



Poliambulatorio S. Chiara
Palermo



Società Italiana di
Medicina delle Migrazioni



Centro Regionale di Riferimento e di Coordinamento
per la Medicina delle Migrazioni



ATTI DEL
CONGRESSO

IX **CONSENSUS CONFERENCE** SULL'IMMIGRAZIONE
VII CONGRESSO NAZIONALE SIMM

per una salute senza esclusioni

IX CONSENSUS CONFERENCE SULL'IMMIGRAZIONE
VII CONGRESSO NAZIONALE SIMM



PALERMO, 27-30 APRILE 2006



Presidenza della
Regione Siciliana



Provincia Regionale
di Palermo

**IX CONSENSUS CONFERENCE
SULL'IMMIGRAZIONE
VII CONGRESSO NAZIONALE SIMM**
“PER UNA SALUTE SENZA ESCLUSIONI”

27 – 29 APRILE 2006
PALERMO

ATTI

A cura di:
Mario Affronti
Salvatore Geraci
Gonzalo Castro Cedeno
Mariella Lupo
Daniela Carrillo
Giuseppina Cassarà

per una salute senza esclusioni

Gli Immigrati in Italia sono ormai quasi 3 milioni. La percentuale sulla popolazione residente ha quasi raggiunto la media europea che è oltre il 5%. Le dinamiche di aumento sono maggiori rispetto ad altre parti d'Europa ma le politiche sono ancora incerte e l'integrazione è debole.

Dal punto di vista sanitario, il profilo di salute è caratterizzato da condizioni di sofferenza dovuta a fragilità sociale, accoglienza inadeguata e accessibilità non diffusa. Se apprezzabili miglioramenti nelle politiche sanitarie e nell'impegno contro le disuguaglianze nella salute sono evidenti negli ultimi dieci anni, ancora c'è molto da fare.

La Consensus di quest'anno vuole fare il punto del cammino realizzato ma anche tracciare le strategie per gli scenari futuri.

Potremmo dire che questa è una Consensus interlocutoria tra quella del 2004 di Lampedusa esitata nel documento sulla formazione come elemento fondante per processi d'integrazione anche in ambito sanitario e quella del 2008, anno di rinnovo degli organi statuari della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, durante la quale vorremmo enfatizzare qualità ed efficacia dei nostri servizi con un documento sugli indicatori della salute degli Immigrati e delle linee guida su un "autoaccreditamento" delle strutture impegnate in questo ambito. E per arrivare a ciò ricordiamo gli appelli sui diritti e le politiche sanitarie (documento SIMM – ISMU – GNLBI di Milano e appello SIMM – OISG del 2005) che saranno traccia per la tavola rotonda con gli Amministratori regionali. Vogliamo fare ciò dando molto spazio alle esperienze locali.

Il programma preliminare prevede poche relazioni su alcuni ambiti specifici (profilo di salute, politiche, infermieristica e ospedale interculturale) e ben 6 sessioni di comunicazioni che saranno l'asse portante dell'incontro.

In totale prevediamo oltre 50 comunicazioni in plenaria e una sessione poster per le eventuali altre esperienze.

Un programma inizialmente incerto e certamente ambizioso: incerto poiché abbiamo puntato tutto sulla partecipazione disponibile e qualificata di quanti in Italia si occupano della Medicina e dell'Infermieristica in un ottica interculturale, della salute intesa in senso globale dove diritto, dignità, ricerca, assistenza e cura si coniugano insieme nella partecipe attenzione ad ogni persona, di qualsiasi cultura e storia appartenga; ambizioso poiché siamo certi, al termine dell'incontro, di avere elementi per ridefinire politiche e strategie che non escludano alcuno.

Salvatore Geraci e Mario Affronti

**VIII CONSENSUS CONFERENCE SULL'IMMIGRAZIONE
VI CONGRESSO NAZIONALE SIMM
LAMPEDUSA 5-8 MAGGIO 2004**

***Intervento del Presidente della Regione Siciliana
On.le Dott. Salvatore Cuffaro***

Con grande amicizia e piacere porgo il mio saluto ben augurante ai lavori dell'VIII Consensus Conference sull'immigrazione in questi giorni in svolgimento a Lampedusa, ed in modo particolare ai numerosi e qualificati ospiti italiani e stranieri qui giunti, per confrontarsi su un tema così attuale ed importante.

Un saluto particolare mi sia consentito rivolgere agli organizzatori cui mi legano tanti anni di profonda stima e conoscenza in campo professionale e sociale, per le molteplici iniziative che hanno saputo portare avanti in questi anni, di cui questo VIII Congresso è uno dei frutti più preziosi.

Quando alcuni mesi or sono mi invitarono a partecipare a questi lavori, eravamo nel pieno della emergenza immigrazione. Quasi quotidianamente vi erano sbarchi di clandestini, alcuni dei quali si erano conclusi in modo tragico. Fu spontaneo in quella circostanza pensare a Lampedusa, primo lembo del fronte sud dell'Europa a quell'epoca, come luogo simbolico per parlare di medicina per l'immigrazione e di politiche sanitarie per gli stranieri.

Oggi possiamo dire che la scelta fu giusta e Lampedusa può essere oggi teatro non di tragici avvenimenti ma di un lavoro e di un approfondimento comune fra qualificati esponenti di questo particolare settore della medicina, che assume sempre più una valenza strategica nelle politiche socio-sanitarie delle Istituzioni nazionali e locali.

La Sicilia ha una grande responsabilità e un grande compito da svolgere. Per motivi storici, culturali e politici è tornata ad essere punto di snodo decisivo per tante scelte che vanno fatte attorno al delicato tema dell'accoglienza agli stranieri.

Senza voler affrontare il tema troppo da lontano, è utile ricordare che il problema delle migrazioni dei popoli nel Mediterraneo è vecchio quanto la storia umana e che, ha contribuito molto a diffondere culture e civiltà. Stupisce, invece, che anche al giorno d'oggi, in piena globalizzazione esso continua a riproporsi a noi tutti, con tanta drammaticità.

Esso si presenta oggi sotto molteplici aspetti, ma due mi sembrano predominanti:

- la concomitante presenza in Europa di fenomeni migratori e immigratori: anche in Sicilia, ove esistono profondi fenomeni di ritardato sviluppo, accade che vi siano stranieri che vi trovano lavoro, mentre tanti giovani, soprattutto scolarizzati vanno via per trovare lavoro in altre nazioni europee. La prima conclusione è che dobbiamo abituarci a parlare di mobilità complessa e articolata, che porterà i lavoratori e le loro famiglie a spostarsi sempre più spesso e con maggiore facilità, an-

che grazie alla facilità di accesso ai più veloci mezzi di locomozione.

- Il secondo aspetto deriva dal fatto che tendono ad aumentare coloro che abbandonano i propri paesi per motivi di sicurezza e di natura politica, facendo aumentare il numero di coloro che chiedono asilo politico. La sicurezza e la democrazia, come la speranza per il benessere economico, sono un bene prezioso che, se diffusi con la persuasione e non imposti, tendono a radicarsi sempre più, a tal punto che molti sono disposti anche a morire, per migliorare le proprie condizioni di vita. La diffusione e il sostegno dei principi democratici e di sicurezza e qualità della vita sono, pertanto, un impegno che l'Europa deve rispettare nel quadro dell'aiuto allo sviluppo.

Una concezione più moderna e sviluppata del fenomeno migratorio ha portato in questi anni ad evidenziare un aspetto che nel secolo scorso era pressochè assente: quello dell'accoglienza. Accogliere l'immigrato, legale o illegale che sia, è una espressione matura della democrazia e della convivenza civile, perché esprime una modalità di attenzione all'altro, che in questo caso è addirittura uno straniero, che società meno sviluppate e più fondate sul profitto individuale, ignoravano o sottovalutavano.

Ecco perché, avvenimenti drammatici come quelli accaduti sulle coste siciliane in questi anni colpiscono le nostre coscienze e ci interrogano innanzitutto sul valore della nostra convivenza civile. Il nostro sistema democratico non ci fa sopportare che altri essere umani come noi, meno fortunati ma allo stesso modo meritevoli del nostro benessere, possano morire in una guerra per la sopravvivenza che non hanno potuto nemmeno combattere.

Noi siciliani veniamo da lunghi anni di emigrazione, nei quali siamo stati accolti da altre nazioni e altri popoli. Oggi, ricordando quei periodi così duri e difficili, dobbiamo avere altrettanta capacità di accoglienza verso quanti decidono di permanere in Sicilia.

Questi avvenimenti giudicano innanzitutto la politica, espressione primaria della democrazia, che, se non è disposta a servire l'uomo e i suoi bisogni, si trasforma in un'arma contro l'uomo e le sue aspirazioni più profonde.

Sul campo dell'accoglienza agli stranieri l'Italia da sempre ha mostrato disponibilità, generosità e professionalità, dando vita a numerosissimi esempi di strutture finalizzate a questo scopo, quasi sempre gestite da volontari che, in ossequio al principio di sussidiarietà, hanno prodotto esperienze di alto valore civile e sociale.

In questi anni "la piccola carità che soccorre senza dir nulla", come Madre Teresa ci ha insegnato col suo silenzio, ha fatto sì che chiunque sia giunto nel nostro paese ha trovato una mano ed un sorriso ad accoglierlo, anche se poi lo Stato, in ossequio alle sue leggi, ha provveduto a rimpatriarlo nel paese di origine. Una nazione moderna e democratica deve saper coniugare congiuntamente il rispetto delle leggi e il rispetto dell'uomo, al fine di salvaguardare l'interesse collettivo, senza umiliare il diritto del singolo.

Questo particolare modo di attuare l'accoglienza degli stranieri ci ha consentito, soprattutto negli ultimi anni, di capire e seguire il percorso di queste persone, di va-

lutarne la titolarità a permanere in Italia o in Europa, avviandone la fase dell'integrazione nel modo più celere e certo, in un'ottica sempre meno italiana e sempre più europea.

Ciò ha fatto sì che l'Italia intera, anche nelle zone del paese che, soprattutto a parole, esprimono più difficoltà ad accettare questi nuovi compagni di lavoro o di condominio, compisse il primo e più importante passo nelle politiche di integrazione: quello di concepire l'immigrato come una risorsa per il Paese e non come una emergenza.

Questo principio tarda a consolidarsi in tutta Europa. Il vecchio continente, dopo aver fornito linfa vitale nei secoli scorsi ad altri continenti, oggi si trova a dover dipendere, per molti e complessi fattori, dall'ingresso di nuove energie che, provenendo da est e da sud, contribuiranno certamente a proseguire quella storia di civiltà e progresso che ne ha fatto un faro per tutti i popoli del mondo.

Ma a questo punto l'Europa, che da alcuni giorni si è arricchita di altri 10 Paesi, la nuova Europa, unita dalla moneta, dai commerci, dall'economia, dalle banche, desiderosa di confrontarsi da pari a pari con gli Stati Uniti, rischia di perdere la bussola, rinunciando a dotarsi di una politica comune in tema di integrazione degli stranieri.

Anche per questo motivo abbiamo chiesto come Sicilia e continuiamo a chiedere che l'Unione Europea si doti di una Commissione per i Paesi della zona sud, come già accaduto per quelli dell'est; solo così i problemi dell'immigrazione possono trovare una organica trattazione e soluzione, facendo sì che siano assunti da tutta l'Unione.

Altro strumento che abbiamo chiesto la costituzione di un parlamento dei Paesi del Mediterraneo, che potrebbe costituire un luogo di dibattito e di indicazione autorevole per le tante questioni ancora irrisolte.

C'è il rischio che vecchi egoismi prevalgano su nuove solidarietà, che modesti localismi abbiano la meglio su politiche di internazionalizzazione delle risorse e degli interventi, le uniche vie in grado di affrontare un fenomeno migratorio di tali dimensioni.

Ancora una volta l'Unione Europea, così giustamente desiderosa di darsi un sistema costituzionale unico, stenta a comprendere la necessità di un scatto di unità su tema che la coinvolge e la coinvolgerà tutta, in tutte le sue regioni e in tutti i suoi abitanti.

In Sicilia, che da sempre per storia e tradizione è luogo di incontro e confronto di popoli con etnie, religioni, culture ed esperienze diverse, abbiamo avviato già da alcuni anni concrete politiche sociali, volte a garantire standard di assistenza sufficienti per accelerare il processo di integrazione dei nuovi venuti.

Abbiamo già aree consolidate di integrazione localizzate in almeno tre zone: Mazara del Vallo, per la pesca, la provincia di Ragusa per l'agricoltura, le aree metropolitane di Palermo, Catania e Messina, per il resto. In questi casi siamo già alla seconda e terza generazione di immigrati che hanno ormai compiuto la scelta irreversibile di non fare ritorno in modo definitivo in patria.

La nostra politica per l'integrazione si muove in cinque settori: scuola, salute, abitazione, lavoro, diritti civili e politici. La scuola, è stato ormai accertato, è il vero primo impatto con la struttura organizzativa ed istituzionale del nostro paese. Decidere di mandare i propri figli nelle nostre scuole è il primo passo di non ritorno.

Le nostre scuole, in tutta Italia sono sempre più multietniche. Nell'ultimo anno hanno ospitato 232.766 alunni stranieri, il 30% in più rispetto all'anno precedente. I dati del Ministero dell'istruzione, dicono che il 2,6% della popolazione scolastica parla (a casa) straniero, e stimano che nel 2010 il numero di studenti stranieri dovrebbe essere compreso tra 488 e 566 mila.

Dopo la scuola, è la salute il bisogno più impellente per i tanti stranieri che abitano fra noi. Proprio il CNEL, del cui prezioso apporto vi avvalete anche per i lavori di questa VIII Consensus, nel "Documento programmatico triennale 2004/2006 sulla politica dell'immigrazione", dello scorso 25 marzo, definisce la salute quale "patrimonio fondamentale dell'immigrato e della sua famiglia", e specifica che "le politiche regionali ed aziendali devono assicurare, con un adeguato monitoraggio", la certezza dell'applicazione della normativa per "evitare discrezionalità ed esclusioni, come purtroppo accade a danno soprattutto dei richiedenti asilo, dei regolarizzati, dei momentaneamente disoccupati, degli irregolari temporaneamente presenti".

Il nostro sistema sanitario nazionale, pur tanto criticato perché costoso, è certamente di primordine rispetto a quello che costoro si sono lasciati alle spalle. La sensibilità e generosità dei nostri operatori sanitari ha prodotto finora ottimi risultati, in termini di assistenza per tutti coloro che ne hanno avuto di bisogno. Ma abbiamo fatto di più anche in favore dei tanti stranieri giunti in Italia e in Sicilia solamente per curarsi, magari perché vittime di violenze in zone del mondo ove infuria la guerra.

Questo problema porta come conseguenza quello dei costi e della contribuzione a carico di tutti gli utenti. Ciò può avvenire solo dal lavoro regolare e dai versamenti contributivi. Su questo terreno scontiamo ritardi storici e culturali che non consentono a datori di lavoro e lavoratori di comprendere che è più conveniente per tutti uscire dall'illegalità del lavoro nero. Abbiamo intrapreso innumerevoli interventi di controllo e di repressione, ma ciò che necessita è un diffuso convincimento che i diritti non sono un obbligo ma un interesse che ha un prezzo da pagare.

Quello che ho descritto è un processo di lunga durata che va perseguito con convinzione e continuità perché possa dare risultati duraturi; ma nel frattempo questi nostri fratelli vivono con noi e da noi attendono quelle risposte che una condizione umana spesso avversa non ha dato loro.

L'incontro con un altro uomo in grado di curare la malattia ha costituito spesse volte il primo serio e concreto incontro con il nostro paese e con i suoi servizi più importanti.

Come anche voi avete più volte affermato siamo ormai usciti dalla fase dell'emergenza del primo impatto e ci siamo avviati con convinzione e dedizione in quella dell'integrazione, che passa anche per quella sanitaria.

Conosco molte splendide testimonianze di tanti operatori che da anni dedicano

tempo, risorse, energie, professionalità a questo settore così delicato della medicina, conseguendo lusinghieri risultati che molte di queste persone riportano in vario modo nei paesi di origine. La nostra, talvolta giustamente, vituperata sanità pubblica, gode all'estero di un notevole credito che ci rende oggetto di riconoscimento e gratitudine, come potrei testimoniare attraverso tanti casi che ho potuto seguire personalmente.

Ma le istituzioni regionali non possono limitarsi a riconoscere il valore e l'impegno dei suoi cittadini ed operatori. Invocare il principio di sussidiarietà come criterio di azione di Governo vuol dire saper e voler sostenere e valorizzare questo impegno con iniziative legislative e interventi amministrativi che sappiano aggiungere ciò che i singoli non possono dare e giungere a risultati di valore pubblico e sociale alla portata di tutti.

In quest'ottica abbiamo voluto porre all'attenzione della Regione la Medicina Umanitaria, facendone oggetto di una legge specifica dell'anno scorso volta a sostenere anche finanziariamente l'impegno di quanti, e sono molti, operano in questo delicato settore, spesso in modo silenzioso ma sempre qualificato.

In particolare abbiamo previsto che "L'Associazione internazionale per la medicina umanitaria è autorizzata a far pervenire nei Paesi in via di sviluppo che ne facciano richiesta ufficiale, apparecchiature, strumentazioni e materiale sanitario in genere, utilizzabili per la diagnosi e cura delle malattie, quale frutto di donazioni da parte di privati, aziende unità sanitarie locali e aziende ospedaliere operanti nell'ambito della Regione" (art.2).

Con la legge finanziaria del 2002 avevamo già stabilito che attrezzature sanitarie da dismettere per obsolescenza, purché idonee all'uso, possono essere donate ad Emergency per essere utilizzate nei paesi in via di sviluppo.

All'interno di questo quadro di riferimento abbiamo più recentemente emanato uno specifico decreto, quello del 4 luglio 2003, che abbiamo definito "Linee guida per l'assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari della Regione Siciliana" volto ad intervenire in modo organico e completo su questo specifico settore.

In esso sono individuate tre tipologie di intervento al fine di cogliere tutto lo spettro delle problematiche, ovviamente con diverse modalità. In particolare sono previsti interventi per:

- Cittadini extracomunitari in regola con le norme di soggiorno;
- Cittadini extracomunitari volontariamente iscritti al servizio sanitario nazionale;
- Cittadini extracomunitari temporaneamente presenti non iscritti al servizio sanitario nazionale.

Sono inoltre individuate le forme di rimborso per le prestazioni rese, in caso di comprovata urgenza, a tutte le tipologie di stranieri presenti nel nostro territorio, al fine di mettere nelle condizioni i nostri operatori del servizio sanitario di poter prestare ogni tipo di intervento consentito, senza dover far ricorso a prestazioni straordinari o personali.

Il decreto prevede, inoltre,

- riunioni periodiche per i referenti aziendali dell'immigrazione, affinché le opportunità in esso previste possano essere applicate in modo omogeneo e conforme su tutto il territorio regionale.
- attività formative per gli operatori addetti e l'inserimento dei mediatori culturali nel servizio sanitario.

Aiutare la creazione di sistemi locali di Welfare, efficienti e sostenibili, consentirà di contrastare il ruolo del potere criminale come fornitore di protezione, servizi e lavoro, aspetto questo, non secondario dell'immigrazione clandestina. Occorrerà creare strumenti che realizzino trasparenza e responsabilità delle amministrazioni pubbliche, prevedendo spazi di libera circolazione per limitare il fenomeno delle immigrazioni illegale, realizzando attività di protezione delle vittime della tratta tramite associazioni sociali sostenute dalle istituzioni locali.

Da questo convegno attendiamo utili indicazioni per consentire al Governo della Regione di individuare nuovi e sempre più efficaci strumenti di intervento nei confronti di queste nuove fasce di popolazioni.

La salute bene primario e insostituibile richiede interventi universalistici che proprio le popolazioni immigrate attendono come segno tangibile della nostra accoglienza e della nostra capacità di integrazione.

Desidero concludere dandovi comunicazione di aver aderito come Governo della Regione alla proposta di emanare una direttiva europea per l'estensione dell'assistenza sanitaria a tutti gli stranieri comunque presenti nel territorio dell'Unione Europea, per assicurare la piena realizzazione del diritto alla salute per ogni individuo.

Mi farò carico di sostenere tale utile iniziativa nelle sedi opportune e di coinvolgere i Ministri competenti, anche al fine di dare concreta attuazione agli argomenti oggi affrontati.

E con questo impegno e col rinnovato invito a lavorare in sinergia, Vi saluto e Vi auguro buon lavoro.

VIII CONSENSUS CONFERENCE IMMIGRAZIONE **Lampedusa, maggio 2004**

Considerazioni conclusive

di Salvatore Geraci

Presidente Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Dalla tre giorni siciliana, emerge con forza l'indicazione della formazione degli operatori in un'ottica di reciprocità, come elemento determinante per l'integrazione.

Dal 5 all'8 maggio si è svolta a Lampedusa l'VIII Consensus Conference su temi sanitari dell'immigrazione. I maggiori esperti italiani su questi temi si sono incontrati ed in tre giorni di intenso lavoro ed hanno fatto il punto sul fenomeno.

Ancora una volta gli studi presentati e raccolti in un prezioso libro degli atti, mostrano come la maggior parte delle patologie di cui sono affetti gli immigrati, scaturiscono dalle scadenti condizioni abitative, lavorative, dalle difficoltà di relazione e di socializzazione, dal grado di accesso ai servizi sanitari. I dati sanitari disponibili evidenziano infatti una fragilità sociale di questa popolazione che, pur nella sua eterogeneità, mostra situazioni di sofferenza sanitaria (malattie da disagio, infortunistica soprattutto sul lavoro, alto ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza, alcune malattie infettive prevenibili, ...) in gran parte imputabile a incerte politiche di accoglienza ed integrazione, a difficoltà di accesso ai servizi, a problematiche relazionali-comunicative.

