraverso l'uso dell'empatia è possibile sostenere l'immigrato.

L'accettazione della propria migrazione permetterà di superare tutte le differenze esistenti e ci consentirà di testimoniare anzichè condannare, operare anzichè predicare, sentire la gioia della condivisione e del servizio per superare l'emarginazione, la solitudine, il razzismo e permettere una sana integrazione.

Tuttavia, 'Educare alla Pace' è un compito arduo. La pace sembra a volte una meta davvero irraggiungibile

Sono convinta sostenitrice che si possa educare alla pace solo passando attraverso la pace familiare.

La famiglia resta il fulcro attorno a cui far ruotare il desiderio di pace che oggi più che mai anima i nostri cuori.

La famiglia è la fondamentale e insostituibile comunità educante, è il veicolo privilegiato per la trasmissione dei 'valori' che aiutano la persona ad acquisire la propria identità.

Famiglia e scuola portano in sé il futuro stesso della società; per tal motivo, il loro compito specialissimo è di contribuire efficacemente ad un avvenire di pace.

La famiglia e la scuola possono educare alla pace utilizzando le 'parole'.

Educare alla pace, infatti, è educare alla parola. Saper mettere in parole, sapersi esprimere, comunicare in maniera chiara il proprio pensiero rende un buon servizio alla pace. Acquisire un vocabolario per chiamare le cose con il loro nome, in particolare le emozioni, le rappresentazioni, i pregiudizi che portiamo con noi nella relazione, è un primo passo importante per trovare un terreno comune con l'altro. Chi non è consapevole dei propri moti interiori difficilmente può raggiungere, mantenere, riconquistare una relazione "pacifica".

Educare alla pace è educare ai sentimenti. L'attenzione educativa per i sen-

timenti e le emozioni non ha come fine principale il raggiungimento della felicità personale, il miglioramento delle prestazioni intellettuali e/o pratiche, ma è il primo passo serio verso una reale educazione alla pace, in quanto addestra il soggetto alla presa di coscienza e alla responsabilità.

Educare alla pace è educare al dialogo interiore, alla conoscenza di sé intesa come capacità di interrogarsi sulle azioni, gli scenari, le strategie, i pensieri e i sentimenti che abitano le nostre giornate. Questa non è un'educazione che si possa dare con mezzi istruttivi, che si possa inculcare con la forza o con l'esortazione moralistica. È un tipo di educazione che si forma negli anni della crescita grazie ai modelli, ai contesti favorevoli, alla guida di un mentore del quale si ha fiducia, ma viene poi coltivata e perfezionata nel corso di un'intera esistenza.

Educare alla pace è raccontare storie di pace che divengono cibo per il cervello, oltre che per il cuore.

Educare alla pace è anche educare al pensiero, alla libertà, alla creatività, allo sviluppo del potenziale umano di ciascuno. Non si può educare alla pace con la violenza, con mezzi coercitivi, di qualsiasi genere essi siano. Infatti, non si deve poi dimenticare che la guerra e la violenza non costituiscono soltanto forze disgregatrici atte ad indebolire e distruggere le strutture familiari; esse esercitano anche un influsso nefasto sugli animi, giungendo a proporre e quasi ad imporre modelli di comportamento diametralmente opposti alla pace.

La pace sociale, infatti, è un edificio che si costruisce giorno dopo giorno e la si può ottenere solo attraverso:

La verità, senza verità non c'è pace. Verità significa riconoscere la dignità della persona umana a qualunque etnia, cultura, religione appartenga, è il principio base della relazione umana, sia nel micro come nel macrosociale. Dall'uguale dignità degli esseri umani deriva la fondamentale uguaglianza.

La giustizia, senza giustizia non c'è pace. Il riconoscimento dei diritti umani, la loro effettiva promozione, in ogni parte del mondo, sono le grandi vie che conducono alla pace sulla terra.

L'amore, senza amore non c'è pace. Non può esserci pace quando le relazioni umane sia interpersonali che sociali, sono vissute nel timore, diffidenza, sfiducia nell'altro e negli altri popoli. L'amore presuppone e va oltre la giustizia, e apre alla speranza di una nuova condizione dell'umanità. L'amore è collaborazione leale, multiforme ed apportatrice di molti beni.

La libertà, senza libertà non c'è pace sociale. Nella prospettiva della libertà, l'umanità si apre al futuro di 'una famiglia umana' non più formata da popoli dominatori e popoli dominati.

Lo sviluppo, senza sviluppo non c'è pace. Sviluppo inteso come crescita economica, giustizia sociale e rispetto dell'ambiente.

La solidarietà, senza solidarietà non c'è pace. La solidarietà intesa come realizzazione del proprio bene attraverso la realizzazione del bene dell'altro

L'accettazione dell'altro, quindi, può essere sviluppata solo attraverso la cultura della Pace.

Ed è per questo che ho chiesto ad una mia amica poetessa di scrivere una poesia che possa essere il proclama dell'accettazione dell'altro, solleticando le corde più intime, facendo aprire le braccia nei confronti del 'diverso':

DIVERSO

Mi hanno chiamato diverso
e quella parola
tagliava l'anima
che così trafitta,
mi ripeteva eccheggiante
quel termine
graffiante,
come il mio gatto,
con i sensi ..sempre tesi.
Mi sono guardato allo specchio
attentamente,
e dei miei tratti
non mi sfuggiva niente.
Così regolari
da chiamarmi bello
nella mia terra
amata ed abbandonata.
Con gli occhi neri
carboni ardenti,
i miei denti perfetti e bianchi,
la pelle cioccolata
dai bianchi,
sofferta ed imitata.
Eppure mi hanno chiamato diverso...
E nell'universo
della stessa madre Terra,
provo disagio
per quell'uomo bianco,
che si nasconde dalla vita
usando le parole
….come difesa.
E per ogni diverso
le braccia sono chiuse,
le labbra serrate
gli occhi sempre altrove,
distaccati...
dall'amico cuore.
Per non vedere….
nella cecità dell'anima
nella sordità
della propria quotidianità
ci ritroviamo
a discutere
sulla parola PACE.
Una semplice parola
che ci trova paladini
dalla mattina alla sera,
da indurci…
a portare la sua bandiera.
Attenti e fieri,
giovani guerrieri,
affrontiamo l'universo
e di tanto in tanto,
usiamo la parola:
"DIVERSO".

(Patrizia Antonacci)

Educare alla Pace significherà, pertanto, valorizzare sempre la Persona Umana anzichè prevaricarla.

Riferimenti bibliografici

Bertini G. (1999), "Il lavoro clinico con bambini stranieri", in *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, vol.66.

Boucebci M. (1997), "Tra due rive", in Beneduce R., *Frontiere dell'identità*, Milano, Angeli.
Cardamone G., Inglese S. (1998), "Migrazione e malattia mentale nella realtà italiana (1978-1996)", in Lanternari V. e Ciminelli M.L. (a cura di), *Medicina, magia, religione, valori*, Napoli, Liguori.
Costarelli S. (1994), *Il bambino migrante*, Firenze, Giunti.
Grinberg L. e Grinberg R. (1990), *Psicoanalisi dell'emigrazione e dell'esilio*, Milano, Angeli.
Ippoliti L. (2000), *La matita spezzata*, Roma, Datanews.
Nicoletti W. (1988), *Argomenti di Medicina Sociale*, Roma, Lombardo Editore.