Ancora oggi persistono barriere organizzative per le quali il dibattito politico sull'immigrazione certamente non facilita la risoluzione; ancora oggi permangono atteggiamenti ostili come se un operatore potesse scegliere chi assistere e chi no, trincerandosi spesso dietro una zelante attenzione a formalismi pretestuosi quanto inutili.

E' stato riaffermato con decisione che almeno tre devono essere, ancora oggi, gli ambiti di azione privilegiata per garantire realmente agli stranieri pari opportunità rispetto ai cittadini italiani, per l'accesso ai servizi e per la fruibilità delle prestazioni sanitarie come sancito dalle leggi in vigore.

- **Certezza del diritto:** a livello centrale e soprattutto localmente è importante un'azione di monitoraggio del grado di applicazione della normativa per evitare discrezionalità applicative che provocano incertezze ed esclusione (ancora oggi sono molte le segnalazioni di strettoie burocratiche amministrative spesso pretestuose che impediscono ai cittadini stranieri di iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale

pur avendone il diritto con particolare riferimento ai richiedenti asilo, ai regolarizzati, ai momentaneamente disoccupati, o di usufruire di percorsi assistenziali adeguati con riferimento agli stranieri temporaneamente presenti). Puntuali chiarimenti emanati centralmente o perifericamente possono correggere impostazioni arbitrariamente restrittive.

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

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

Si delinea anche una progettualità specifica nell'ambito della medicina preventiva interculturale che possa essere culturalmente compatibile e, nel contempo, coerente con le indicazioni di maggior evidenza di criticità socio-sanitaria (per esempio prevenzione dell'ivg, degli incidenti sul lavoro, strategie per migliorare la compliance e prevenire la trasmissione di malattie infettive).

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

VIII CONSENSUS CONFERENCE SULL'IMMIGRAZIONE

Lampedusa, maggio 2004

RACCOMANDAZIONI SULLA FORMAZIONE

Premessa

Al termine della VIII Consensus Conference, la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), nel ritenere che la **formazione** degli operatori nel campo della MdM sia uno strumento rilevante e strategico per la reale integrazione degli stranieri immigrati nella direzione di una effettiva reciprocità, formula le seguenti **raccomandazioni**, impegnandosi ad affiancarle con strumenti di supporto che saranno progressivamente proposti e diffusi.

I soci che, nelle diverse forme di aggregazione possibili, intendono proporre eventi formativi richiedendone l'Accreditamento alla SIMM, sono invitati a farlo secondo modalità condivise ed omogenee; in particolare, la SIMM intende facilitare l'effettuazione di tali iniziative con il supporto di una griglia descrittiva e di alcuni suggerimenti operativi, nonché di ulteriori strumenti didattici e valutativi. La concessione dell'Accreditamento terrà conto della coerenza con le Raccomandazioni di seguito enunciate.

Raccomandazioni sulla formazione

Nella fase di elaborazione del progetto formativo si raccomanda di:

1. identificare il livello formativo più congruo alle esigenze locali, prevedendo eventuali aggregazioni in moduli successivi;
2. curare la completezza e l'equilibrio interno delle tematiche trattate.

Con riferimento alla proposta di **Corsi di Base**, vengono individuate come indispensabili le seguenti tematiche:

- ◆ Aspetti socio-demografici.
- ◆ Aspetti clinico-epidemiologici.
- ◆ Aspetti normativi.
- ◆ Aspetti relazionali.
- ◆ Aspetti relativi all'organizzazione e integrazione dei servizi in un'ottica di 'percorsi assistenziali'.

Tutte le tematiche dovrebbero essere affrontate affiancando al contesto generale (nazionale e regionale) quello specifico locale.

- Tentare di coinvolgere, nella promozione dei Corsi, i diversi attori istituzionali e non istituzionali (Università, Asl, Enti Locali, Comunità straniere, Terzo Settore, altre realtà locali significative);
- promuovere il più possibile la realizzazione di proposte formative che si rivolgano, in qualità di destinatari, a tutti i possibili attori coinvolti nel percorso di vita e di assistenza del paziente straniero (figure amministrative, con particolare riferimento agli operatori addetti all'orientamento ai servizi; personale di assistenza socio-sanitaria: infermieri, medici, psicologi, assistenti sociali, mediatori linguistico-culturali, volontari...);
- privilegiare le soluzioni residenziali per facilitare la conoscenza tra i partecipanti e la condivisione delle esperienze, anche allo scopo di favorirne la messa in rete;
- contenere il numero dei partecipanti in modo da renderne effettivamente possibile il coinvolgimento diretto attraverso interventi, testimonianze, etc. e in modo da agevolare la conduzione di lavori di gruppo/esercitazioni;
- prevedere spazi effettivi per gli interventi e le interazioni tra e con i partecipanti;
- prevedere momenti di valutazione iniziale e finale attraverso strumenti semplici e affidabili (pre- e post-test);
- nel caso che le proposte formative già accreditate vengano reiterate, sottoporle a rivalutazione critica, nell'ottica di un adattamento e aggiornamento.

Nella fase di realizzazione dell'evento formativo si raccomanda di:

- supportare sempre, laddove possibile, il messaggio formativo con solide basi scientifiche, rigore metodologico e informazioni aggiornate;
- agganciare i contenuti formativi alle proprie esperienze dirette (anche attraverso il ricorso a storie esemplari e casi specifici);
- stimolare e valorizzare le esperienze e le testimonianze dei partecipanti;
- saper lavorare sui pregiudizi ed evitare la "trappola" della contrapposizione ideologica;
- utilizzare approcci e modelli pedagogici 'centrati sul discente' e che valorizzino l'apprendimento attivo basato sull'esperienza;

- promuovere e supportare iniziative ulteriori di cui si rendano protagonisti gli stessi partecipanti (ad es. progetti di ricerca e formazione, gruppi di studio, circoli di qualità, etc.).

Per quanto riguarda le richieste di **patrocinio**, la SIMM, in coerenza con il proprio Regolamento, valuta, attraverso le proprie Unità Territoriali (ove presenti) o direttamente a livello centrale, la possibilità di concederlo, anche con riferimento alle garanzie di ordine generale che l'iniziativa sembra offrire relativamente allo spirito delle Raccomandazioni enunciate e alle proprie Linee Programmatiche.

COMUNICATO STAMPA

Immigrati: diritti negati a Lampedusa

Il recente dibattito sulle condizioni di vita nei Centri di Permanenza Temporanea, provocato da un reportage giornalistico pubblicato dall'Espresso, ha suscitato una riflessione anche nel mondo medico e scientifico.

L'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, un organismo indipendente costituito nel 2002 con la volontà di colmare il vuoto di informazione e di promuovere il reciproco scambio tra medici, scienziati e operatori sullo stato di salute della popolazione in relazione al contesto politico, economico e sociale, e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni che, dal 1990, con oltre 500 soci, raccoglie le esperienze dei maggiori centri sul territorio nazionale che si occupano di assistenza sanitaria agli stranieri, ed è coinvolta direttamente dalle storie di tanti pazienti che hanno vissuto sulla loro pelle (e sulla loro psiche) la devastante esperienza dei Cpt, hanno predisposto un documento comune con lo scopo di tenere alta l'attenzione sul tema dei diritti umani e per sottolineare la necessità che i medici e le loro organizzazioni svolgano sempre e comunque il ruolo di "difensori della salute fisica e psichica della persona umana, senza discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, quali che siano le condizioni istituzionali nelle quali operano" (Codice di Deontologia medica, Art. 3).

Osservatorio Italiano sulla Salute Globale: www.saluteglobale.it

Presidente: Gavino Maciocco – gavino.maciocco@unifi.it

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni: www.simmweb.it

Presidente: Salvatore Geraci - s.geraci@areasanitaria.it

Per informazioni e adesioni: ardigma@med.unibo.it

LETTERA APERTA AI MEDICI ED ALLE ORGANIZZAZIONI MEDICHE

Il reportage sul centro di permanenza temporanea di Lampedusa non ha sorpreso i sanitari che operano con la popolazione immigrata, poiché la testimonianza del giornalista dell'Espresso è coerente con i racconti dei pazienti che quotidianamente frequentano i servizi di assistenza sanitaria agli stranieri.

I Cpta (Centri di Permanenza Temporanea e Assistenza) sono da anni uno spazio sottratto finora al controllo della società, al loro interno non è permesso l'accesso come osservatori nemmeno ai Parlamentari, ai Presidenti delle Regioni ed alle Commissioni per i diritti umani delle Nazioni Unite.

I Cpt sono stati e sono al centro di molte inchieste da parte della magistratura a causa di violazioni dei diritti umani, in accordo anche a quanto denunciato da associazioni civili internazionali come Amnesty Internazionali e Medici Senza Frontiere. Non stupisce quindi che a denunciare ancora una volta le violazioni diritti umani, i trattamenti crudeli inumani o degradanti, debba essere un reporter costretto a fingersi clandestino.

I diritti umani sono una conquista di civiltà raggiunta con fatica, ma sono una conquista universale, come sancito dalla Dichiarazione sulla razza e i pregiudizi razziali delle Nazioni Unite, adottata il 27 dicembre 1978, che recita all' art.1: "Tutti gli esseri umani appartengono alla stessa specie e provengono dallo stesso ceppo. Essi nascono uguali in dignità e diritti e fanno tutti parte integrante dell'umanità." Esiste oggi il pericolo che una parte consistente della popolazione mondiale venga privata di fatto dei diritti basilari, creando un pericoloso precedente che mette a repentaglio tutti. I medici hanno un ruolo fondamentale e riconosciuto nella tutela dei diritti della popolazione a cominciare dal diritto alla salute.

Non pochi tra gli immigrati che sbarcano sulle coste italiane sono profughi che legittimamente chiedono asilo al nostro Paese. Alcuni di loro, vittime di violenze o torture nei paesi di origine, sono persone traumatizzate psichicamente e quindi estremamente vulnerabili che possono avere crisi psicopatologiche anche gravissime se esposti nuovamente a condizioni di trauma.

Come richiamato dal Protocollo di Istanbul delle Nazioni Unite, dalla Dichiarazione di Tokio dell'Associazione Medica Mondiale e più volte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, in conformità al nostro codice deontologico, lanciamo un appello a tutti i medici ed alle loro organizzazioni perché si impegnino risolutamente nella difesa dei diritti umani:

- Riconoscendo e testimoniando i casi di tortura, violenza e crudeltà, non falsificando le prove mediche delle stesse e non compiendo atti o omissioni in grado di nasconderle o confonderle
- Mettendo in atto ogni comportamento possibile per porre fine alle condizioni di abuso e ponendo le condizioni per cui queste non debbano più ripetersi
- Difendendo l'indipendenza della professione medica dalle ingerenze del potere politico, giudiziario e dalle forze dell'ordine
- Denunciando ed opponendosi all'elaborazione di politiche sanitarie discriminatorie
- Testimoniando in maniera attiva presso l'opinione pubblica sugli abusi e le violazioni dei diritti umani a cui hanno assistito.

Crediamo che un intervento attivo dei medici e delle loro organizzazioni possa e debba far emergere situazioni come quella del Cpt di Lampedusa senza bisogno di finti immigrati e possa d'altra parte prevenire che accada ancora ad altre persone.

La sindrome di Salgari ... 20 anni dopo¹

di Salvatore Geraci

Immense jungle formate da bambù alti quindici e più metri, si estendevano a destra e a sinistra dell'imponente fiume, coprendo quelle terre basse e fangose che chiamansi le Sunderbunds del Gange, rifugio favorito delle tigri, dei rinoceronti, dei serpenti e dei cocodrilli. Un numero infinito di uccelli acquatici volteggiavano sopra le rizophore che coprivano le rive, ma nessun abitante si vedeva.

Aironi giganti, le grandi cicogne nere, ibis brune, e bruttissimi e colossali arghilah, allineati come soldati sui rami curvi dei paletuvieri, facevano la loro toletta mattutina, spennacchiandosi a vicenda; mentre in alto stormi di anitre bramyniche, di marangoni e di folaghe s'inseguivano e folleggiavano giocondamente, per precipitarsi poi tutti in acqua allorquando qualche banda di manghi, quei deliziosi pesci rossi del Gange, commetteva l'imprudenza di mostrarsi.

Emilio Salgari, *Le due tigri*, 1904

La sindrome di Salgari

Ho conosciuto Salgari ed i suoi personaggi prima dai racconti di mia madre, poi da vecchi libri di mio padre ed infine dall'indimenticabile serie "Sandokan" trasmessa dalla televisione di Stato a metà degli anni '70 che raccolse 27 milioni di telespettatori affascinati dall'esotico e dai primi colori televisivi.

Emilio Salgari che così abilmente ci ha introdotto e catturato in un mondo diverso dal nostro, che ha fatto sognare intere generazioni in epoca preglobalizzata senza le immagini, le conoscenze ed il turismo di oggi, non ha mai visto quei luoghi così dettagliatamente descritti: l'unico viaggio che ha veramente fatto è stato per tre mesi su e giù lungo l'Adriatico a bordo dell'*Italia Una*. Salgari nasce a Verona nel 1862, intraprende gli studi nautici che non concluderà, ma questo non gli impedisce di fregiarsi per tutta la vita del titolo di "capitano". Già a vent'anni il suo primo saggio intriso di esotico e da allora una serie enorme di avventure scritte e di successi (spesso postumi). Meno fortuna sul piano della vita familiare; nel 1892 sposa Ida Peruzzi, affetta da disturbi di salute mentale, e per questo si trasferisce con la famiglia a Torino (per poter più facilmente accedere a Collegno, sede di un grande ospedale psichiatrico). Salgari stesso dovrà affrontare continui problemi di salute e presto anche notevoli ristrettezze economiche. Nel 1910 lo stato di malattia della moglie si aggrava e Salgari tenta una prima volta il suicidio. Successivamente, al

¹ Pubblicato su *Janus*, n° 21 (primavera 2006), pp. 21 e seg.

ricovero definitivo della moglie in manicomio, egli si toglie la vita come aveva fatto suo padre nel 1889 e come farà pure suo figlio Romero nel 1931.

Tutto ciò non ha però minato la grande popolarità degli eroi salgariani spesso amplificata dalla diffusione di oltre un centinaio di opere false, attribuite allo scrittore da editori senza scrupoli e messe in giro, addirittura, dai figli stessi.

E così che personaggi come Sandokan, Yanez, la Perla di Labuan, i Tigrotti di Mompracem o il Corsaro Nero hanno vissuto di “vita propria”, sono stati conosciuti in tutto il mondo, senza limiti geografici o di tempo, anche da chi non ha mai letto una sola pagina della voluminosa bibliografia (oltre 80 romanzi) dell’autore veronese.

Ma cosa c’entra Salgari con i problemi di salute degli immigrati? Qual è il punto d’incontro tra uno scrittore fervido di fantasia di oltre un secolo fa e il fenomeno di trasformazione sociale che stiamo attualmente vivendo?

Quando, circa 20 anni fa, in Italia si cominciò a parlare di *medicina delle migrazioni*, era acceso il dibattito politico che affrontava il tema della salute di questa popolazione evocando il rischio di importazione di malattie infettive in un binomio che nella storia dell’umanità è stato spesso associato. Proprio in quegli anni l’allora ministro della sanità, on. Francesco De Lorenzo, istituì per la prima volta una commissione ministeriale con il compito di affrontare il tema della salute degli immigrati e non è casuale che a parteciparvi fossero quasi esclusivamente medici tropicalisti ed infettivologi (ed anche un veterinario!).

Ma quegli anni erano anche quelli dell’impegno, spesso nascosto, di centinaia di medici, infermieri, farmacisti, operatori sanitari in genere, che nel volontariato ed in sparute strutture pubbliche particolarmente sensibili, cercavano di garantire il diritto alla salute sancito dalla nostra carta costituzionale e spesso, in quel periodo, per legge negato e nascosto agli immigrati regolari o illegalmente presenti².

E fu un periodo di scoperte, in particolare quella di trovarci davanti persone in buone condizioni di salute, provate nel fisico non dalla provenienza da una particolare area geografica o dal contatto con improbabili malattie esotiche ma dalle deboli, se non inesistenti politiche di accoglienza ed integrazione. **L’effetto migrante sano** si contrappose **alla Sindrome di Salgari**. Da una parte il processo di selezione in partenza dell’immigrato per cui non parte chi sta male ma colui che ha più possibilità di riuscita in un progetto migratorio che spesso vede nell’integrità fisica la condizione per inserirsi in un mercato di lavori rifiutati dagli italiani perché rischiosi o particolarmente faticosi; dall’altra le aspettative fantasiose di trovare persone affette da morbi tropicali senza alcuna esperienza e evidenza scientifica di tale evenienza. Dopo circa 20 anni di dibattiti e ricerche, a fine gennaio 2006, il mini-

² Proprio in quegli anni, dal fortunato incontro tra le esperienze dell’Ambulatorio S. Chiara di Palermo, dell’Area sanitaria della Caritas romana, della Croce Rossa di Genova e poi il Naga a Milano, il Biavati a Bologna e via via altre realtà; dalla sensibilità dei professori Mansueto, Frighi e Nunzi; dalle intuizioni di mons. Luigi Di Liegro e del dott. Riccardo Colasanti, venne fondata la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni ed iniziò, per impegno in particolare del dott. Mario Affronti e dei suoi collaboratori, la tradizione fruttuosa delle Consensus Conference siciliane.

stro della salute di turno, on. Francesco Storace, rilancia la necessità di visite mediche per gli immigrati all'ingresso in Italia, dichiarando che ciò serve "per verificare la loro condizione di salute ... non per cacciare chi sta male ma per curarlo.". E inoltre, precisa l'on. Roberto Calderoli, ministro per le riforme del Governo Berlusconi, "con la visita si evita che possano fare (nдр: gli immigrati) da veicolo per malattie infettive che da anni erano solo un ricordo dalle nostre parti e che, invece sono tornate in auge.". Tale posizione è sostenuta dopo qualche giorno dal prof. Eolo Parodi, attualmente presidente dell'Enpam, ente nazionale di previdenza ed assistenza dei medici e degli odontoiatri, che già nel 1990 aveva lanciato la stessa proposta senza alcun successo.

Ma perché tanta attenzione agli immigrati visti unicamente come portatori di malattie infettive? Quali basi scientifiche ci sono? In questi ultimi 20 anni non è cambiato nulla?

Il pregiudizio

Storicamente non possiamo nascondere come i movimenti di popolazione abbiano accompagnato la trasmissione di alcune malattie. Ricorda il prof. Giovanni Berlinguer come drammaticamente questa evenienza accadde ad esempio con la conquista dell'America, evento che implicò l'unificazione microbica del mondo. I bianchi 'esportarono' là il vaiolo, il morbillo e l'influenza: e fu subito strage per quelle popolazioni che, non conoscendo quegli agenti infettivi, erano prive di difese immunitarie specifiche. Dall'America i conquistatori 'importarono' come fossero essi stessi enormi vettori, la sifilide e questo fece divampare in Europa (in particolare in Spagna, Francia ed Italia) una epidemia per molti anni acuta e letale.

Un'altra migrazione di popoli (e di agenti infettanti) si ebbe a partire dal 1600, quando gli schiavi negri deportati nelle Americhe vi diffusero la febbre gialla. Anche in questo caso ci fu una evoluzione drammatica seppur più lenta per una ragione biologica: la malattia non si trasmette attraverso il respiro o la pelle o i rapporti sessuali, ma a mezzo di un insetto vettore, la zanzara *Aedes aegypti*. Con le navi degli schiavisti che attraversarono l'Oceano arrivarono oltre ai malati anche le zanzare che però hanno impiegato del tempo per adattarsi al nuovo mondo e riprodursi in numero sufficiente per poter raggiungere la densità adeguata per determinare la comparsa della malattia.

Un ultimo esempio cita il Prof. Berlinguer: quello dell'AIDS. Questa malattia dai primi focolai identificati nelle grandi città degli Stati Uniti si è diffusa in tutto il mondo ed anche in questo caso il suo 'successo' è dovuto alla modalità di contagio per via sessuale ed all'associazione fra il virus e l'eroina, con le siringhe che fungono da moderno vettore. La diffusione è stata accelerata anche dall'intensità dei viaggi tra paesi e continenti, nonché dall'ignoranza e dalla resistenza verso i metodi e comportamenti preventivi. Ma questa è una malattia contemporanea e ben conosciamo le varie proposte 'difensive' che hanno suscitato in un non troppo lontano passato un acceso dibattito: esse erano basate spesso sull'identificazione e la schedatura e il divieto di ingresso ai soggetti positivi; paradossalmente proprio gli Sta-

ti Uniti si contraddistensero in questa politica pensando di imporre a quanti volessero varcare la loro frontiera, esami del sangue per impedire un 'contagio di ritorno'. Oggi la malattia in occidente è in fase calante, manifestandosi in tutta la sua drammaticità nei paesi più poveri, da dove chi è malato, a differenza degli uomini d'affari americani di un paio di decenni fa, non ha la forza per viaggiare e/o migrare.

Cronaca recente è il caso della Sars (Sindrome Respiratoria Acuta Severa) che dalle prime evidenze in Oriente, ha provocato malati ed alcuni decessi in vari paesi ed allarme (forse eccessivo) in tutto il mondo.

Quanto detto può giustificare le paure o i pregiudizi sugli immigrati come rischio sanitario per la popolazione autoctona?

Certamente no, in primo luogo perchè, a differenza del passato, oggi abbiamo le conoscenze, l'organizzazione, i mezzi preventivi e di sorveglianza necessari ad affrontare eventuali situazioni critiche ed in secondo luogo per la considerazione che l'immigrato che arriva per lavorare in Italia, come abbiamo sopra scritto, in genere è in buone condizioni di salute per un'auto-selezione in partenza che porta ad emigrare chi ha maggior *chance* di riuscita nel progetto migratorio e quindi anche chi è più sano e integro nel fisico. Un'ultima considerazione sta nel fatto che i viaggi internazionali e intercontinentali sono ormai 'routinari' e solo marginalmente per motivi di migrazione, piuttosto per turismo o affari, abbattendo di fatto barriere di spazio e di tempo che una volta potevano segregare o contenere agenti microbici più o meno infettanti. Ma allora al senso di queste proposte dobbiamo dare il vero nome e cioè *Pregiudizio*.

L'incontro con persone di altre culture è un ambito straordinario per costruire pregiudizi. Il fascino e il timore dell'esotico, tra cui ci bilanciamo nell'incontro con persone che vengono da altri mondi, sono per noi fonti di idee preconcepite che possono interferire, e anzi generalmente interferiscono, nella nostra relazione con gli immigrati. Per citare alcuni dei luoghi comuni in negativo – perché esistono anche luoghi comuni in positivo – che sono stati raccolti in ricerche di questi ultimi anni in Italia, l'immigrato è povero, incolto, estremamente bisognoso, depresso (o con qualche altro disturbo psichico), spinto dalla fame a cambiare paese, approfittatore, tendenzialmente criminale, incompatibile con la democrazia e/o terrorista (se musulmano) ed appunto portatore di malattie infettive e tropicali.

Lo studio del pregiudizio in chiave di rappresentazione culturale dell'altro implica quindi un'attenta considerazione anche delle anticipazioni condivise da chi è impegnato nel campo della tutela della salute degli immigrati. Proprio la necessità di capire il peso dell'implicito culturale all'interno del rapporto/rituale terapeutico ci ha condotto già da vario tempo ad analizzare con prospettiva antropologica tanto le aspettative degli utenti quanto quelle degli operatori socio-sanitari che nel privato sociale e sempre più nel settore pubblico entrano in relazione con l'immigrato. Abbiamo provato ad individuare quegli orizzonti di significati che producono diverse immagini dell'altro. Già da tempo con il collega Riccardo Colasanti, abbiamo proposto uno schema interpretativo partendo dall'analisi degli atteggiamenti e com-

portamenti che medici ed altri operatori sanitari volontari mettevano in atto in uno dei primi ambulatori per immigrati sorti in Italia a metà degli anni '80, quello della Caritas di Roma. E' stata delineata una dialettica dei rapporti che può essere semplificata in tre grandi fasi.

La prima fase, quella che è stata definita *dell'esotismo*, vede il più intenso ed articolato processo di produzione di "immagini dell'altro". Lo straniero è in primo luogo un agente contaminante: il medico o l'infermiere si aspetta di trovare il paziente affetto da chissà quali strane malattie, lo inquadra come vettore di morbi esotici o malattie inconsuete, ogni sintomo si ammanta di una sua presunta "eccezionalità" rispetto alla patologia "addomesticata" nostrana, si richiedono non solo più analisi, ma anche indagini più sofisticate alla ricerca di una sicura malattia tropicale o comunque infettiva ben occultata. La ricerca di un malato, che sia tale in virtù di un suo contatto con il pericolo esotico, implica anche una maggior protezione dal potenziale contagio: il medico si lava più spesso le mani, adotta maggiori precauzioni - ad es. i guanti - nel contatto con il corpo del paziente. Come ci suggerisce l'antropologa Nicoletta Diasio in questo "esotismo" è da includere un'immagine speculare a quella del "corpo infetto" che è quella costruita dal romanticismo sanitario, in cui lo straniero è il messaggero di un'alterità salvifica e autentica, tale da configurarsi come una possibilità di riscatto dagli automatismi terapeutici indotti da un modello epistemologico centrato esclusivamente sul "guardare" anziché sull'"ascoltare" e sul "dire" in una parola sul "relazionarsi".

L'alterità del paziente immigrato viene ulteriormente articolata attraverso l'immagine del povero e/o dello sfruttato, icone che hanno forti risonanze simboliche rispettivamente nella costellazione valoriale cattolica-consevatrice e nell'ideologia "progressista" superficialmente intese ma comunemente recepite: l'altro è da conoscere ed aiutare perché possa essere salvato o emancipato, a seconda dei punti di vista.

Anche l'operatore sanitario è però oggetto di specifiche attese culturali da parte del paziente immigrato, una sorta di "esotismo capovolto", conseguenti al mito dall'alta tecnologia e dell'efficienza sanitaria, con diagnosi e cure rapide ed efficaci, a partire da una capacità occidentale d'intervento, fortemente risoltrice. Per cui ci si trova nella strana situazione del medico che tendenzialmente è portato a credere il migrante come il "buon selvaggio" rousseauviano e del paziente immigrante che abituato ai telefilm di Dallas o General Hospital che vengono trasmessi a Kinshasa come a Dar el Salam si aspetta di essere trattato come in un ospedale per Wasp bostoniani.

A questa fase d'esotismo segue il periodo dello *scetticismo*. Nella banalità della pratica quotidiana lo straniero si depotenzia tanto della sua carica "contaminante" quanto di quella di *homo naturalis* da proteggere. Spesso la domanda insistente di cura viene interpretata come ipocondria nell'assenza di un modello interpretativo della malattia culturalmente condiviso da entrambi: il paziente viene visto come un "lavativo", un "malato immaginario", un "perditempo". Non scoprire malattie esotiche, non poter fare brillanti diagnosi mette in causa le categorie anticipatrici del-

l'operatore sanitario e sospende il rapporto medico-paziente in una specie di vuoto di senso, in cui il medico inizia a mettere in dubbio l'utilità del proprio servizio. E' questa la fase in cui si registra il più alto numero di abbandoni da parte dei volontari o il maggiore disinteresse e "disattenzione" negli operatori sanitari pubblici, ma è anche quella in cui lo spazio mediano di tipo ermeneutico comincia a prendere corpo, mettendo in questione le categorie conoscitive, che avevano dato forma e linguaggio al primo contatto.

Ma, come ci specifica lo psichiatra Marco Mazzetti, anche questa fase ha un "percorso parallelo" nel paziente immigrato: di fronte all'aspettativa di una sanità occidentale ipertecnologica, pronta ed efficiente, riceve, anche per percorsi assistenziali inappropriati (pensiamo all'uso/abuso del pronto soccorso), risposte lente, apparentemente inconsistenti, a volte sgarbate, rinvii Cose usuali forse per noi che ben conosciamo la realtà di alcuni ospedali ma che assumono per chi ha altre aspettative non convalidate dalla realtà, il senso di sgarbi premeditati, ingiustizie volute, incapacità professionale.

C'è quindi, ancora una volta una simmetria tra aspettative e conseguenti atteggiamenti tra noi ed i nostri pazienti.

Riconoscere ciò in qualche modo sposta l'attenzione sulla relazione tra due interlocutori di pari dignità, sul "qui ed adesso" del dialogo al di là delle differenze culturali.

Si avvia così la terza fase, detta del *criticismo*, nel doppio senso di *crisi* e di *criterio*: crisi dei codici consueti di comunicazione e d'anticipazione, in cui ci si accorge di non aver capito nulla della persona-paziente - in cui non è il virus o il miceto ad essere inconsueto, ma la percezione del corpo, della salute e della malattia - ma anche individuazione, lenta, faticosa, sempre relativa, dei propri criteri di giudizio. La fase del *criticismo* è anche quella in cui, dopo la delusione, si oltrepassano le immagini che abbiamo esaminato - del povero, dello sfruttato, dell'"untore", del primitivo/salvatore - per incontrare il soggetto, interprete assoluto di una cultura, di una storia, di una realtà psicofisica, di una vicenda esistenziale. E questo anche per il paziente che acquista una più reale consapevolezza su ciò che è possibile chiedere e su ciò che il medico e l'infermiere possono concretamente rispondere.

Questa parabola in tre fasi è riconducibile con qualche accentuazione o attenuazione, oltre che all'interno di contesti di privato sociale e di strutture pubbliche più o meno specifiche, proprio nelle scelte di politica sanitaria relativa all'immigrazione che abbiamo citato all'inizio di questo capitolo: visite mediche, test obbligatori e screening per stranieri (fase dell'esotismo). Colasanti nel 1990 definì ciò proprio come *Sindrome di Salgari*: " ... Senza aver mai visitato i paesi tropicali, Salgari scriveva sognando ad occhi aperti di mondi dove quei dati di diversità che egli traeva dalla consultazione nelle biblioteche, servivano ad alimentare la categoria del meraviglioso dei suoi libri. Salgari non si interessò di problemi dei migranti, ma se lo avesse fatto avremmo avuto dei bei titoli da leggere nella nostra gioventù, penso a qualcosa come "I tigrotti della Pantanella" o "La filippina di Labuan". Come Salgari i più bei nomi della medicina accademica italiana, senza aver conosciuto

la medicina dei migranti, senza aver forse, mai visitato un immigrato, hanno scritto nei termini di un meraviglioso arrivo di patologie misteriose che moltitudini di Sandokan e Tremal-naik importerebbero nei nostri paesi. Giustamente in tal senso la medicina pubblica con prudenza e il buon senso di un padre di famiglia, doveva arrestare con fermezza l'arrembaggio: i tutori della legge sanitaria, novelli viceré, novelli governatori Brookes alle frontiere, dalle murate della nave Italia, dovevano contrastare epidemiologicamente l'assalto dei pirati della Malesia, che penetrando nella nostre frontiere avrebbero condotto nuovi virus, meravigliose sintomatologie, trasmettendole ai semafori e agli incroci, insieme ai fazzoletti e al lavaggio del parabrezza". E nello stesso periodo il sottoscritto aggiungeva: "...E' stupefacente osservare come il gestore pubblico, di fronte a immigrati che passano i loro giorni per strada, sotto la pioggia o il freddo, mangiando dei guadagni della vendita di fiori ed accendini, tossendo di fame, di stanchezza e povertà, muova commissioni che promuovono lo studio dei problemi di medicina dei migranti, non nel senso di una loro protezione preventiva rispetto a patologie da degrado legate alla povertà e alla fame che fanno in Italia, ma per bonificare i loro corpi da ipotetiche patologie esotiche e pericolose". Ed ancora provocatoriamente scrivevamo: "...Lodiamo soprattutto l'attenzione per la difesa delle frontiere dagli immigrati infetti. Ciò vuol dire che sarà necessario controllare i pazienti provenienti da zone a rischio: gli uomini di affari gay provenienti da San Francisco, i tossicodipendenti che vengono da Berlino, i cugini francesi in buona classifica per l'aids. E se questa logica si estende, con buona pace della Lega Lombarda e visto che a Napoli c'è stata una bella epidemia di colera e l'epatite è di casa, anche solerti squadre di funzionari ministeriali, che predispongano chioschetti per screening epidemiologici all'altezza del casello di Caianello dove effettuare seduta stante radicali operazioni di controllo ed igiene pubblica".

In quasi venti anni le acquisizioni scientifiche sono cambiate, l'immigrazione è diventata sempre più visibile e più conosciuta ma i pregiudizi, alcuni pregiudizi permangono.

La salute degli immigrati: percorsi di tutela ed aree critiche

Oggi in Italia è garantita l'accessibilità alle cure, seppur in forma diversificata, per tutti gli immigrati presenti sul nostro territorio: si è passati da una fase dell'esclusione a quella dell'emersione del diritto alla salute.

Infatti dopo un intenso lavoro preparatorio, anche con il prezioso contributo dell'associazionismo, nel 1998 viene emanato il Decreto Legislativo (DLGS) n. 286, dal titolo "*Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*", (da ora in poi faremo riferimento al TU) con il dichiarato obiettivo di avviare una fase di governo organico del fenomeno immigratorio nel nostro paese.

Circa un anno dopo, i principi e le disposizioni contenute nel TU, hanno trovato maggiore concretezza applicativa con l'emanazione del proprio Regolamento di attuazione.

L'articolo n. 34 del TU dal titolo *"Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale"* contiene le norme per gli immigrati 'regolarmente soggiornanti' sul nostro territorio cioè con una titolarità giuridica di presenza testimoniata da un regolare permesso o carta di soggiorno; l'articolo 35 dal titolo *"Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale"* affronta il tema di tutela sanitaria *"a salvaguardia della salute individuale e collettiva"* anche nei confronti di coloro *"non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno"*, i cosiddetti irregolari e/o clandestini. L'articolo 36, dal titolo *"Ingresso e soggiorno per cure mediche"*, definisce le condizioni necessarie perchè un cittadino straniero possa venire in Italia per sottoporsi a cure mediche e chirurgiche.

Disposizioni sanitarie e dettagli operativi sono contemplati anche negli articoli 42, 43 e 44 del citato Regolamento d'attuazione e ulteriori chiarimenti al riguardo sono stati inoltre forniti dal ministero della sanità con Circolare 24 marzo 2000, n. 5 (*Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"* - *Disposizioni in materia di assistenza sanitaria*, Gazzetta Ufficiale n. 126 del 1.6.2000 – Serie generale).

Questi atti sanciscono definitivamente l'emersione del diritto alla salute ed all'assistenza sanitaria per i cittadini stranieri presenti nel territorio nazionale con l'obiettivo di includere a pieno titolo gli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene all'assistenza sanitaria a parità di condizioni ed a pari opportunità con il cittadino italiano: sono stati così rimossi dei requisiti che nel passato erano ostativi (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, ...) ed introdotti principi di equità (obbligatorietà estesa all'iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio - richiedenti asilo, detenuti, ...). Il diritto all'assistenza è stato esteso anche a coloro presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica e clandestinità garantendo loro oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali, continuative ed i programmi di medicina preventiva. Per non ostacolare l'accesso alle cure, è stato vietato, da parte delle strutture sanitarie, la segnalazione all'autorità di polizia la presenza di immigrati clandestini che richiedono aiuto medico.

Tale impostazione normativa è stata supportata da alcuni documenti programmatici primi fra tutti il Piano Sanitario Nazionale 1998 - 2000 e quello 2003 - 2005 nei quali si evidenzia la realtà dell'immigrazione e si incentivano interventi ed azioni locali sia per garantire accessibilità e fruibilità delle prestazioni, sia per avviare percorsi di maggiore conoscenza del fenomeno.

Non sorprende quindi come progressivamente negli ultimi anni, sempre più strutture pubbliche si avvicinino a tale problematica sia nell'organizzazione di servizi, sia nel proporre percorsi formativi adeguati, sia nella rilevazione di dati e nella promozione di indagini epidemiologiche specifiche.

Il profilo sanitario tracciato fino a pochi anni fa dalle rilevazioni provenienti dalle strutture del volontariato sopra citato e che ha permesso in un momento storico di

manca di conoscenza del fenomeno di abbattere pregiudizi e risolvere paure infondate, oggi trova conferma e si arricchisce di un maggior numero di ricerche statistico-epidemiologiche e di flussi di dati seppur ancora frammentari e non omogenei.

A questo proposito ci sembrano particolarmente significativi i rapporti dell'Ufficio di statistica del ministero della Salute sulle schede di ricovero ospedaliero (SDO) degli stranieri in Italia, pubblicati nel 2001 e 2003 riferiti al 1998 e 2000 ed un nostro recente studio (2005) riferitosi all'anno 2003. Questi rapporti nazionali, a cui stanno seguendo relazioni regionali (in particolare segnaliamo quelle del Lazio e della Lombardia per completezza ed articolazione dell'analisi e quelle del Piemonte e delle Marche per capacità di differenziare nei flussi statistici ordinari, i ricoveri di immigrati regolari e clandestini), pur facendo riferimento ad uno specifico evento assistenziale (il ricovero) e con alcuni limiti nell'utilizzarlo come strumento statistico, hanno il pregio di essere rappresentativi per consistenza numerica e distribuzione nazionale (nel nostro rapporto del 2005 sono stati analizzati quasi 400.000 ricoveri di stranieri in un anno). Non può essere sottaciuto, come abbiamo spesso ricordato, che il ricovero ospedaliero costituisce solo un evento nella complessa rete dei bisogni assistenziali, esso è infatti in qualche misura un evento non rinviabile rispetto alla molteplicità delle situazioni cliniche che la popolazione in esame può richiedere. L'analisi dei ricoveri può fornirci informazioni di percorsi assistenziali che possono rivelarsi inadeguati, partendo dalla considerazione che agli stranieri, spesso, manca quella rete di continuità assistenziale che garantisce l'appropriato, tempestivo ed efficace ricorso alle cure.

Questi rapporti, coerentemente a tutte le ricerche ad oggi pubblicate, evidenziano il ricorso all'assistenza ospedaliera per motivi connessi soprattutto a eventi fisiologici (gravidezze) o accidentali (traumi), e ciò può indicare che la popolazione straniera gode di un discreto stato di salute.

L'incremento, anche se contenuto, dei ricoveri per cause connesse a malattie degenerative, cardiache ed alla chemioterapia evidenziata negli studi più recenti, annuncia una modifica, nel medio e lungo periodo, dell'attuale profilo di salute degli immigrati. Tale cambiamento potrebbe essere causato dall'acquisizione di stili di vita differenti da quelli dei Paesi di origine, dalla diversa caratterizzazione socio-demografica dei nuovi flussi migratori e dal progressivo invecchiamento di questa popolazione. L'aumento nel numero di ricongiungimenti familiari e dei matrimoni, pur rafforzando la stabilità sociale della popolazione straniera, potrebbe modificare le dinamiche epidemiologiche attuali: ad esempio, l'ingresso di membri della famiglia più vulnerabili, come i bambini e gli anziani e le nuove nascite lasciano prefigurare una riduzione progressiva nel tempo dell'impatto dell'effetto migrante sano. Anche le casistiche degli ambulatori di medicina di base, in particolare quelli dedicati agli stranieri temporaneamente presenti (immigrati clandestini) sia del volontariato che del settore pubblico, confermano il profilo di salute precedentemente individuato e le malattie più frequentemente diagnosticate sono quelle dell'apparato respiratorio soprattutto per precarietà e affollamento alloggiativo, del digerente per

cattiva e inadeguata alimentazione oltre che per condizioni particolarmente stressogene, della cute per condizioni igieniche precarie ed alta promiscuità, e gli esiti di traumi ed affaticamenti: si evidenzia quindi che ancora oggi la vulnerabilità di questa popolazione sia aumentata a causa di incerte politiche di accoglienza ed inserimento sociale.

Lo stesso dato sulle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), di cui disponiamo più dettagliatamente grazie agli studi dell'Istituto Superiore di Sanità, è a nostro avviso indice una spiccata fragilità sociale in grado di influenzare le scelte riproduttive e di tradursi in una maggiore difficoltà di accesso alle strutture sanitarie. Proprio sulle motivazioni delle scelte di ricorrere all'IVG da parte delle donne straniere è in fase avanzata una ampia ricerca che certamente fornirà indicazioni e strumenti per individuare azioni adeguate per ridurre l'impatto.

I dati sanitari disponibili evidenziano quindi un superamento delle situazioni di esclusione dai servizi da parte degli immigrati ma indicano anche una **fragilità sociale** di questa popolazione che, pur nella sua eterogeneità, mostra ambiti di sofferenza sanitaria in gran parte imputabile a incerte politiche di integrazione soprattutto in ambito locale, a difficoltà di accesso ai servizi, a problematiche relazionali-comunicative.

In definitiva possiamo indicare a partire dall'evidenza dei dati disponibili, come il profilo sanitario dell'immigrato in gran parte si sovrappone (per tipologia delle condizioni patologiche) a quello della popolazione autoctona di pari età seppur condizionato dall'effetto di scadenti condizioni di vita presenti soprattutto nelle prime fasi dell'immigrazione nel nostro paese.

I risultati dell'analisi delle SDO sono quindi coerenti con quanto ci si poteva attendere sia per un aumento assoluto degli stranieri in Italia, sia come auspicabile conseguenza di politiche tese a dare maggiore permeabilità alle strutture sanitarie pubbliche. Che una tendenza in questo senso ci sia stata è evidenziato da una ricerca pubblicata dall'Istituto Superiore della Sanità (Rapporto Istisan 03/4 del 2003) che ha indagato e monitorato nel tempo alcuni punti critici del percorso nascita tra le donne immigrate provenienti da paesi ad economia meno avanzata ed in particolare si è proposta di misurare il loro grado di accessibilità in gravidanza ai servizi sanitari pubblici. Lo studio partito nel 1995-96 è stato riproposto nel 2000-01 al fine di valutare i cambiamenti avvenuti nel tempo e l'influenza della normativa introdotta nel 1998. In generale si è osservato un miglioramento dell'assistenza in gravidanza, al parto e puerperio. Ad esempio è diminuita la percentuale di donne che hanno effettuato la prima visita dopo il 1° trimestre (da 25% a 16%), il numero di ecografie è quello raccomandato dai protocolli nazionali e il mese della prima ecografia è risultato essere in media con il 3°, come tra le italiane.

Per quanto riguarda le malattie infettive, gli ultimi dati disponibili, pur evidenziando un'incidenza maggiore rispetto ai cittadini italiani in particolare per la tubercolosi e l'infezione da hiv, mostrano un trend in discesa sia nei ricoveri sia nei nuovi casi di malattia (come per gli italiani) da imputare ad una maggiore accessibilità ai servizi ed alle cure più efficaci.

Il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari rappresenta quindi una questione cruciale per la salute del migrante, l'accessibilità dipendendo prevalentemente dalla normativa, la fruibilità dalla capacità "culturale" dei servizi di adeguare le risposte alle necessità dei nuovi utenti.

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 con la malattia viene a perdere un'importante risorsa (la buona salute) che ha da investire per la realizzazione del progetto migratorio, sia alla collettività che comunque è costretta a sostenere i costi sociali ed economici che questo comporta.

Come più volte ha sottolineato il dottor Maurizio Marceca, se in una prima fase l'immigrato può essere particolarmente vulnerabile per le condizioni di degrado e disagio in cui è costretto a vivere, col tempo, superata l'emergenza, prevale la possibilità/capacità di interagire con l'organizzazione, l'offerta dei servizi, la capacità di lettura dei propri bisogni di salute e di saperli esprimere e, viceversa, la capacità del sistema sanitario del paese di adattarsi a questa nuova utenza.

Come leggere allora le recenti proposte di controlli sanitari alle frontiere? Perché tanta insistenza su provvedimenti che anche la letteratura internazionale reputa inefficaci quanto iniqui?

Non volendo malignare su possibili squallide (perché fatte sulla pelle delle persone) speculazioni ideologico-politiche, potremmo dire che la sindrome di Salgari è ancora diffusa: le paure, le aspettative, le anticipazioni intrise di pregiudizi, l'ignoranza su questi temi sono il "terreno di coltura" dove si sviluppano tali iniziative. Il "vaccino" dell'informazione e della conoscenza ancora non ha dato gli effetti sperati e per questo dobbiamo continuamente insistere con "dosi richiamo". E' il senso di quest'articolo.

Bibliografia

- ❖ Baglio G., Cacciani L., Materia E., Guasticchi G.: Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. Anno 2000. Roma, Agenzia di Sanità Pubblica della regione Lazio, 2002
- ❖ Bai A, Carradori T, Dallari GV, Petio C, De Santis F. Immigrazione e salute: dall'emergenza al diritto. Un'esperienza di integrazione fra pubblico e volontariato. *Mecosan* 1997; 24(3):57-66.
- ❖ Berlinguer G.: La salute globale. In *Bioetica quotidiana* di Berlinguer G. . Giunti Gruppo Editoriale, Firenze, 2000
- ❖ Colasanti R, Geraci S, Pittau F, eds. Immigrati e salute; paure, miti e verità. Roma: Ed. Lavoro, 1991
- ❖ Colasanti R, Geraci S. I livelli di incomprendimento medico - paziente migrante. In: Geraci S, eds: *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Busseto: Peri Tecnés, 1995. (Riedito: *Approcci Transculturali per la Promozione della Salute*. Caritas Diocesana Roma, Anterem, 2000)
- ❖ Colasanti R., Geraci S.: Medicina e migrazione: nuovi modelli per una politica sanitaria multiculturale. In *Affari Sociali Internazionali*, n. 3, Milano, 1990
- ❖ Colasanti R.: Antropologia medica e medicina delle migrazioni. In *Atti del II Congresso Internazionale Medicina e Migrazioni* a cura di S. Geraci. Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria. Roma, 1992
- ❖ Colasanti R.: Etica dell'atto medico quotidiano. In AA.VV.: *Etica dell'atto medico*. Edizioni Studio Domenicano. *Philosophia* 7, Bologna, 1991
- ❖ Colasanti R.: La medicina dei migranti: problematiche relazionali e terapeutiche. Relazione in atti del "I Corso di formazione sul disagio psichico da transculturazione". Regione Campania - USL 27 Pomigliano D'Arco Dipartimento di salute mentale, 1992
- ❖ Costa G, Lemma P, Borgia P. Lo stato di salute degli stranieri ed il Sistema Sanitario in Italia. In: *Atti del Convegno "Stranieri in Italia"*. Bologna: Istituto Cattaneo, 1990.

- ❖ Costa G., Faggiano F.: L'equità nella salute e la programmazione sanitaria. "La salute in Italia. Rapporto 1998" (a cura di M. Geddes e G. Berlinguer), EDIESSE, Roma, 1998 – 261:278
- ❖ Costa G.: Immigrati extracomunitari: un profilo epidemiologico. "Epidemiologia & Prevenzione", n. 17, Milano, 1993 – 234:238
- ❖ Diasio N. Differenze culturali e percezioni di salute. In: Geraci S, eds. Argomenti di Medicina delle Migrazioni. Busseto: Perì Tecnés, 1995. (Riedito: Approcci Transculturali per la Promozione della Salute. Caritas Diocesana Roma, Anterem, 2000)
- ❖ Diasio, N, Geraci, S. L'angelo triste: operatori socio-sanitari e percezione dello straniero. In: M. Delle Donne, eds. Relazioni etniche, stereotipi e pregiudizi. Fenomeno immigratorio ed esclusione sociale. Roma: EdUP, 1998
- ❖ El-Hamad I, Scarcella C, Pezzoli M.C, Scolari C, Geraci S. Untori o unti: focus su malattie infettive e migrazione. Studi Emigrazione 2005; 157:133-151
- ❖ Fara GM, Marceca M. L'impatto del fenomeno immigrazione sulla sanità pubblica della popolazione residente. Relazione in II Conferenza Nazionale di medicina del turismo, del viaggio e della migrazione. Centro collaboratore OMS per la Medicina del Turismo. Bologna, 1993
- ❖ Fortino A., Pennazza F., Boldrini R., Randazzo M., Marceca M., Geraci S.: Rapporto annuale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia - Dati SDO 1998. Roma, Ministero della Salute, Dipartimento della Programmazione, 2001
- ❖ Geraci S, Baglio G, De Benedictis A, Mazzetti M. Gli atteggiamenti di un campione di operatori sanitari italiani nei confronti dei pazienti stranieri. Studi Emigrazione 2005; 157: 87-103
- ❖ Geraci S. (a cura di): Approcci transculturali per la promozione della salute. Edizioni Anterem, Roma, novembre 2000
- ❖ Geraci S. (a cura di): Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale. Roma: Anterem Edizioni, 1996
- ❖ Geraci S. La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti. Studi Emigrazione 2005; 157:53-74.

- ❖ Geraci S. Salute e immigrati in Italia: non più esclusi ma ancora “fragili”. In: Immigrazione Dossier Statistico 2003. XIII Rapporto sull’immigrazione – Caritas/Migrantes. Roma: Nuova Anterem, 2003; 183-192.
- ❖ Geraci S., Marceca M., Mazzetti M.: Migrazioni e salute in Italia. Dossier di ricerca in Migrazioni. Scenari per il XXI secolo. Agenzia Romana per la preparazione del Giubileo. Roma, luglio 2000 - 1.295:1.379
- ❖ Geraci S., Martinelli B.: Il diritto alla salute degli immigrati: scenario nazionale e politiche locali. Edizioni Nuova Anterem, Roma, 2002
- ❖ Geraci S.: Considerazione e dati sulla salute degli immigrati. In Agenzia Sanitaria Italiana (ASI), n. 43, ottobre 2005, pp. 22:32
- ❖ Geraci S.: Esclusione, fragilità sociale e reciprocità: un percorso da compiere. In Atti VIII Consensus Conference sull’immigrazione. VI Congresso nazionale SIMM. Lampedusa (Ag), 2004 – 6:9
- ❖ Maisano B. La medicina transculturale sarà la medicina. Nuovi percorsi interculturali in sanità. Studi Emigrazione 2005; 157:75-85
- ❖ Marceca M, Geraci S, Mazzetti M. Itinerari formativi sulla medicina delle migrazioni: note a margine di una decennale esperienza. Studi Emigrazione 2005; 157:105-116.
- ❖ Marceca M. La salute. In: Zincone G, eds. Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia. Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati. Bologna: Il Mulino, 2000: 273-315
- ❖ Marceca M. La salute. In: Zincone G, eds. Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia. Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati. Bologna: Il Mulino, 2001: 215-242
- ❖ Marceca M., Fara G.M.: Condizionamento dei fattori sociali, economici e culturali nell’accesso ai servizi sanitari". Annali di igiene Medicina Preventiva e di Comunità. n. 12 (Suppl. 1), 2000 – 49:57
- ❖ Marceca M.: L’assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti, “L’arco di Giano”, n. 22, pp. 27-35, 1999
- ❖ Mazzetti M. Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano. Torino: L’Harmattan Italia, 1996

- ❖ Mazzetti M.: Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto, Carocci, Roma, 2003
- ❖ Mazzetti, M.: Commento a proposito di “L’intercultura: da sfida a risorsa”, L’Arco di Giano, numero 19, primavera 1999.
- ❖ Mazzetti, M.: Il dialogo transculturale in medicina. L’Arco di Giano, numero 22, inverno 1999
- ❖ Pennazza F., Boldrini R.: Il ricovero ospedaliero degli stranieri in Italia nell’anno 2000. Rapporto statistico. Roma, Ministero della Salute, D.G. Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti Strutturali e Tecnologici, Ufficio di Statistica, 2003
- ❖ Pullini A.: Analisi critica di alcune diagnosi di dimissione ospedaliera, con particolare riferimento a neonati e donne. In Pasini N, Pullini A: Immigrazione e salute in Lombardia. Rapporto 2002. Milano, Regione Lombardia e Fondazione ISMU, 2003 – 43:66
- ❖ Rassegna agenzie stampa 30 e 31 gennaio 2006
- ❖ Spinelli A., Grandolfo M.E., Donati S., Andreozzi S., Longhi C., Bucciarelli M., Baglio G.: L’assistenza alla nascita dopo l’introduzione delle nuove normative. In: Atti del convegno “Tertio Millennio Ineunte: migration, new scenarios for old problems. A consensus conference VII seminar – V Congresso Nazionale SIMM”. Erice, 2002 – 6:11
- ❖ Spinelli A., Grandolfo M.E., Donati S., Andreozzi S., Longhi C., Bucciarelli M., Baglio G.: Assistenza alla nascita tra le donne immigrate. In Morrone A., Spinelli A., Geraci S., Toma L., Andreozzi S. (a cura di): Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze. Edito dall’Istituto Superiore di Sanità - Rapporti ISTISAN, 03/4, Roma, 2003, - 11:23
- ❖ WHO, IOM, CDC. Health and Migration: bridging the gap. Geneva: International Organization for Migration, 2005
- ❖ Zanfrini L. (a cura di): La salute degli immigrati: problemi e prospettive. Atti del corso per operatori sanitari. Fondazione Cariplo - I.S.M.U.- USSL 75/prima di Milano. Quaderni I.S.M.U., n. 6, Milano, 1994
- ❖ Vedi anche a cura di Affronti M. et alii, Atti delle Consensus Conference sui temi sanitari dell’Immigrazione. Palermo dal 1990.

Il progetto OSI: sperimentazione di un sistema informativo sanitario sull'assistenza di primo livello agli immigrati

Emanuela Forcella (A), Laura Cacciani (A), Angela Spinelli (A), Orietta Picconi (A), Marco Pignocco (A), Salvatore Geraci (B), Mario Affronti (C), Marco Tosi (D), Mario Girolami (E), Patrizia Carletti (F), Valentino Mantini (G), Gabriella Guasticchi (A), Giovanni Baglio (A)

- (a) *Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio*
- (b) *Caritas Diocesana di Roma*
- (c) *AOU Policlinico di Palermo, Regione Sicilia*
- (d) *Direzione Famiglia e Solidarietà Sociale, Regione Lombardia*
- (e) *Unità di Coordinamento Progetto Immigrati, Regione Veneto*
- (f) *Agenzia Regionale Sanitaria Marche*
- (g) *Servizio Integrazione sociosanitaria – DSSR, Regione Lazio*

1. Introduzione

La rilevanza assunta in questi ultimi anni dal fenomeno migratorio ha portato alla necessità di valutare con sempre maggiore accuratezza il profilo epidemiologico della popolazione immigrata presente nel nostro Paese.

Le caratteristiche di eterogeneità e dinamicità del fenomeno richiedono l'utilizzo sistematico di flussi informativi correnti, sia sanitari che anagrafici, più che il ricorso a indagini o rilevazioni ad hoc. Per queste ragioni, se da un lato si tenta di potenziare e valorizzare i sistemi informativi esistenti, dall'altro si rende indispensabile la creazione di nuovi flussi specificamente orientati a rilevare aspetti particolari del fenomeno migratorio.

A tale scopo, è stato condotto un Progetto di ricerca finanziato dal Ministero della Salute, intitolato "Progettazione e sperimentazione di un modello di osservatorio epidemiologico sull'immigrazione".

Obiettivo principale del Progetto è stato quello di sperimentare un modello di rete informativa in grado di connettere le strutture sanitarie pubbliche e del privato sociale che erogano assistenza di primo livello agli immigrati irregolari (i cosiddetti Stranieri Temporaneamente Presenti, STP). Il nuovo sistema informativo andrebbe a integrare gli attuali flussi sanitari con informazioni attualmente non soggette ad alcuna rilevazione.

Il coordinamento del Progetto è stato affidato all'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio e ha coinvolto diverse istituzioni e strutture sanitarie a livello nazionale, in particolare:

- Ambulatorio e DH di Medicina delle Migrazioni - Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Palermo, Regione Sicilia;
- Area Sanitaria, Caritas Diocesana di Roma;
- Direzione Famiglia e Solidarietà Sociale, Regione Lombardia;

- Unità di coordinamento Progetto Immigrati, Regione Veneto;
- Osservatorio Diseguaglianze, Agenzia Regionale Sanitaria Marche;
- Ufficio Speciale Tutela Soggetti Deboli - Servizio Integrazione Sociosanitaria, DSSR Regione Lazio;
- UO Tutela materno-infantile, ASP Lazio;
- UO Studio dei Fenomeni Migratori, ASP Lazio.

2. Articolazione del Progetto

La prima fase del progetto ha previsto l'elaborazione di una scheda epidemiologica per la raccolta dei dati.

La scheda è stata in seguito validata mediante uno studio pilota, della durata di un mese, condotto presso l'ambulatorio della Caritas di Roma.

Nel contempo è stato progettato un software per la raccolta, l'archiviazione e la gestione dei dati.

È stata infine condotta una sperimentazione multicentrica della scheda, del software e dell'architettura del flusso informativo, in tutte le regioni aderenti al Progetto. Tale sperimentazione, della durata di 4 mesi, ha coinvolto diversi ambulatori per STP: 3 in Lombardia, 4 in Veneto, 9 nelle Marche, 1 nel Lazio, 3 in Sicilia. Più che un'indagine epidemiologica, lo studio multicentrico ha rappresentato una simulazione il più possibile aderente alla realtà quotidiana dei centri, finalizzata alla verifica della sostenibilità del sistema informativo nei diversi contesti regionali.

3. Risultati della sperimentazione

Nel periodo di studio si sono presentati agli ambulatori coinvolti nel Progetto 3.362 pazienti, provenienti per il 44% dall'Europa dell'Est e per il 18% dall'America centro-meridionale.

Le donne hanno rappresentato il 58% del campione; la prevalenza di donne può essere riconducibile al fatto che uno dei centri aveva un'utenza esclusivamente femminile.

L'età dei pazienti è risultata sbilanciata verso le classi più giovani, in quasi l'80% dei casi compresa tra i 15 e i 44 anni, sia tra i maschi che tra le femmine e indipendentemente dall'area di cittadinanza.

Tra i maggiorenni, il 20% ha studiato per più di 13 anni. L'istruzione è risultata più elevata tra le donne che tra gli uomini e tra le persone provenienti dal Nord Africa e dall'America Latina.

Il tempo mediano di permanenza in Italia dei pazienti è stato di poco superiore a un anno. Il 75% delle persone che si sono rivolte alle strutture era sprovvista del permesso di soggiorno, cifra che ha raggiunto l'82% se si considerano coloro che al momento della visita non ne erano in possesso perché in attesa di rinnovo o con permesso ormai scaduto.

Circa il 50% dei pazienti sopra i 15 anni di età ha dichiarato di essere disoccupato.

La maggior parte del campione ha riferito di abitare con altri connazionali e un terzo con la propria famiglia.

Il 90% dei pazienti non era iscritto al sistema sanitario nazionale. Tra i motivi principali, oltre alla condizione di non avere diritto, sono state segnalate la mancanza di informazioni e le difficoltà amministrativo-burocratiche.

La maggior parte degli intervistati ha dichiarato di non avere avuto precedenti contatti con strutture sanitarie per motivi di salute dopo l'arrivo in Italia.

La maggior parte delle diagnosi principali segnalati durante la prima visita ha riguardato: tra gli uomini, malattie dell'apparato respiratorio (18%, in prevalenza sindromi respiratorie influenzali), dell'apparato digerente (10%, soprattutto problemi dentari e dispepsie) e "stati morbosi mal definiti" (12%, riconducibili in gran parte a disturbi respiratori e digerenti); tra le donne, motivi legati alla salute riproduttiva (14%), malattie dell'apparato genito-urinario (13%, disordini mestruali e malattie infiammatorie) e "stati morbosi mal definiti" (11%, soprattutto dolore addominale).

Una percentuale apprezzabile di accessi è avvenuta per scopi amministrativi e rilascio certificati (10%).

La maggior parte degli esiti segnalati ha riguardato la richiesta di visite specialistiche (25%). Il consultorio è risultata la struttura sanitaria territoriale alla quale è stato inviato il maggior numero di pazienti, a seguito di una prima visita.

4. Gli output del Progetto

Il Progetto OSI ha prodotto gli strumenti base del nuovo sistema informativo: la scheda di rilevazione epidemiologica e il software di archiviazione, consultazione e analisi dei dati.

4.1. La scheda epidemiologica

La scheda epidemiologica, di seguito riportata, rappresenta il supporto cartaceo per la raccolta dei dati socio-demografici e sanitari relativi ai pazienti immigrati afferenti alle strutture ambulatoriali.

La scheda si compone di tre parti distinte.

Nella prima parte della scheda vengono riportati i dati socio-demografici, che includono i dati anagrafici, lo status giuridico, la situazione lavorativa e abitativa.

Segue una parte dedicata ai percorsi assistenziali, che fa riferimento ai dati relativi all'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e a eventuali precedenti contatti con strutture sanitarie. La rilevazione di quest'ultimo dato è stata prevista al fine di calcolare l'intervallo di benessere dell'immigrato, ossia il tempo che intercorre tra il suo arrivo in Italia e l'insorgenza di patologie che necessitano di accesso ai servizi sanitari.

La parte finale della scheda riporta i dati clinici emersi durante la visita medica: data, motivo della visita, diagnosi principale riscontrata, eventuali diagnosi secondarie, esito della visita ed eventuale invio ad altra struttura sanitaria.

La scheda permette, inoltre, di ricostruire i percorsi assistenziali del paziente tramite un sistema di linkage interno che raggruppa per ciascun soggetto le visite riconducibili al medesimo problema clinico.

4.2. Il software OSI

I dati registrati sulla scheda epidemiologica vengono archiviati mediante un software progettato con la duplice funzione di automatizzare il flusso informativo dei dati e di permettere a ogni struttura la gestione del proprio archivio informatizzato.

Il software risponde anche all'esigenza di agevolare il lavoro di compilazione della scheda clinico-epidemiologica: a tal fine sono state sviluppate delle funzioni per guidare i compilatori attraverso le diverse sezioni e facilitare così l'archiviazione dei dati; è stata inoltre prevista una guida rapida alla scelta dei codici ICD-9-CM (versione italiana 2002) per le diagnosi, principali e secondarie.

Per garantire un flusso informativo adeguato alle esigenze, il software assicura una omogeneità dei dati raccolti, dispone di procedure per il controllo della coerenza degli stessi dati e prevede procedure automatizzate di esportazione dei file che assicurino il rispetto delle norme sulla privacy (disgiunzione dei dati anagrafici da quelli clinici, password di protezione).

È stato inoltre sviluppato un modulo per l'elaborazione di alcune semplici statistiche descrittive, in modi da permettere a ciascun centro di analizzare i propri dati in itinere e produrre una reportistica con informazioni salienti sull'attività svolta.

5. Conclusioni

Il progetto ha prodotto un prototipo di flusso informativo che potrà essere adottato nelle diverse realtà regionali e locali, e consentire di raccogliere informazioni omogenee e confrontabili su un ambito assistenziale attualmente non coperto dai sistemi di rilevazione routinaria.

L'esperienza maturata nell'ambito della sperimentazione ha confermato l'utilità di disporre di strumenti semplici ed essenziali, creati ad hoc per finalità epidemiologiche, e di un modello di comprovata sostenibilità nella pratica.

L'integrazione dei flussi vecchi e nuovi permetterà di realizzare un osservatorio permanente sulla salute degli immigrati, attraverso cui monitorare i bisogni di salute della popolazione e compiere scelte di politica sanitaria aderenti ai reali problemi degli stranieri.

A) DATI SOCIO-DEMOGRAFICI

Nome del Centro _____

Numero cartella clinica |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Codice fiscale |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Codice STP |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

(in caso di più codici, riportare solo l'ultimo in ordine di tempo)

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita gg / mm / aaaa

Sesso |_| M |_| F

Paese di nascita _____

Cittadinanza _____

Livello di istruzione (in anni di scolarità, non applicabile ai minori di 6 anni) |_| |_|

Data del primo arrivo in Italia mm / aaaa

Permesso di soggiorno (riportare la motivazione del permesso attuale)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lavoro | <input type="checkbox"/> Cure mediche | <input type="checkbox"/> Scaduto e non rinnovato |
| <input type="checkbox"/> Ricongiungimento familiare | <input type="checkbox"/> Motivi religiosi | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Studio | <input type="checkbox"/> Turismo | <input type="checkbox"/> Nessuno |
| <input type="checkbox"/> Asilo politico (richiedente o rifugiato) | <input type="checkbox"/> In attesa di rinnovo | |

Principale occupazione attuale (non applicabile ai minori di 15 anni)

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Attività commerciale | <input type="checkbox"/> Artigianato | <input type="checkbox"/> Industria |
| <input type="checkbox"/> Attività ambulante | <input type="checkbox"/> Nessuna occupazione | <input type="checkbox"/> Studio |
| <input type="checkbox"/> Assistenza anziani | <input type="checkbox"/> Lavori domestici | <input type="checkbox"/> Casalinga |
| <input type="checkbox"/> Ristorazione | <input type="checkbox"/> Baby-sitter | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Agricoltura | <input type="checkbox"/> Edilizia | |

Attualmente vive (è possibile più di una risposta)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Solo/a | <input type="checkbox"/> Con il datore di lavoro |
| <input type="checkbox"/> Con altri connazionali | <input type="checkbox"/> Senza dimora |
| <input type="checkbox"/> Presso un centro di accoglienza | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Con la famiglia | |

Conoscenza della lingua italiana

(all'intervistatore è richiesto un giudizio sul livello di conoscenza della lingua mostrato dal paziente)

nessuna / scarsa / buona

Politiche regionali per la salute degli immigrati

M. Marceca °*, S. Geraci °, B. Martinelli °^

° Società italiana di Medicina delle Migrazioni; * Università ‘La Sapienza’ di Roma; ^ Inas-Cisl

Il tema delle politiche sanitarie rivolte agli stranieri immigrati potrebbe essere rappresentato, da un punto di vista insiemistico, come l’area di sovrapposizione tra l’insieme delle politiche sanitarie e quello delle politiche sull’immigrazione; quest’area di sovrapposizione è risultata più o meno ampia nel tempo e variabile tra le diverse aree geografiche.

E’ noto come, con le disposizioni sanitarie contenute nel D.Lgs. 286/98 (Testo Unico sull’immigrazione) e quelle successive ad esse collegate (D.P.R. n. 394/99 - Regolamento di attuazione del Testo Unico e Circolari esplicative del Ministero della Salute), sia stata definita una chiara linea politica sanitaria nazionale. Tali norme, che hanno posto termine ad una storica frammentarietà e transitorietà legislativa, sono fondamentalmente ispirate all’obiettivo di garantire *«parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e di doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all’obbligo contributivo, all’assistenza erogata in Italia dal servizio sanitario nazionale e alla sua validità temporale»* alla componente straniera regolarmente presente, attraverso l’obbligatorietà di iscrizione al Servizio sanitario pubblico (articolo 34).

Ampi margini di tutela assistenziale, in risposta a bisogni di salute rilevanti e/o in aree particolarmente delicate, quali la maternità, l’infanzia e le malattie infettive, sono stati previsti (articolo 35, comma 3) anche a favore di soggetti in condizione di irregolarità giuridica. (4,5)

A distanza di 8 anni, la concreta applicazione di questi orientamenti sembra aver avuto percorsi ed esiti differenziati nei diversi contesti regionali, anche sulla base delle normative specifiche successivamente adottate (compresi i Piani sanitari regionali), come monitorato dall’Osservatorio sulle politiche regionali relative a immigrazione e salute della Caritas Roma (vedi Tab. 1). (1, 2)

Tabella 1 - Prospetto delle normative regionali, con specifica attenzione alle indicazioni di programmazione e progettualità specifica sulla salute degli stranieri - aggiornata al maggio 2005

Regioni	Legge regionale dal 1988		Piano sanitario regionale		Altri atti specifici 1999/2005	
	Riferimento	Politica sanitaria attiva	Anni di validità	Programmazione specifica	Informativa	Progettualità
Abruzzo	n. 46/04	X	1999-2001	O	X	-
Basilicata	n. 21/96	X	1997-1999	-	-	-
Calabria	n. 17/90	O	2004-2006	O	-	-
Campania	n. 33/94	X	2002-2004	X	X	X
Emilia Rom	n.5/04	X	1999-2001	X	X	X
Friuli Venezia Giulia	n. 5/05	X	2000-2002	X	X	X
Lazio	n. 17/90	X	2002-2004	X	X	X
Liguria	n. 7/90	X	2003-2005	X	X	X
Lombardia	n. 38/88	X	2002-2004	X	X	X
Marche	n. 2/98	X	2003-2006	X	X	X
Molise	-	-	1997-1999	-	-	-
Piemonte	n. 64/89	X	1997-1999	X	X	X
Puglia	n. 26/00	-	2002-2004	X	X	-
Sardegna	n. 46/90	X	2006-2008	O	-	-
Sicilia	(n. 55/80)	-	2000-2002	O	X	-
Toscana	n. 22/90	X	2005-2007	X	X	X
P.A. Trento	L.P. n.13/90	X	2000-2002	X	X	-
P.A. Bolzano	-	-	2000-2002	-	X	X
Umbria	n. 18/90	X	2003-2005	X	X	X
Valle D'Aosta	n. 51/95	-	2002-2004	X	X	X
Veneto	n. 9/90	X	2003-2005	X	X	X

LEGENDA: O = CENNI X = TEMA AFFRONTATO - = TEMA NON AFFRONTATO

Fonte: Osservatorio politiche regionali immigrazione e salute Caritas di Roma

Non sfugga anche la peculiarità del momento storico, in cui si assiste, da una parte, ad una serie di iniziative orientate ad un tentativo di armonizzazione delle politiche a livello europeo (in cui, tra l'altro, non sono ancora evidenti gli effetti sul settore sanitario del recente allargamento a 25 stati); dall'altra, in ambito nazionale, l'avvio di un processo di decentramento regionale che vede nella sanità una delle aree di maggior interesse ma anche di potenziale criticità. Per effetto dell'art. 117 della L.C. n. 3 del 2001 (di modifiche al titolo V della II parte della Costituzione),

infatti, la tematica “salute e immigrazione” appare ambiguamente sospesa tra la legislazione “*esclusiva*” (l’immigrazione è infatti tra le materie in cui lo Stato mantiene la piena potestà legislativa) e la legislazione “*concorrente*” (la tutela della salute è inserita tra le materie in cui la potestà legislativa spetta alle Regioni). Ciò rende ancora più pressante la chiara definizione di un sistema di garanzie relative ai contenuti di tutela della salute – i “*livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*” – e alle modalità di erogazione dei servizi e delle prestazioni – i requisiti per l’Accreditamento istituzionale – che riguarda anche gli stranieri immigrati presenti sul territorio nazionale. (6)

L’articolazione tra i diversi livelli istituzionali che animano il ‘sistema salute’ propone indubbiamente diversi passaggi critici che possono rendere precaria l’effettiva applicazione degli orientamenti sanitari, eludendo a volte lo stesso mandato istituzionale (come d’altronde può accadere verso gli stessi cittadini italiani).

Non riteniamo che gli aspetti collegati alla sostenibilità economico-finanziaria del sistema, pur spesso invocati, possano giustificare inerzie o addirittura inapplicazioni rispetto alle disposizioni vigenti, anche perché il profilo demografico ed epidemiologico della popolazione straniera attualmente presente nel nostro Paese si traduce, tuttora, in un beneficio in termini di contributo allo sviluppo economico che supera le risorse assistenziali assorbite. Le cure essenziali agli immigrati irregolari e clandestini sono state garantite in questi anni, a partire dal 1996, da contenute risorse aggiuntive rispetto al Fondo sanitario regionale, di anno in anno identificate e deliberate dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (vedi Tab. 2)3. (3, 5)

Nella consapevolezza che la sola espressione giuridica di politiche sanitarie per gli stranieri (all’interno di Piani sanitari regionali o di altre Delibere regionali), pur essenziale, non sia di per sé a garanzia della loro reale attuazione, la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) ha promosso, in collaborazione con la Fondazione Ismu – Istituto Studi sulla Multietnicità, una indagine nazionale basata su una intervista semistrutturata da sottoporre a “testimoni privilegiati” in ambito locale. Concretamente, si è cercato di individuare, in ogni Regione e Provincia Autonoma, un referente istituzionale ed un rappresentante del terzo settore, scelto tra le associazioni (a partire dalla SIMM) o le altre realtà non governative più impegnate tra quelle presenti sul territorio. (6) L’indagine - che ha registrato una risposta rilevante ancorché non totale (vedi Tab. 3) e di cui verranno presentati nella relazione i risultati più significativi - non ha lo scopo di ottenere una obiettiva caratterizzazione della realtà locale, quanto di registrare due diversi e rilevanti punti di vista (in particolare focalizzati sulla segnalazione di eventuali criticità esistenti), confron-

³ Negli ultimi anni solo il Friuli Venezia Giulia ha provveduto autonomamente al finanziamento di tale assistenza.

tandone l'eventuale sovrapposizione o distanza. Si anticipa soltanto che l'indagine sta confermando l'estrema importanza della costruzione di una rete di riferimenti e di coordinamento ai diversi livelli operativi. Infatti, le Regioni che, negli ultimi anni, hanno scelto di promuovere o comunque sostenere iniziative di attivazione di organismi che vedessero il coinvolgimento delle diverse realtà istituzionali e non istituzionali presenti sul territorio, dimostrano di aver maturato una visione d'insieme e di aver potuto dar vita ad una serie di interventi fondati su priorità condivise e implementati a partire dal basso con una partecipazione allargata. In altre Regioni (non casualmente, quelle in cui spesso la conduzione della ricerca ha incontrato difficoltà già a partire dall'individuazione di un vero e proprio referente istituzionale), è emersa dall'indagine una frammentarietà, o addirittura una mancanza, tanto della capacità di lettura sistemica del fenomeno, quanto delle azioni specifiche eventualmente intraprese a livello locale. (6)

Tabella 3 - Indagine SIMM – ISMU . Questionari compilati pervenuti al 3.04.2006

Regione / Provincia Autonoma	Istituzionali	III Settore
Abruzzo	X	
Basilicata	X	X
Bolzano	X	X
Calabria	X	
Campania		X
Emilia Romagna		X
Friuli Venezia Giulia	X	X
Lazio	X	X
Liguria	X	X
Lombardia		X
Marche	X	
Molise	X	
Piemonte	X	X
Puglia		X
Sardegna		X
Sicilia		X
Toscana	X	X
Trento	X	X
Umbria	X	
Valle d'Aosta	X	X
Veneto		X

Totale parziale

14/21

16/21

Ciò conferma come le criticità derivanti da fenomeni articolati e complessi – oltre che recenti – quali quello dell'immigrazione, richiedano la capacità di costruire un 'sistema di riferimenti' su più livelli in grado di garantire la pertinenza degli interventi, la loro armonizzazione a livello regionale e la coerenza tra i diversi livelli

istituzionali. Ciò implica la capacità di attivare forme e modalità di confronto e lavoro di gruppo che coinvolgano, oltre ai servizi sociosanitari pubblici, le realtà del III settore e le società scientifiche impegnate a livello territoriale, per far sì che il lavoro di rete possa adeguatamente indirizzare, sostenere e verificare le politiche locali; a ciò si dovrebbe accompagnare l'abitudine di identificare referenti aziendali certi e competenti in grado di indirizzare e rispondere alle esigenze di tutti gli operatori dei servizi che assistono persone immigrate; tali referenti dovrebbero, a nostro avviso, essere a loro volta coordinati a livello regionale. Solo tale approccio 'bottom-up', unitamente ad una permanente articolazione di riferimenti su più livelli - che non venga meno al cambiare dei governi regionali e degli Assessori alla sanità in carica - massimizza a nostro avviso, come dimostrano le esperienze del GRIS sinora attivate, l'affermarsi di riconoscibili ed efficaci politiche sanitarie locali per gli stranieri immigrati. (5, 6, 7)

Altre chiavi strategiche per ottimizzare la capacità dei servizi di rispondere in modo appropriato ai bisogni di salute degli stranieri, a qualunque titolo essi siano presenti, sono rappresentate: dall'adeguamento e dalla formazione/aggiornamento degli operatori, tanto sanitari che amministrativi⁴; da una concreta politica di inserimento degli stranieri tra il personale sanitario, che, oltre che utile a colmare gravi lacune di personale per alcune specifiche competenze professionali, otterrebbe anche l'effetto di iniziare a integrare nel sistema dell'offerta persone che possano, laddove adeguatamente preparate, svolgere anche un ruolo di mediazione interculturale.

Infine, un deciso sostegno alla qualificazione dei servizi sanitari rivolti anche (laddove, almeno in ambito pubblico, si considera eccezione la previsione di servizi "dedicati") agli stranieri, dovrebbe essere dato dalla emanazione, in ogni Regione o Provincia Autonoma, dei requisiti per l'accreditamento istituzionale. Si tratta di un rilevante processo, attualmente ancora in corso di definizione in molte regioni - riguardante tutte le funzioni assistenziali di cui è previsto un finanziamento pubblico - in cui la possibilità di erogare prestazioni per conto e a carico del Servizio sanitario regionale è subordinata al possesso di specifici requisiti predefiniti di natura strutturale, tecnologica ed organizzativa. Tale prospettiva presenta sia notevoli potenzialità, in quanto volta a definire le garanzie assistenziali per i destinatari dei diversi interventi, quanto incertezze e rischi, poiché, in particolare, potrebbe mettere oggettivamente in seria difficoltà alcune importanti realtà assistenziali gestite da soggetti privati no profit, paradossalmente anche quelle che spesso hanno sviluppato approcci relazionali più confacenti alla diversità culturale dei pazienti immigrati,

⁴ Si ricordano a tale proposito, relativamente ai necessari contenuti tematici e alle più opportune modalità di impostazione e realizzazione degli eventi formativi, le Raccomandazioni sulla Formazione emerse dalla VIII Consensus Conference sull'immigrazione organizzata dalla Simm nel maggio 2004.

ma che frequentemente non usufruiscono dei finanziamenti necessari per realizzare, in particolare, importanti ristrutturazioni dei propri servizi. A tal proposito, sarebbe importante valutare il possibile contributo di tutte le realtà assistenziali esistenti localmente alla individuazione dei criteri e dei requisiti che tutelano l'efficacia dell'intervento e la soddisfazione dei pazienti stranieri. (6)

Riassumendo, la tutela della salute degli stranieri continua a dipendere, prima che da efficienti sistemi sanitari, da adeguate politiche di integrazione sociale. Tuttavia, laddove emergenti, i bisogni di salute degli stranieri dovrebbero trovare, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente, un'adeguata e tempestiva capacità di presa in carico da parte dei servizi sanitari pubblici che, in diverse realtà regionali, è ancora lungi dall'essere garantita.

Oltre a rispondere al presente, occorre però iniziare a pensare al futuro. Accanto al consolidamento di una seconda generazione di immigrati e, per le comunità di più antico insediamento, all'imminenza di una terza generazione, è infatti prevedibile che il profilo epidemiologico degli stranieri tenda sempre più a convergere con quello degli italiani, con un ruolo progressivamente maggiore delle patologie cronico-degenerative e l'affacciarsi di una utenza anziana e non autosufficiente sempre maggiore. Tale prospettiva comporta, già da ora, l'opportunità di impegnarsi, a livello nazionale, regionale e locale, in interventi mirati di promozione della salute e di prevenzione primaria e secondaria, oltre che di improntare il più possibile i servizi ad un approccio transculturale.

È anche necessario poter effettuare sistematicamente valutazioni relative ai bisogni, alle azioni intraprese e al loro impatto; ciò richiede una continua ricerca sulle fonti dei dati di interesse sanitario ed un progressivo affinamento della qualità delle informazioni disponibili, oltre che uno sforzo di condivisione e confronto epidemiologico a livello interregionale, come sostenuto dal progetto OSI.

Parallelamente, sembra importante creare i presupposti per essere in grado di cogliere, con rigore metodologico e tempestività, il manifestarsi di eventuali fenomeni e situazioni ascrivibili a "disuguaglianze nella salute" a carico degli stranieri immigrati, con particolare riferimento a quelle legate all'accessibilità ai servizi e alla loro fruibilità. (6, 8)

Infine, l'istituzione (o, per verità storica, il ripristino) di uno specifico tavolo di collegamento sanitario tra le Regioni e le Province autonome, consentirebbe, in questa fase di consolidamento del fenomeno migratorio ma con caratteristiche ancora estremamente dinamiche e diversificate, una condivisione di percorsi atti a implementare l'accessibilità alle strutture ed uno scambio di esperienze positive, che consentirebbero di rispondere prontamente alle esigenze che questa popolazione sollecita. (2)

Bibliografia

1. Geraci S, Martinelli B. *Il diritto alla salute degli immigrati. Scenario nazionale e politiche locali*. Roma, nuova anterem edizioni, 2002
2. Geraci S, Baglio G, *Salute delle popolazioni immigrate*. Rapporto Osservasalute 2005. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Università Cattolica del sacro Cuore. Milano, Prex S.P.A., 2005: 169-186
3. Marceca M, Geraci S. *Immigrazione e salute*. In: Geddes M, Berlinguer G Eds. *La salute in Italia. Rapporto 1997*. Roma, Ediesse, 1997: 169-199
4. Marceca M. *L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti*. L'Arco di Giano 1999; 22: 27-35
5. Marceca M. *La salute*. In: Zincone G. Ed. Commissione per le Politiche di integrazione degli immigrati. *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*. Bologna, il Mulino, 2000: 273-315
6. Marceca M. *La salute*. In: Fondazione ISMU – Iniziative e Studi sulla Multietnicità. *Undicesimo Rapporto sulle migrazioni 2005*. Milano, FrancoAngeli, 2006: 187-201
7. Pasini N., La salute, in Fondazione ISMU, *Decimo Rapporto sulle migrazioni 2004. Dieci anni di immigrazione in Italia*. Milano, FrancoAngeli, 2005: pp.169-182
8. Vannoni F, Cois E. L'emarginazione sociale. In: Costa G, Spadea T, Cardano M Eds. *Diseguaglianze di salute in Italia*. *Epidemiol Prev* 2004; 3 (suppl.): 32-39

Le migrazioni di infermieri in Italia

Chiara Mellina, Franco Pittau, Antonio Ricci⁵

con la collaborazione della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
e del Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes

Introduzione

Nel corso degli anni '90 si è registrato un elevato e crescente fabbisogno di forze lavoro aggiuntive da parte del mercato occupazionale italiano: attualmente una assunzione ogni 4 è a beneficio di un lavoratore nato all'estero, con una particolare intensità in alcuni settori lavorativi⁶.

A livello quantitativo il settore maggiormente interessato dall'immigrazione è quello dell'assistenza familiare dove, secondo le recenti statistiche dell'INPS, le persone straniere occupate sarebbero circa 500.000, all'incirca 5 ogni 6 addetti, con una tendenza all'aumento anche nei prossimi anni⁷.

Altri importanti settori di inserimento sono l'edilizia e l'agricoltura, nei quali l'apporto di lavoratori non comunitari rappresenta una costante nell'intero Paese. Particolare attenzione merita anche il settore sanitario, non tanto quello relativo ai medici, quanto quello degli infermieri. I medici stranieri, circa 12.000, non solo sono la metà rispetto agli infermieri ma costituiscono un'immigrazione prevalentemente comunitaria e non sono destinati ad aumentare perché l'Italia ha un numero di medici in eccedenza rispetto alle necessità, tanto da aver dato inizio ai primi flussi in uscita, seppure ancora limitati.

Gli infermieri stranieri, invece, sono in prevalenza cittadini non comunitari e sono destinati ad aumentare in misura notevole, sia perché l'invecchiamento della popolazione italiana esercita una maggiore pressione sul sistema sanitario, sia perché la scarsa valorizzazione di questi operatori della salute ha finito per allontanare le giovani generazioni autoctone da questa professione. Le nuove leve, infatti, non rispondono più in modo sufficiente al bisogno e, in questo settore, la domanda di lavoro supera l'offerta. È facile, così, ipotizzare uno scenario in cui la cura della salute degli italiani nelle sue forme più impegnative, e cioè in caso di ricovero ospedaliero o di assistenza agli anziani, sarà sempre più caratterizzata da una "presenza straniera".

⁵ Vengono di seguito anticipati i primi risultati di una ricerca condotta per la Commissione Europea dal Centro Studi e Ricerche IDOS nell'ambito dell'attività della rete European Migration Network. Nella funzione di Punto di Contatto Nazionale per l'Italia, IDOS si è avvalsa in particolar modo della collaborazione della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e del Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes.

⁶ Pittau Franco, *Trentacinque anni di immigrazione in Italia*, in Caritas-Migrantes, *Dossier Statistico Immigrazione 2005*, Idos, Roma, 2005, pp. 69-76.

⁷ Istituto Nazionale Previdenza Sociale - Dossier Statistico Immigrazione Caritas-Migrantes, *Immigrazione e collaborazione domestica: i dati del cambiamento*, Roma, dicembre 2004.

L'accesso al mercato del lavoro nel settore sanitario

Lo Stato italiano riconosce ai cittadini di paesi non comunitari che si trasferiscono in Italia, per brevi o lunghi periodi, la possibilità di esercitare una professione in campo sanitario, a fronte di requisiti determinati. Le norme che disciplinano questa materia sono il DLGS 286/98 - Testo unico delle disposizioni sull'immigrazione e il D.P.R. 394/99 - Regolamento di attuazione. Questa normativa ha permesso ai cittadini non comunitari di iscriversi agli ordini e agli albi professionali in deroga al requisito di cittadinanza.

I requisiti previsti sono quindi il possesso del titolo di abilitazione riconosciuto dal Ministero della Salute; l'iscrizione all'albo professionale dell'Ordine o del Collegio professionale attinente la professione⁸; l'iscrizione all'Elenco speciale del Ministero della Salute nel caso in cui la professione non preveda né Ordine né Collegio; la conoscenza della lingua italiana parlata e scritta (previo accertamento effettuato tramite colloquio e prova scritta).

A livello applicativo, con la Circolare del Ministero della Salute del 12 aprile 2000, sono state poi chiarite sia le procedure per il riconoscimento dei titoli professionali abilitanti all'esercizio di una professione sanitaria conseguiti in un Paese non comunitario, sia le procedure per ottenere l'autorizzazione all'esercizio della professione stessa. In particolare, le procedure da seguire e i documenti da presentare sono diversi, a seconda che la persona abbia conseguito il titolo di abilitazione in Italia, in un paese dell'Unione Europea o in un paese extra-comunitario⁹. La presentazione del titolo di studio può inoltre avvenire già presso l'ambasciata italiana operante nel paese di origine.

Vista la carenza di specialisti delle professionalità sanitarie non mediche, in base alla legge 189/2002 e al nuovo regolamento di attuazione (D.P.R. n. 334/2004), agli infermieri professionali stranieri è consentito l'ingresso in Italia per motivi di lavoro al di fuori delle quote previste dal decreto flussi, per cui gli stranieri con la qualifica di infermieri possono entrare in Italia indipendentemente dalla disponibilità di quote stabilite dal decreto flussi e in qualsiasi momento dell'anno¹⁰.

⁸ Legge 1° febbraio 2006, n. 43, "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi Ordini". Esistono attualmente i seguenti ordini e collegi: Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri; Ordini provinciali dei veterinari; Ordini provinciali dei farmacisti; Collegi provinciali delle ostetriche; Collegi provinciali degli infermieri professionali (Iпасvi); Collegi provinciali dei tecnici sanitari di radiologia medica (TSRM).

⁹ Se il titolo è stato conseguito in un Paese dell'UE si può richiedere o il diritto allo stabilimento o il diritto alla libera prestazione dei servizi, conformemente alle norme che regolano l'ingresso e il soggiorno sul territorio italiano. Se il titolo è conseguito in un Paese non comunitario, i cittadini stranieri devono presentare domanda per il riconoscimento del titolo, anche nel caso in cui il titolo è già stato riconosciuto in un altro Paese dell'UE.

¹⁰ La legge 189/2002 (art. 22, comma 1, lettera a), introducendo la lettera r-bis all'art. 27 del Testo unico sull'immigrazione (dedicato alla voce "Ingresso per lavoro in casi partico-

Per l'assunzione degli infermieri stranieri occorre presentare domanda allo Sportello Unico per l'immigrazione presso la Prefettura e l'autorizzazione all'assunzione viene rilasciata solo se il titolo di studio è riconosciuto dallo Stato italiano. L'atto formale del riconoscimento del titolo di studio è un decreto del Direttore generale delle risorse umane e delle professioni sanitarie del Ministero della Salute. Diverse Regioni (Calabria, Lazio, Umbria, Campania, Liguria, Veneto, Emilia Romagna, Lombardia, Valle d'Aosta) e le Province Autonome di Trento e Bolzano sono state autorizzate a curare autonomamente l'istruttoria delle domande di riconoscimento dei titoli di infermiere e tecnico sanitario di radiologia medica conseguiti in Paesi non comunitari, ma il Ministero della Salute è sempre competente per l'emissione del decreto di riconoscimento.

Per poter esercitare la professione l'infermiere straniero deve chiedere l'iscrizione al Collegio provinciale del luogo di lavoro o di domicilio. L'iscrizione all'Albo professionale è subordinata al superamento di un esame sulla conoscenza della lingua italiana, delle norme deontologiche e delle norme che regolano la professione. Per sostenere l'esame i singoli Collegi richiedono il versamento di una tassa (circa 250 euro). I Collegi generalmente mettono a disposizione dei candidati un fascicolo contenente il codice deontologico e le altre norme di legge riguardanti la professione dell'infermiere, ma in alcuni contesti locali si fa di più e si organizzano corsi di italiano e di legislazione sanitaria per stranieri.

Inoltre il D.P.R. n. 334/2004, art. 37 comma 21, prevede che per gli infermieri professionali si possa stipulare un contratto di lavoro anche a tempo indeterminato e che quindi anche il permesso di soggiorno sia normalmente prorogabile in Italia. Il D.P.R. n. 334/2004, art. 37 comma 23, prevede poi che gli infermieri professionali stranieri possano prorogare il permesso di soggiorno anche se cambiano il datore di lavoro in qualsiasi momento, purché si tratti sempre di occupazione con la qualifica di infermiere professionale. Per potere ottenere l'autorizzazione al lavoro rimane comunque la necessità del riconoscimento del titolo professionale da parte del Ministero della Salute.

Gli operatori sanitari di origine straniera per poter sostenere i concorsi previsti per l'inserimento in strutture pubbliche devono possedere la cittadinanza italiana o comunitaria. Senza il requisito della cittadinanza gli stranieri non comunitari possono lavorare presso le strutture pubbliche o attraverso una chiamata diretta con un contratto a tempo determinato o tramite l'assunzione da parte di cooperative appaltatrici di servizi infermieristici riconosciuti dal Ministero della Salute o anche tramite le agenzie interinali di lavoro. La procedura che prevede l'assunzione da parte di soggetti terzi, tra l'altro la più in uso tra gli infermieri professionali di origine straniera, di fatto ha reso il loro lavoro molto vulnerabile.

Per i lavoratori stranieri messi a disposizione dalle agenzie interinali i contratti di lavoro sono quelli nazionali di settore, mentre per chi viene assunto dalle coopera-

lari”), ha inserito la figura dell'infermiere professionale tra i lavoratori esclusi dalle quote flussi.

tive appaltatrici di servizi infermieristici è previsto un contratto nazionale con minori garanzie e retribuzioni. Quindi, se da un lato è stata facilitata l'assunzione di personale infermieristico straniero nelle strutture pubbliche, dall'altro ne sono derivate condizioni di trattamento discriminatorie (segmentazione contrattuale, maggiore flessibilità lavorativa, retribuzioni inferiori, minore tutela dei diritti), quando non addirittura illecite attraverso il reclutamento di infermieri stranieri da parte di agenzie e cooperative senza scrupoli.

Il requisito della cittadinanza per l'assunzione a pieno titolo nel settore pubblico come medici o infermieri stranieri è stato messo in discussione da alcune recenti sentenze dei giudici di merito. Il Tribunale di Pistoia, ad esempio, il 7 maggio 2005 sulla base del D.lgs 286/98 che sancisce la piena ed assoluta equiparazione fra cittadini italiani, comunitari ed extracomunitari, ha accolto il ricorso di un medico non comunitario riconoscendogli il diritto a partecipare al concorso pubblico per dirigente medico in cardiologia e, a marzo 2006, la Corte d'Appello di Firenze, confermando la sentenza di primo grado del Tribunale di Pistoia, ha definito illegittima l'esclusione di medici stranieri da un concorso pubblico per dirigenti sanitari. In precedenza anche il Tribunale di Genova (ord. 21 aprile 2004) aveva considerato di fatto abrogata, in forza della vigente normativa sull'immigrazione, la riserva della cittadinanza fatta valere per l'accesso al pubblico impiego. Ma già nel 2001 il Tar aveva riconosciuto valide le ragioni di un infermiere marocchino, diplomato in Italia, che era stato escluso da un concorso in Liguria.

Gli infermieri stranieri nel mercato del lavoro italiano

Secondo l'OCSE in Italia da tempo si registra una evidente carenza di infermieri. Tra il 2002 e il 2003, la media era di 5,4 infermieri ogni mille abitanti, con un'incidenza molto più bassa rispetto alla media auspicata dall'OCSE (6,9 per mille) e a quella riscontrata negli altri paesi dell'Unione Europea (Francia 7,3 per mille, Regno Unito 9,1 per mille, Germania 9,7 per mille, Olanda 12,8 per mille, Irlanda 14,8 per mille) o nei paesi comunque dell'area OCSE (Stati Uniti 7,9 per mille, Canada 9,8 per mille, Svizzera 10,7 per mille) 11.

Va osservato, però, che a livello internazionale persiste una certa confusione perché i parametri per definire i ruoli di medico e infermiere differiscono tra loro. Come ha denunciato l'Osservatorio Europeo sui Servizi Sanitari in alcuni paesi l'infermiere presenta una qualifica formativa di base, in altri come in Italia, grazie a un percorso formativo universitario ad hoc e a competenze specifiche, acquisisce la capacità di agire anche indipendentemente dai medici. Di fronte alla generalizzata carenza di medici che si registra in gran parte d'Europa è dunque in corso il trasferimento di competenze prima riservate ai soli medici ad altri operatori, soprattutto

¹¹ OECD, *Health Data 2005: Statistics and Indicators*, Paris, 2005.

to infermieri professionali, i quali a loro volta trasferiscono i compiti infermieristici di base ad altre figure meno qualificate¹².

Secondo l'Ipasvi¹³, l'ordine professionale di categoria, gli infermieri professionali attivi sono in totale 342.000, il 70% all'interno del SSN, il 20% presso strutture private e il 10% come liberi professionisti. Secondo la stima dell'Ipasvi, il fabbisogno nazionale di nuovi infermieri da inserire nelle strutture sanitarie per il 2004 è stato di 98.870 unità¹⁴, di cui 37 mila nel Nord (28mila nel Nord Est, 9 mila nel Nord Ovest), quasi 15mila al Centro, 31 mila nel Sud e 14 mila nelle Isole. A livello regionale le situazioni più critiche si registrano soprattutto in Lombardia con un fabbisogno pari a 12 mila nuovi infermieri e in Campania dove ne mancano almeno 9.900. Altre Regioni estremamente bisognose di personale infermieristico specializzato sono la Sicilia e il Piemonte con un ammanco rispettivamente di 7.700 e 7.500 nuovi infermieri. Situazioni difficili si registrano anche in Calabria (-5 mila), Lazio (-4,6 mila), Puglia (-4,1 mila), Trentino Alto Adige (-3,5 mila) e Veneto (-3,2 mila).

Attualmente la mancanza di personale si aggirerebbe intorno alle 62-99 mila unità, a seconda che si considerino gli iscritti ai Collegi Ipasvi o gli infermieri dipendenti in forza ad Ausl e ospedali. Nell'ipotesi minima il fabbisogno sarebbe di circa 10.000 infermieri in alcune aree (Nord Est, Centro, Isole) e di poco più di 20.000 infermieri nelle aree del Nord Ovest e Sud.

ITALIA. STIMA FABBISOGNO NUOVI INFERMIERI (2004)

	Iscritti IPASVI	Stima Fabbisogno IPASVI	Dipendenti OCSE	Stima Fabbisogno OCSE
<i>Nord Ovest</i>	87.972	-22.237	60.170	-27.802
<i>Nord Est</i>	73.342	-9.910	63.957	-9.385
Nord	161.314	-32.147	124.127	-37.187
Centro	67.006	-10.592	52.068	-14.938
Sud	76.860	-20.320	45.025	-31.835
Isole	37.093	-8.882	22.181	-14.912
Italia	342.273	-61.117	243.403	-98.870

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Collegio Ipasvi, OCSE

¹² European Observatory on Health Systems and Policies, *Human resources for health in Europe*, Open University Press, New York, 2006.

¹³ Federazione Nazionale dei Collegi di Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia, *Rapporto annuale sulla formazione universitaria degli infermieri*, Roma, 2006.

¹⁴ Da questa stima è escluso il crescente fabbisogno di assistenza domiciliare.

Si può ritenere a buona ragione che in Italia la figura dell'infermiere professionale rientri tra le professioni più difficili da reperire nel mondo del lavoro. Secondo un'indagine mondiale realizzata da Manpower sulle professioni più ricercate, in Italia gli infermieri si trovano al 5° posto dopo gli operai specializzati, gli addetti alla ristorazione, gli addetti ai servizi amministrativi e gli autisti¹⁵.

Inoltre il turn over annuale (intorno ai 13/14 mila unità l'anno) è superiore alle nuove leve laureate in scienze infermieristiche che, secondo i dati del MIUR, sono appena 9 mila l'anno.

In Italia la carenza strutturale di infermieri può tuttavia ricondursi a diversi fattori: l'inadeguatezza dello stipendio, il mancato riconoscimento del prestigio sociale e il lungo e impegnativo percorso formativo richiesto (un diploma di istruzione secondaria, una laurea triennale ed un periodo di tirocinio la cui retribuzione, secondo l'Isfol, è di 486,58 euro mensili¹⁶). A scoraggiare le nuove leve, oltre la scarsa valorizzazione di questa professione, ha contribuito anche la sostituzione delle scuole regionali per infermieri professionali, gratuite¹⁷, con i corsi di laurea in scienze infermieristiche, a pagamento.

Il quadro italiano che ne emerge risulta in linea con quanto denunciato nel Rapporto OMS 2006 sulla Salute che ha sottolineato la necessità di nuovi interventi per la formazione e la valorizzazione degli operatori della salute e in particolare degli infermieri professionali¹⁸.

L'invecchiamento della popolazione per effetto della riduzione della mortalità in età avanzata ha generato un conseguente aumento della popolazione anziana bisognosa di assistenza sia a livello clinico/terapeutico che domiciliare, tant'è che nel 2004 era stato proposto un progetto di legge nazionale per equiparare l'ingresso degli assistenti alla persona a quello degli infermieri professionali in deroga alle quote e permettere la deducibilità totale dei contributi previdenziali e assistenziali degli assistenti alla persona, proposta che tuttavia non ha avuto seguito.

In questi anni il settore privato si è rivelato un mercato molto dinamico, mentre in quello pubblico il turn over dei pensionati è stato consentito solo nel 50% dei casi.

L'archivio Inail sulle denunce nominative degli assicurati consente di analizzare l'andamento territoriale nel 2004 nel settore sanitario privato: più di 3.000 in ciascuno dei due emisferi settentrionali, quasi 2.000 nel Centro e meno di 1.000 nel Meridione, per un totale di quasi 13 mila assunzioni (nell'anno precedente erano

¹⁵ Manpower, *Talent Shortage Survey*, Milwaukee, 2006.

¹⁶ Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori – ISFOL, *Rapporto ISFOL 2005*, Roma, novembre 2005.

¹⁷ Nel triennio 1986-1989, ad esempio, la scuola professionale per infermieri della Regione Lazio, escluso un modesto contributo per le tasse scolastiche, forniva gratuitamente i libri di testo e prevedeva un rimborso spese mensile di circa 60.000 lire il primo anno, 100.000 lire il secondo anno e 140.000 lire il terzo anno.

¹⁸ World Health Organization, *The world health report 2006: working together for health*, Geneva, 2006.

state abbastanza inferiori, pari a 10.756). A fine anno solo un terzo di questi contratti è risultato ancora in essere e questo conferma non tanto la venuta meno di queste presenze, quanto che le assunzioni avvengono prevalentemente a tempo determinato anche se alla scadenza solitamente si provvede al rinnovo (magari tardivamente registrato nell'archivio Inail).

ITALIA. Assunzioni annuali di non comunitari nel settore sanitario privato: aree territoriali (2003-2004)

	2003				2004			
	Assunzioni	Cessazioni	Saldi	Incidenza s/a	Assunzioni	Cessazioni	Saldi	Incidenza s/a
Nord Ovest	3.420	2.061	1.359	39,7	3.768	2.623	1.145	30,4
Nord Est	3.090	1.835	1.255	40,6	3.332	1.955	1.377	41,3
Nord	6.510	3.896	2.614	40,2	7.100	4.578	2.522	35,5
Centro	1.571	895	676	43,0	1.895	1.110	785	41,4
Sud	500	383	117	23,4	599	405	194	32,4
Isole	164	125	39	23,8	204	121	83	40,7
Non Attribuito	125	49	76	60,8	152	79	73	48,0
Non Ripartito	1.886	1.429	457	24,2	2.979	2.038	941	31,6
ITALIA	10.756	6.777	3.979	37,0	12.929	8.331	4.598	35,6

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Inail

L'archivio delle denunce nominative degli assicurati Inail consente anche di individuare le aree di provenienza dei lavoratori nati all'estero assunti nel settore sanitario privato: la metà è europea (tra essi sono mille quelli provenienti dai nuovi stati membri dell'UE), più di 3.000 sono americani, 2.000 africani e molto meno di 1.000 asiatici.

ITALIA. Assunzioni annuali di non comunitari nel settore sanitario privato: continenti di prov. (2003-2004)

	2003				2004			
	Assunzioni	Cessa- zioni	Saldi	Inciden- za s/a	Assun- zioni	Cessa- zioni	Saldi	Inciden- za s/a
Nuovi membri UE	796	421	375	47,1	1.037	619	418	40,3
Altri Paesi Europei	4.396	2.463	1.933	44,0	5.485	3.382	2.103	38,3
Europa	5.192	2.884	2.308	44,5	6.522	4.001	2.521	38,7
Africa	1.843	1.426	417	22,6	2.195	1.551	644	29,3
Asia	708	483	225	31,8	767	557	210	27,4
America	2.955	1.950	1.005	34,0	3.389	2.190	1.199	35,4
Oceania	58	34	24	41,4	57	33	24	42,1
Totale	10.756	6.777	3.979	37,0	12.929	8.331	4.598	35,6

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Inail

Ogni anno Unioncamere, tramite l'indagine Excelsior condotta in collaborazione con il Ministero del Lavoro, produce la stima sul fabbisogno di nuove assunzioni da parte delle imprese private italiane. Per quanto riguarda le aziende operanti nel settore sanitario privato per il 2005 è stato quantificato tra le 20.000 e le 30.000 assunzioni il fabbisogno aggiuntivo di infermieri, medici e paramedici, di cui almeno tra le 5.000 e le 10.000 unità a favore di cittadini non comunitari¹⁹.

Per circa il 50% il fabbisogno riguarda operai e personale non qualificato o a bassa specializzazione del settore sanitario, per la restante metà si tratta di quadri, impiegati e tecnici, mentre il fabbisogno di dirigenti non supera le 200 assunzioni. Nella metà dei casi si tratta di personale di difficile reperimento. Per ogni 5 assunzioni si prevede che almeno una continuerà con una certa stabilità. Quanto alle categorie richieste i numeri più alti non riguardano solo gli infermieri (4 mila) e gli assistenti sociali (8 mila), ma consistenti sono soprattutto i dati riguardanti gli altri ausiliari per l'assistenza presso le istituzioni o a domicilio, soprattutto a beneficio degli anziani (14 mila in totale).

¹⁹ Unioncamere - Ministero del Lavoro Sistema informativo Excelsior, *Il lavoro che ci aspetta, Progetto Excelsior 2005, Le figure professionali richieste dalle imprese*, Roma, 2005.

ITALIA. Fabbisogno nuove assunzioni nel settore della sanità e dei servizi sanitari privati (2003-2005)

		2.003	%	2.004	%	2.005	%	Var. 2004- 05
Specialisti Scienza della salute (eccetto assistenza infermieristica)	Medici	258	1,1	340	1,6	360	1,2	5,9
	Farmacisti	970	4,0	890	4,1	1.250	4,1	40,4
	tot	1.228	5,0	1.230	5,6	1.610	5,3	30,9
Tecnici paramedici (eccetto assistenza infermieristica)	Assistenti sanitari	3.036	12,4	60	0,3	60	0,2	0,0
	Fisioterapisti e affini	1.325	5,4	1.450	6,6	1.380	4,5	-4,8
	Tecnici paramedici	876	3,6	90	0,4	70	0,2	-22,2
	tot	5.237	21,4	1.880	8,6	1.840	6,1	-2,1
Infermieri professionali ed Ostetriche	Infermieri professionali	4.677	19,1	4.860	22,2	4.230	13,9	-13,0
	Altre professioni	5	0,0	90	0,4	-	-	-
	tot	4.682	19,1	4.950	22,6	4.230	13,9	-14,5
Assistenti sociali	tot	1.497	6,1	2.700	12,3	8.460	27,8	213,3
Altri operatori dell'assistenza	Assistenti socio-sanitari presso le istituzioni	9.377	38,2	9.410	42,9	12.050	39,6	28,1
	Assistenti socio-sanitari a domicilio	2.498	10,2	1.740	7,9	2.220	7,3	27,6
	tot	11.875	48,4	11.150	50,9	14.270	46,9	28,0
TOTALE	tot	24.519	100,0	21.910	100,0	30.410	100,0	38,8

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Unioncamere - Ministero del Lavoro Sistema informativo Excelsior

Per il 2005 la stima Excelsior è stata di 30.410 persone con un notevole aumento rispetto al biennio precedente (24.519 nel 2003 e 21.910 nel 2004); i medici (360) sono appena un quarto rispetto ai farmacisti (1.250), che sono superati dai fisioterapisti (1.380), a loro volta superati dagli infermieri (4.230). Si dispone del consuntivo, cioè le assunzioni effettuate, solo per il 2003 (quasi 11 mila) e il 2004 (13 mila), mentre per il 2005 sono disponibili solo i dati sulle assunzioni previste. Alla luce di questo legittimo confronto, appare evidente che il fabbisogno aggiuntivo sia destinato a crescere e a coinvolgere sempre più i lavoratori non comunitari, se si considera che ogni anno più della metà dei posti offerti rimane inevaso.

Criticità e opportunità del mercato del lavoro infermieristico

Nel 2004/2005 i neolaureati in scienze infermieristiche in Italia sono stati 6.70020. Il ricambio fisiologico di questi addetti in caso di soddisfacimento dell'offerta è di 15.265 posti di lavoro secondo la stima ipotizzata per il 2005 dalle Regioni o di 17.200 secondo l'Ipasvi. Gli immatricolati sono stati invece circa 11 mila, con un discreto aumento rispetto agli anni precedenti, a conferma della capacità di inserimento in questo settore che vede i neolaureati trovare generalmente lavoro entro tre mesi dalla conclusione degli studi. Anche secondo l'indagine annuale condotta dal consorzio interuniversitario Alma Laurea nel 2005, ad un anno dal conseguimento della laurea, era occupato il 97% dei laureati in discipline inerenti le professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche rispetto al 77% dei laureati in Medicina e Chirurgia²¹.

Nonostante ciò, circa il 14,5% dei posti disponibili negli atenei italiani per la formazione infermieristica è rimasto inutilizzato per mancanza di iscritti, percentuale che scende al 7,3% nell'Italia meridionale. Il 71% delle matricole è composto da donne, che hanno un'età media di 22,6 anni e sono in leggero ma in costante aumento. Il titolo di studio più diffuso è il diploma conseguito in prevalenza negli istituti tecnici (31,0%), seguiti dai licei classici (27,9%) e dagli istituti professionali (15,6%)²².

Si è visto che gli infermieri immigrati, per quanto non assoggettati alle quote annuali e facilitati così per l'ingresso, devono ottenere il riconoscimento del titolo di studio, pratica questa che allunga i tempi della procedura, mentre per i comunitari è sufficiente il nulla osta del Ministero della Salute. L'equipollenza del titolo conseguito dagli infermieri all'estero, che è di competenza di una Commissione nazionale del Ministero della Salute, apre la via all'iscrizione al Collegio Ipasvi del luogo di lavoro o di domicilio, ma alla condizione già ricordata di aver superato un esame in materia di deontologia e leggi professionali e un altro di lingua italiana (quest'ultimo non obbligatorio per i comunitari).

²⁰ Attualmente per diventare infermieri è necessario un corso universitario di laurea triennale. La legge 341 del 19 novembre 1990 ha introdotto una prima riforma degli ordinamenti didattici universitari introducendo il diploma universitario di primo livello in Scienze infermieristiche. Il decreto legislativo n. 502/1992 e le successive modifiche hanno sancito il passaggio definitivo alla formazione universitaria, per cui il titolo rilasciato viene qualificato come "diploma universitario". Dal 2001, infine, l'ordinamento didattico, pur essendo definito dalla normativa nazionale (Decreto Interministeriale 2 aprile 2001 Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie), può essere variato dalle università fino ad un terzo del programma standard in modo da offrire una formazione del personale infermieristico più rispondente alle esigenze e ai problemi locali e del Servizio Sanitario Nazionale.

²¹ Alma Laurea, *Condizione Occupazionale dei Laureati 2005. VIII Indagine*, Bologna, 2006.

²² Ipasvi, *Laurea specialistica in Scienze infermieristiche: i candidati, gli ammessi e le prove. Rapporto 2004-2005*. Roma, 2006.

Le modalità di iscrizione al Collegio possono variare da provincia a provincia, prassi che può creare disorientamento per le agenzie di lavoro, che nel rapporto OASI 2005 hanno denunciato l'ostruzionismo di alcune sedi²³.

Secondo i dati dell'Ipasvi, nell'arco del triennio 2002-2005 gli infermieri stranieri in Italia sono aumentati di 4.118 unità, passando da 2.612 a 6.730. Nel 2005 il contingente era costituito per il 69% da persone provenienti dal continente europeo (per il 30% neo comunitari e per il 39% europei non appartenenti all'UE). Il resto del contingente di infermieri non italiani era formato da americani (12,5%, per la maggior parte provenienti dal Sud America), da asiatici (12,2%), da africani (6,6%) e, per il restante 0,4%, da infermieri provenienti dall'Oceania. L'incidenza percentuale degli europei è rimasta all'incirca la stessa (ma è diminuita quella dei non comunitari dopo l'adesione all'UE dei nuovi Stati membri), mentre è aumentata l'incidenza degli asiatici ed è diminuita quella degli africani (ma non in valori assoluti). Le variazioni più vistose si sono registrate nel caso degli infermieri provenienti dall'UE grazie all'integrazione dei nuovi paesi membri e dall'Oceania, dove però siamo di fronte a dati poco significativi in termini di consistenza.

ITALIA. Infermieri stranieri: continenti di provenienza (2002 e 2005)

	2002	%	2005	%	Variaz. % 2002-05
UE	16	0,6	1.989	29,6	12.331,3
Europa non comunitaria	1.821	69,7	2.616	38,9	43,7
Europa	1.837	70,3	4.605	68,5	150,68
Africa	366	14,0	443	6,6	21,0
Asia	105	4,0	820	12,2	681,0
America	302	11,6	838	12,5	177,5
Oceania	2	0,1	24	0,4	1.100,0
Tot. infermieri non comunitari	2.596	99,4	4.741	70,4	82,6
Totale infermieri	2.612	100,0	6.730	100,0	157,7

Fonte: Fonte Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati IPASVI 2002 e 2005

Sempre secondo i dati dell'Ipasvi, relativi al 2002, gli infermieri stranieri provenivano principalmente dalla Romania (37,2%), dalla Polonia (16,3%) e dalla Tunisia (12,7%). Al di sotto dell'8% si posizionano il Perù con il 7,8%, l'Albania (5,3%), l'India (3,4%), la Croazia (2,9%) e la Serbia-Montenegro (2,8%). Meno rappresentative, ma pur sempre presenti, la Bosnia-Erzegovina e Cuba con rispettivamente l'1,8% e l'1,2%.

²³ Cergas Bocconi, *Rapporto OASI 2005. L'aziendalizzazione della Sanità in Italia*, Egea, Milano, 2005.

ITALIA. Infermieri stranieri (2002). Nazionalità di provenienza

	v.a.	%
Romania	971	37,2
Polonia	427	16,3
Tunisia	331	12,7
Perù	205	7,8
Albania	138	5,3
India	90	3,4
Croazia	76	2,9
Serbia-Montenegro	74	2,8
Bosnia-Erzegovina	45	1,8
Cuba	30	1,2
Totale	2.612	100,0

Fonte: Fonte Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati IPASVI 2002

Tuttavia, secondo lo stesso Ipasvi in Italia sono già 20.000 gli infermieri professionali stranieri attivi nelle corsie di ospedali, ospizi e case di cura. Le richieste più pressanti di assunzioni di nuovi infermieri provengono dalle cliniche private, dalle case di riposo e dagli istituti per anziani e disabili non autosufficienti. Nell'ultimo anno i non comunitari che hanno ottenuto l'equipollenza sono stati circa 8/9 mila, provenienti principalmente da Perù, Colombia, Brasile, Romania, Bulgaria, Albania.

Almeno 8 mila infermieri stranieri sono attivi nelle regioni del Nord, dove maggiore è l'emergenza. La presenza varia anche da struttura a struttura. Negli ospedali delle grandi metropoli come Torino, la percentuale degli infermieri immigrati può salire, a seconda delle strutture, al 60% dell'organico. Presso l'Ospedale maggiore di Trieste, il 10% dell'organico è straniero e proviene per lo più dalla vicina Slovenia e dalle altre repubbliche dell'ex Jugoslavia. Da Firenze in giù le percentuali sono più basse, mentre nelle regioni autonome Val d'Aosta e Trentino Alto Adige sono richieste anche, rispettivamente, la lingua francese e tedesca.

Anche il settore ospedaliero privato, come riferisce l'associazione di categoria AIOP, a partire dal 2001, è ricorso all'inserimento di infermieri non comunitari e comunitari, in stretta collaborazione con il Ministero della Salute e il Ministero del Lavoro, attraverso il Progetto Eures. Tra il 2001 e il 2004 nei soli ospedali privati AIOP si sono inseriti 700 infermieri stranieri, di cui 440 attraverso il progetto italo-spagnolo firmato a Madrid il 23 giugno 2003 e 250 attraverso l'Agenzia governativa di cooperazione tunisina con il supporto dell'Ambasciata italiana a Tunisi. Un nuovo progetto è in corso di ultimazione con la rete Eures della Finlandia²⁴.

²⁴ Mondo salute, n. 2, Aprile 2004, pp. 52-53.

La legge n. 30 del 14 febbraio 2003 (Legge Biagi) affida le assunzioni alle agenzie interinali di lavoro che sono in grado di operare anche direttamente all'estero. Si stima che per il settore infermieristico il giro d'affari di queste agenzie interinali possa raggiungere un valore di 300 milioni di euro l'anno, calcolato questo su un fabbisogno di 40 mila addetti²⁵, in quanto in cambio dello svolgimento delle pratiche per l'equipollenza dei titoli e della ricerca dell'alloggio, le agenzie richiedono anche il 20-25% dello stipendio lordo mensile dell'infermiere²⁶.

Attualmente, secondo il Rapporto OASI 2005, sono otto le agenzie per il lavoro attive nel mercato infermieristico (Adecco Italia, ALI, Archimede, Ge.Vi., La Dominus, Obiettivo Lavoro, Quanta, Temporary). Di queste, sei somministrano personale esclusivamente straniero, investendo direttamente nel reclutamento internazionale²⁷. Il più delle volte la loro attività è sostenuta da filiali su misura, oppure si reggono sulle inserzioni e il passaparola. Nella maggioranza dei casi offrono corsi di lingua e di formazione, sia prima che dopo la partenza, ed è possibile anche usufruire di un servizio di assistenza alloggiativa direttamente presso il paese di accoglienza.

Operano sul mercato cooperative, create anche da infermieri stranieri già presenti in Italia o da studi professionali associati, che anziché somministrare personale si occupano di gestire servizi (outsourcing).

Le cooperative erogano gli stipendi previsti dal contratto privato o pubblico per gli infermieri professionali, ma non sono rare le situazioni di abuso che vedono gli immigrati ricevere dalle cooperative trattamenti retributivi peggiori rispetto ai loro colleghi assunti in maniera diretta dagli ospedali²⁸, come è stato denunciato anche dall'Associazione Stranieri Infermieri in Italia²⁹.

Nel recente rinnovo del contratto privato la percentuale di personale infermieristico assunto con contratti a termine è stata portata al 40% del contingente dei lavoratori a tempo indeterminato allo scopo evidente di favorire nuove assunzioni. L'Ipasvi, inoltre, sta favorendo con l'aiuto del Ministero della Salute le strategie di selezione nei Paesi di origine, in particolare nel Nord Africa e in America Latina anche con la collaborazione delle agenzie di somministrazione, salvo restando un esame da

²⁵ Ires-Cgil, *Quarto Rapporto sull'immigrazione*, Ediesse, Roma, 2006.

²⁶ Il Mondo, 9 settembre 2005, p. 29.

²⁷ Cergas Bocconi, *Rapporto OASI 2005. L'aziendalizzazione della Sanità in Italia*, Egea, Milano, 2005.

²⁸ Sempre più frequenti sono le indagini giornalistiche su questo tema: solo per citare gli articoli più recenti cfr., Panorama, 25 agosto 2005, p. 59; La Stampa, 3 gennaio 2006, p. 39; Il Manifesto, 7 febbraio 2006; Metropoli. Supplemento di Repubblica, 26 febbraio 2006, p. 7. Anche i media televisivi si sono mostrati molto attenti a questo tema: ad esempio, nel gennaio 2006 la televisione pubblica Rai ha trasmesso la testimonianza anonima di una infermiera romana vittima del cosiddetto "caporalato infermieristico" (TG3 Shukran).

²⁹ Redattore Sociale, 26 ottobre 2004.

parte di una commissione formata da rappresentanti dell'Ordine e del Ministero della Salute³⁰.

La carenza di infermieri è talmente grave che nel 2005 il governo ha emanato un decreto per autorizzare da una parte la riassunzione persino di quelli andati in pensione e dall'altra i contratti di lavoro a tempo determinato di un anno o il pagamento, con tariffe libero professionali, delle prestazioni extra-orario di chi è in ruolo³¹. A livello locale, nonostante le preoccupanti carenze di manodopera infermieristica, si registra, tuttavia, anche una sorta di “protezionismo lavorativo” in difesa degli infermieri autoctoni e a tale riguardo è stato citato l'Assessorato regionale alla Sanità della Regione Veneto³².

Da più parti sono stati sollevati dubbi e perplessità, anche motivati, rispetto alla formazione, alle competenze linguistiche e allo stesso riconoscimento del titolo da parte ministeriale³³. Certamente la questione della competenza linguistica - fondamentale per comunicare adeguatamente con i pazienti, i medici e l'équipe curante - non può risolversi in un corso accelerato di italiano svolto prima di partire. Al riguardo un'esperienza degna di attenzione è stata quella di 60 infermiere polacche assunte dalla AUSL di Modena nel 2001: una parte di loro usufruì, con il concorso dell'ente pubblico, dell'ingresso sotto sponsorizzazione (peraltro abolito, subito dopo, dalla legge n. 189/2002) e concluse direttamente in Italia la pratica per il riconoscimento del titolo, oltre a svolgere corsi di perfezionamento linguistico³⁴.

L'esperienza della regione autonoma Friuli Venezia Giulia, riportata in uno studio dell'OCSE sugli accordi bilaterali in materia di lavoro, testimonia infine la tendenza delle infermiere romene altamente specializzate ad accettare incarichi per infermiere generiche pur di garantirsi la possibilità di lavorare all'estero. In questo caso è emersa anche l'enorme differenza di salario che caratterizza un'infermiera esperta con 15 anni di attività alle spalle in patria rispetto ad una che è al suo primo impiego in Italia: quest'ultima guadagna anche 10 volte più ed è in grado di risparmiare in breve tempo tanto quanto basta per comprare una casa nuova in Romania³⁵.

Per quanto riguarda le retribuzioni per gli immigrati, in caso di regolare assunzione, è previsto lo stipendio del contratto privato o pubblico degli infermieri professionali. Nei CCNL della sanità pubblica e privata gli infermieri professionali vengono inquadrati con la qualifica di personale laureato, invece nei contratti di “coo-

³⁰ Il Sole 24 Ore, 4 luglio 2005.

³¹ Il Messaggero, 27 giugno 2005.

³² Corriere del Veneto, 18 febbraio 2006, p. 1.

³³ Il Giornale, 22 giugno 2005, p. 23.

³⁴ Il Nuovo, 26 giugno 2001.

³⁵ Barbin Jean Gabriel, *Recruitment of nurses in Romania by the Friuli Venezia Giulia region in Italy*, in OECD, *Migration for Employment. Bilateral agreements at a crossroads*, OECD, Paris, 2004, pp. 215-216.

perazione sociale”³⁶ (cui sono soggette le imprese sociali convenzionate con enti pubblici o privati) gli infermieri non rientrano tra il personale laureato.

I contratti di “cooperazione sociale” sono i contratti con i trattamenti economici e normativi meno vantaggiosi. La cooperazione sociale opera per il 90% nel settore socio-assistenziale e ha una posizione egemone su questo mercato perché offre prestazioni a costi inferiori rispetto a quanto previsto dal CCNL.

Secondo un’indagine dell’Ires CGIL gli infermieri che prestano servizio nelle cooperative, rispetto ai loro colleghi assunti direttamente presso le strutture sanitarie (i cosiddetti strutturati), hanno un monte orario maggiore (165 ore contro 156), retribuzioni inferiori e spesso non hanno diritto a nessun tipo di indennità (per turni notturni e festivi, per l’assistenza domiciliare, indennità SerT37, ecc).

Al Nord gli stipendi sono inferiori mediamente del 20-25% rispetto agli strutturati e altrove anche più del 42%, per giunta le retribuzioni degli infermieri che lavorano nelle cooperative non sono omogenee in tutto il territorio italiano. A Roma la tariffa per i soci-lavoratori delle cooperative è molto bassa (circa 7-8 euro l’ora contro le 8-10 del Nord Italia)³⁸.

Al primo impiego l’infermiere professionale straniero generalmente recepisce uno stipendio mensile netto intorno ai 1.100 euro, che con l’indennità di turno e quella di reparto (circa 5 euro al giorno) può aumentare di poche centinaia di euro al mese. Se si tratta di un operatore socio-sanitario, per il quale non è richiesto un titolo di scuola secondaria superiore in quanto assunto come generico, lo stipendio oscilla tra i 900 e i 1.050 euro.

Conclusioni

I primi risultati della ricerca, nel mettere a nudo le carenze del mercato occupazionale sanitario (in questo caso con riferimento agli infermieri), mostrano ancora una volta che l’immigrazione, seppure non sempre inquadrata nell’Unione secondo un’ottica positiva, costituisce un’indispensabile leva di composizione. I molteplici problemi organizzativi che si pongono nella gestione delle persone che si spostano indicano, poi, che la normativa sull’immigrazione, sia a livello nazionale che comunitario, deve ancora fare molti passi avanti.

In questa sede l’immigrazione di operatori sanitari è stata esaminata con riferimento alle esigenze della società italiana. Non va, però, dimenticato che l’Assemblea dell’Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto che la migrazione inter-

³⁶ Legge 8 novembre 1991, n. 381 (in GU 3 dicembre 1991, n. 283) Disciplina delle cooperative sociali.

³⁷ Servizi per le Tossicodipendenze.

³⁸ Ires Cgil, *Quarto Rapporto sull’immigrazione*, Ediesse, Roma, 2006 pp. 61-191.

nazionale di personale sanitario qualificato costituisce anche una seria sfida per i sistemi sanitari nazionali dei paesi più poveri³⁹.

Attualmente il sistema dei fattori di attrazione e di espulsione lascia presagire un continuo esodo ancora per diversi decenni. L'offerta di salari più alti e la possibilità di inviare risparmi in patria, le migliori condizioni lavorative, un sistema sanitario munito di migliori risorse, le opportunità di carriera e di formazione, la stabilità politica ed economica, le opportunità di viaggio costituiscono da una parte i principali fattori di attrazione, mentre tra i fattori di spinta si possono ricordare il basso livello retributivo, le condizioni lavorative umili o senza le risorse necessarie, le limitate opportunità a livello di crescita professionale ma anche a livello formativo, l'impatto della diffusione dell'Aids, l'ambiente lavorativo pericoloso, l'instabilità economica e altro ancora.

È ragionevole pensare all'immigrazione senza trascurare i problemi dello sviluppo e perciò la comunità internazionale è concorde sulla necessità di implementare strumenti di tutela delle risorse umane dei paesi di partenza. Tra le ipotesi di intervento per la tutela degli interessi dei Paesi in Via di Sviluppo, sono stati progettati twinning e staff exchange, accordi bilaterali per la copertura dei costi riguardanti la formazione e il training, programmi di aiuto allo sviluppo da investire sul settore sanitario e sulla formazione, l'elaborazione di un codice di reclutamento etico⁴⁰. L'urgenza di questa preoccupazione ha trovato quindi conferma anche nel Libro Verde sulle migrazioni economiche della Commissione Europea del gennaio 2005 e nei numerosi dibattiti che ad esso sono seguiti.

³⁹ World Health Organization, *International migration and health personnel: a challenge for health systems in developing countries*, Agenda item 12.11. Fifty-seventh World Health Assembly: Health Systems Including Primary Care, Geneva, 22 May 2004.

⁴⁰ World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, *A code of practice for the international recruitment of health professionals: the Melbourne manifesto*. WONCA, 2002.

Tabelle statistiche

ITALIA. Assunzioni annuali di lavoratori stranieri nel settore sanitario privato: ripartizione regionale (2003-2004)

	2003				2004			
	Assunzioni	Cessazioni	Saldi	Incidenza s/a	Assunzioni	Cessazioni	Saldi	Incidenza s/a
Piemonte	883	529	354	40,1	1.069	737	332	31,1
Val D'Aosta	6	1	5	83,3	18	11	7	38,9
Liguria	223	123	100	44,8	260	167	93	35,8
Lombardia	2.308	1.408	900	39,0	2.421	1.708	713	29,5
Nord Ovest	3.420	2.061	1.359	39,7	3.768	2.623	1.145	30,4
Trentino A. A.	301	116	185	61,5	277	176	101	36,5
Veneto	836	511	325	38,9	1.089	556	533	48,9
Friuli V. G.	403	207	196	48,6	353	253	100	28,3
Emilia Romagna	1.550	1.001	549	35,4	1.613	970	643	39,9
Nord Est	3.090	1.835	1.255	40,6	3.332	1.955	1.377	41,3
Toscana	504	316	188	37,3	642	380	262	40,8
Umbria	101	78	23	22,8	108	63	45	41,7
Marche	341	187	154	45,2	308	276	32	10,4
Lazio	625	314	311	49,8	837	391	446	53,3
Centro	1.571	895	676	43,0	1.895	1.110	785	41,4
Abruzzo	122	94	28	23,0	141	99	42	29,8
Molise	12	16	- 4	-33,3	33	17	16	48,5
Campania	171	115	56	32,7	197	116	81	41,1
Puglia	124	102	22	17,7	132	112	20	15,2
Basilicata	24	20	4	16,7	23	25	- 2	-8,7
Calabria	47	36	11	23,4	73	36	37	50,7
Sud	500	383	117	23,4	599	405	194	32,4
Sicilia	128	92	36	28,1	165	97	68	41,2
Sardegna	36	33	3	8,3	39	24	15	38,5
Isole	164	125	39	23,8	204	121	83	40,7
Non Attribuito	125	49	76	60,8	152	79	73	48,0
Totale Province	8.870	5.348	3.522	39,7	10.210	6.460	3.750	36,7
Non Ripartito	1.886	1.429	457	24,2	2.979	2.038	941	31,6
ITALIA	10.756	6.777	3.979	37,0	12.929	8.331	4.598	35,6

Fonte: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati INAIL

ITALIA. ASSUNZIONI ANNUALI DI LAVORATORI STRANIERI NEL SETTORE SANITARIO PRIVATO: CONTINENTI DI PROVENIENZA (2003-2004)

	2003				2004			
	Assun- zioni	Cessa- zioni	Saldi	Inciden- za s/a	Assun- zioni	Cessa- zioni	Saldi	Inciden- za s/a
Nuovi membri UE	796	421	375	47,1	1.037	619	418	40,3
Altri Paesi Europei	4.396	2.463	1.933	44,0	5.485	3.382	2.103	38,3
Europa	5.192	2.884	2.308	44,5	6.522	4.001	2.521	38,7
Nord Africa	927	716	211	22,8	1.114	811	303	27,2
Africa Orientale	577	448	129	22,4	703	488	215	30,6
Africa Occidentale	188	157	31	16,5	209	149	60	28,7
Africa Centro Mer- ridionale	151	105	46	30,5	169	103	66	39,1
Africa	1.843	1.426	417	22,6	2.195	1.551	644	29,3
Asia Occidentale	80	53	27	33,8	85	76	9	10,6
Asia Centro Meri- dionale	409	266	143	35,0	445	311	134	30,1
Asia Orientale	219	164	55	25,1	237	170	67	28,3
Asia	708	483	225	31,8	767	557	210	27,4
Nord America	130	108	22	16,9	135	124	11	8,1
America Centro Meridion.	2.825	1.842	983	34,8	3.254	2.066	1.188	36,5
America	2.955	1.950	1.005	34,0	3.389	2.190	1.199	35,4
Oceania	58	34	24	41,4	57	33	24	42,1
Totale	10.756	6.777	3.979	37,0	12.929	8.331	4.598	35,6

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati INAIL

ITALIA. Stima del fabbisogno di nuovi infermieri: ripartizione regionale (2004)

	Iscritti IPASVI	Stima Fabbiso- gno IPASVI	Dipendenti OCSE	Stima Fabbiso- gno OCSE
Piemonte	22.373	-7.505	15.779	-6.594
Valle d'Aosta	762	-86	683	-79
Lombardia	52.008	-12.804	31.417	-20.591
Liguria	12.829	-1.842	12.291	-538
Nord Ovest	87.972	-22.237	60.170	-27.802
Trentino	10.295	-3.570	9.857	-438
Veneto	29.229	-3.201	25.454	-3.775
Friuli V.G.	6.937	-1.376	6.796	-141
Emilia Romagna	26.881	-1.763	21.850	-5.031
Nord Est	73.342	-9.910	63.957	-9.385
Nord	161.314	-32.147	124.127	-37.187
Toscana	22.532	-2.296	21.459	-1.073
Umbria	4.887	-1.040	4.256	-631
Marche	7.899	-2.581	6.217	-1.682
Lazio	31.688	-4.675	20.136	-11.552
Centro	67.006	-10.592	52.068	-14.938
Abruzzo	8.535	-430	7.227	-1.308
Molise	2.304	83	1.900	-404
Campania	30.035	-9.909	16.015	-14.020
Puglia	23.954	-4.116	12.595	-11.359
Basilicata	3.170	-946	2.200	-970
Calabria	8.862	-5.002	5.088	-3.774
Sud	76.860	-20.320	45.025	-31.835
Sicilia	26.889	-7.701	13.927	-12.962
Sardegna	10.204	-1.181	8.254	-1.950
Isole	37.093	-8.882	22.181	-14.912
Italia	342.273	-61.117	243.403	-98.870

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Collegio Ipasvi, OCSE

L'Altro e l'Assistenza: accogliere in ambito sanitario

Sandra Bombardi

“L’altro comincia accanto a me”, ricorda Marc Augè (1992). L’Altro e di rimando la “diversità” è intrinseca in tutte le società, a prescindere dalla presenza di stranieri, per la coesistenza di molte subculture anche all’interno della medesima popolazione: subculture regionali, professionali, generazionali, di classe sociale, di habitat, di credo politico e religioso. *Ogni cultura è abitata da varie sottoculture, al limite, fino all’irriducibile originalità dell’individuo*⁴¹.

La diversità, “l’alterità” è un prodotto relazione, non è una qualità connaturata nelle persone⁴², ma bensì una nozione relativa: non si è intrinsecamente e costituzionalmente diversi, bensì diversi agli occhi di qualcun altro (Kilani, 1994).

La diversità nasce dal confronto tra due persone, o gruppi di persone, dallo scarto di competenze percepite nel momento in cui si entra in una qualche forma di relazione, anche solo immaginaria o simbolica. In questo senso possono essere “diversi”, anche se non allo stesso modo, sia il mio vicino di casa, che un degente in reparto ospedaliero, che uno Yanomami dell’Amazzonia⁴³.

La principale differenza evidente è quella di genere: maschile e femminile. In altri casi la differenza si evince nell’età, nelle esperienze e nei viaggi intrapresi durante la vita, dalla provenienza geografica, dal colore della pelle, dalla competenza linguistica e dai saperi e dal livello economico. La malattia in sé ha insite condizioni di diversità, il nuovo utente è generalmente un’incognita, la persona affetta da patologia oncologica e in condizione terminale della vita, il processo del morire, il malato con dolore, infetto, ferito e ulcerato.

Ogni incontro infermiere-utente presuppone una relazione interculturale, una presa in carico innanzi tutto di persone con più o meno accentuate alterità e diversità. Al riguardo, prima di continuare la riflessione, risultano interessanti alcune parti di storie, narrate da utenti immigrati, riguardanti esperienze vissute in ambiente sanitario, durante episodi di malattia.

⁴¹ Coppo P., Psicopatologia e cultura, *I fogli di ORISS*, Torino, 1993, n.1, p. 15

⁴² Siniscalchi V. (2001), *Antropologia culturale. Un’introduzione*, Carocci, Roma, p.27

⁴³ Siniscalchi V. (2001), *Antropologia culturale. Un’introduzione*, Carocci, Roma, p.27

Che nostalgia

Hamid, proviene dal Marocco

... dopo due settimane che ero qui ho avuto un incidente, una macchina mi ha colpito mentre ero in bicicletta ... Quando sono arrivato nell'ospedale mi hanno messo a letto e un dottore mi faceva delle domande ... non capivo cosa diceva. Verso sera è arrivato mio fratello, gli ho chiesto se poteva rimanere per la notte ma, siccome non ero grave, le regole dell'ospedale non gli permettevano di restare. Ero impaurito all'idea di rimanere solo senza poter comunicare. Sono stato cinque giorni ricoverato, e per tutto il tempo sono rimasto a letto a guardare il soffitto, ripensando a casa mia ...

Religione, ma non solo

Khabir proviene dall'Algeria

... dopo alcuni mesi anche mia moglie ha trovato lavoro in una ditta di pulizie e le cose andavano davvero bene. Un giorno mentre va al lavoro, mia moglie viene investita da un'auto e si rompe un femore. ... Il mattino dopo, prima di andare al lavoro la vado a trovare e, mentre sono a fianco del suo letto, entra un infermiere chiedendomi di uscire perché la deve lavare. Quella mattina c'erano tre infermiere femmine e un uomo, chiedo se non era possibile che a lavare mia moglie fossero due donne. Lui però, un po' seccato, mi dice che ora la divisione del reparto era già stata fatta ...; e comunque, le regole erano uguali per tutti. ... abbiamo provato una grande vergogna ...

Non siamo mica al ristorante!

Yasser proviene dall'Egitto

... ero spesso stanco e sono dimagrito. Sono entrato in ospedale di mattina, ..., ero in stanza con un signore molto gentile con cui ho fatto subito amicizia. All'ora del pranzo entra una signora con i nostri vassoi. ... mi accorgo che potrò mangiare ben poco di quello che contiene, essendo mussulmano. Per fortuna l'insalata e il pane mi hanno un po' sfamato. Quando la signora passa per ritirare i vassoi chiedo se è possibile non avere carne di maiali ... mi devo rivolgere agli infermieri. Nel pomeriggio all'infermiera le dico ciò che avevo spiegato alla signora ... e aggiungo che ho un'intolleranza ai latticini. Va bene, mi risponde. Sono stato ricoverato cinque giorni "sai qui non hanno l'abitudine di chiederti cosa vuoi da mangiare", ... per fortuna non avevo niente, Le mie richieste sul cibo nessuno le ha ascoltate.

Attendi, non capisco

Caroline proviene dalla Nigeria

... mia sorella ha avuto un incidente.

Ero molto preoccupata per lei non sapevo esattamente che cosa le era successo ... mi sono fatta accompagnare in Pronto Soccorso per avere sue notizie. ... quando sono arrivata, non sapevo se fosse un dottore o un infermiere, comunque mi sono rivolta a lui in inglese. Non capisco, mi dice, aspetta un attimo qui, poi se ne va. Dopo un po' arriva una signora, ... sempre in inglese le chiedo informazioni su mia sorella. ... my sister, where is my sister?

Ma lei non capisce. Aspetta qui mi dice. E se ne va.

Per circa tre ore non vedo più nessuno. ... ero agitatissima, non sapevo nulla di mia sorella.

... arriva un'altra signora "sono un'infermiera e parlo un po' inglese, posso aiutarti?"

Finalmente riusciamo a capirci.

L'incontro con l'altro, con chi maggiormente evidenzia l'alterità rispetto a noi, generalmente, e per lo più inconsapevolmente, crea abbagli pregiudiziali che ci rende ciechi di fronte ad alcune situazioni. Desiderare di avere accanto una persona familiare, in un momento di malattia e ricovero, richiedere di essere visitati, se si è donna, da una dottoressa, essere ascoltati rispetto le preferenze alimentari e sentirsi accolti e presi incarico nella preoccupazione per un proprio familiare, come suggerisce Mazzetti (2003), queste situazioni hanno ben poco a che vedere con questioni d'alterità culturale. L'exasperata percezione della diversità culturale porta spesso a dimenticare di aver di fronte una persona, e non una cultura. È utile difenderci da questo abbaglio, insegna Mazzetti (2003): prima d'ogni altra cosa ci sono esseri umani, di fronte a noi⁴⁴.

Risulta quindi importante e significativo, prima di intraprendere un viaggio verso la comprensione altrui, soffermarsi a riflettere sulle proprie convinzioni e pratiche e sul peso che hanno su di noi alcuni presupposti culturali impliciti.

Gli insegnamenti antropologici aiutano l'infermieristica e l'assistenza ad affermare una cultura delle differenze basata su una conoscenza dell'altro, quanto più possibile libera da preconcetti e posizioni etnocentriche. Una cultura che insegna a ritenere la diversità tra individui una condizione strettamente connessa all'essere umano; condizione che ha in sé un grosso potenziale conoscitivo, rigenerativo e di reciproco arricchimento.

Le storie presentate riguardano tutte esperienze inerenti il ricovero in ospedale, che già in sé risulta, il più delle volte, un evento traumatico. L'ospedalizzazione costringe l'interruzione delle abituali relazioni e incide nel modificare le proprie abi-

⁴⁴ Mazzetti M. (2003), *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto*, Carocci, Roma, p. 52.

tudini di vita, sia per il ritmo in cui vengono scanditi i momenti della giornata (orari di riposo, di sveglia e dei pasti) sia per il modo in cui si soddisfano le proprie necessità. La costruzione di un rapporto di fiducia, e di collaborazione, tra utente, infermiere e mondo sanitario, presuppone sensibilità nella presa in carico, dando spazio alla soggettività dell'individuo e alla sua "illness narrative". Sensibilità quale frutto di riflessione, costruita e ricostruita in una prospettiva interdisciplinare che vede coerentemente integrati diversi "saperi". Assistere con visione antropologica permette una presa in carico in cui la sfera del sociale e del sanitario si incontrano, ed ognuno collabora con il proprio bagaglio di sapere, e ci si riscopre entrambe protagoniste nella ricerca di risposte e soluzioni.

"SI È SEMPRE STRANIERI PER QUALCUNO, CIOÈ SI È SEMPRE PERCEPITI COME QUALCUNO DI ESTRANEO DA CHI NON È DELLA NOSTRA CULTURA" Tahar Ben Jelloun (1998).

Ogni utente è vissuto come "straniero" dall'infermiere, e la stessa situazione d'estraneità è vissuta dall'utente. Siamo tutti portatori di differenze, dalla nostra cultura personale e professionale fino a quella dell'utente. Noi, con le nostre tecniche e il nostro gergo scientifico, e gli utenti, con la loro domanda d'aiuto, la loro malattia e la loro storia.

In merito a questa citazione, a scopo esemplificativo, intendo svolgere un'altra riflessione, nata dall'analisi di tre focus group svolti con 1. Rappresentanti del Comitato Consultivo Misto dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara, 2. Rappresentanti degli anziani frequentanti il Centro Sociale e Ricreativo di Ferrara "La Rivana", 3. Rappresentanti di donne immigrate dell'Associazione Cittadini del Mondo di Ferrara.

Nella tabella che segue sono riportate, in forma comparativa, le informazioni emerse dai singoli gruppi⁴⁵ nel corso dei focus group, in relazione alla richiesta di "discutere sugli elementi che secondo loro connotano un buon processo d'accoglienza in ospedale".

⁴⁵ Le persone che hanno partecipato ai focus group presentano una comune esperienza di ricovero in ospedale.

ANZIANI	DONNE IMMIGRATE	COMITATO CONSULTIVO MISTO
TRANQUILLITÀ ASCOLTO Sicurezza Accompagnare Informare Spiegare Professionalità Educazione Gentilezza Vicinanza Stesse opportunità per tutti Ridotti tempi d’attesa	ASCOLTO ATTENZIONE VICINANZA DI PERSONE CARE COMPRENSIONE LINGUISTICA INFORMARE RISPETTO AMBIENTE FAMILIARE CONFORTO MORALE	Attenzione Precisione Attesa accompagnata e gestita Ascolto Disponibilità Gentilezza Informare Professionalità Rispetto dei tempi Vicinanza di persone care Accompagnare Sicurezza Facilitare Ambiente familiare Linguaggio comprensibile Contrastare l’esperienza di abbandono FORMAZIONE DEL PERSONALE Conoscenza di diverse culture Interventi in rete

La medesima richiesta rivolta a diversi gruppi di persone, ha fornito pressoché risposte simili: le persone desiderano le medesime attenzioni. Le persone accomunate dal bisogno di far ricorso all’ospedale, non presentano “desiderati” e aspettative diverse. Se non ci fosse il titolo nella colonna, le distinzioni tra anziani, rappresentanti del volontariato e donne stranieri non si riconoscerebbero, se non altro per la difficoltà nella comprensione linguistica. Oggi ogni utente, chi più e chi di meno e con le caratteristiche che gli sono proprie, si sente straniero in ospedale!

Le persone chiedono di essere informate con gentilezza e cortesia, adattando la terminologia secondo la persona. L’ospedalizzazione crea spaesamento, una messa in pausa della vita. *Sentirsi sicuri* è un bisogno richiesto da tutte le persone incontrate, perché aiuta a “*non sentirsi abbandonati e a sapere di essere in buone mani*”. Le persone hanno la sensazione di essere in balia di decisioni che altri prendono per loro e che questo sia il conto necessario da pagare per essere curati. Non appena si fa ricorso al sistema formale di cure, il più delle volte, scatta un meccanismo di delega che finisce per passivizzare il malato. S’instaura un rapporto asimmetrico ed estraniante indotto anche dal fatto che s’intrecciano due linguaggi diversi, quello

tecnico-scientifico del medico, che accerta il tipo d'infermità e quello usato dal malato, che è espressione della sua sub-cultura sanitaria e del suo stato soggettivo.

Il processo comunicativo ideale quindi è quello che nasce dal confronto, generando così una terza via, accettabile per entrambi. In alcuni casi si ritiene utile l'intervento del mediatore culturale, ma a tale impiego il personale andrebbe adeguatamente preparato. Il ricorso indiscriminato del mediatore rischia di sminuire e svuotare la sua competenza professionale, "inchiodandolo" ad interventi di sterile traduzione linguistica, dall'altro canto l'infermiere rischia facilmente di deresponsabilizzarsi verso una competenza che gli è propria, come quella relazionale.

Indubbiamente la lingua può essere un ostacolo, ma proprio un operatore del dipartimento d'emergenza riferisce che a volte "*sembra di leggere negli occhi un forte imbarazzo ...*". Spesso il linguaggio del corpo, soprattutto lo sguardo, comunica molto più delle parole, ma richiede, a chi assiste, maggiore attenzione e sensibilità. Interesse, partecipazione attiva e tranquillità, anche quando non si ha la risposta pronta, sono atteggiamenti e comportamenti consigliati agli operatori durante l'incontro con l'utente. L'incontro, con chi non si conosce, muove naturali emozioni di diffidenza, di turbamento, in quanto situazione che non gli è familiare. L'infermiere, sente minacciata la sua tranquillità, ha paura di fronte all'estraneo, "allo strano".

I malati entrano in ospedale come persone prima ancora che come utenti o stranieri. Il rispetto dei valori soggettivi del cliente/utente richiede che gli operatori creino nuovi spazi per la contrattazione. Presupposto fondamentale è quell'ascolto dell'utente che gli permetta di partecipare alle scelte sulla base non solo della sua domanda d'aiuto, ma anche delle sue aspettative, preferenze morali, orientamenti di vita.

La struttura sanitaria è oggi costretta a prendere in considerazione problemi che nascono dalla differenziazione delle richieste degli utenti e in particolare da quelli stranieri i quali, pur nella loro dinamicità e processualità spaziotemporale, sono portatori di bisogni, visioni del mondo e modelli esplicativi, differenziati fra loro. Ciò impone l'accettazione di culture che, a volte, nei confronti dei processi di tutela della salute, evidenziano atteggiamenti e modalità di rapporti interpersonali che non consentono la piena comprensione ed adesione alle regole dei servizi sanitari e delle regole istituzionali. A questo punto, facendo riferimento alle storie e ai focus group, sento di affermare che in alcuni casi le difficoltà, mostrate dagli operatori, non sono solo riconducibili alle scarse conoscenze, quanto alla discutibile disponibilità ad andare oltre le regole dell'organizzazione, o come direbbe la Sclavi (2000) oltre le cornici di cui siamo parte "per avventurarsi ai confini".

Il rapporto tra operatore e utente, è nella maggior parte dei casi un rapporto tra due culture, disease e illness, sicuramente non facile. L'incontro-scontro crea il più delle volte equivoci e difficoltà che si ripercuotono, e si rendono evidenti, nella carenza complice assistenziale e terapeutica. Non è sicuramente facile il ruolo "giocato" prevalentemente dagli infermieri che si trovano a lavorare nell'interfaccia tra formale e informale, cercando di resistere alle tentazioni dell'autoreferenzialità.

Assistere “Esplorando Mondi”: stare immersi in situazioni nuove

La complessità dei contesti assistenziali, intrinsecamente segnati dall’incertezza, presenta situazioni di incontro infermiere-utente in cui la relazione è vissuta come una serie di esperienze di interfaccia, cioè di situazioni in cui “le stesse cose, gli stessi eventi” hanno significati diversi e a volte incompatibili fra loro. I paesaggi e i luoghi dell’incontro si configurano con la compresenza e l’interrelazione di un pluralismo valoriale, un pluralismo delle appartenenze, un pluralismo delle culture, Le continue e veloci modificazioni del modo di lavorare, e pensare le pratiche per la salute ha portato dei cambiamenti non solo per l’utente, ma anche per gli operatori.

Gli infermieri vivendosi spesso “stiracchiati” fra l’efficienza e l’efficacia dei trattamenti, il rapporto costo/beneficio e la compatibilità economica, dimenticano la loro originaria modalità “d’esserci” che attiene a ciò che gli inglesi definiscono *I care*, “mi prendo cura”, “me ne faccio carico”, che in altri termini significa ascoltare, comprendere, risolvere questioni, accudire, spiegare. L’*I care* nei confronti dello straniero diventa talora un vero impiccio nel faticoso lavoro quotidiano⁴⁶. L’utente si configura come esigente, nel senso più pregnante in quanto, più o meno esplicitamente, richiede di essere compreso e, per questo interpretato. Ciò è tanto più vero a fronte di soggetti provenienti da altre culture. Le difficoltà linguistiche, il significato diverso dato alle cose, le abitudini altre e il diverso modo di alimentarsi possono creare barriere tali da risultare insuperabili.

L’incontro con diverse visioni del mondo richiede nella pratica assistenziale una disponibilità ad accogliere incertezza metodologica, che crea, al di là della monumentale sicurezza dei trattati un’adesione più stretta ai problemi individuati⁴⁷. C’è bisogno di flessibilità professionale, per uscire da uno schematismo e da ruoli fissi, per trasformarsi costantemente, adeguandosi alle continue sollecitazioni richieste dal cambiamento.

Nella tavola seguente riportiamo la riflessione svolta da Marianella Sclavi (2000), rispetto i sistemi semplici e quelli complessi che ben si adattano ad una declinazione al contesto sanitario. Per lo più a seconda della specifica tipologia di contesto, l’autrice pennella un profilo, suggerendo un tipo di pensiero richiesto.

⁴⁶ Bacetti S. (2001), *La comunicazione interculturale in sanità*, Centro Scientifico, Torino.

⁴⁷ Morrone A. (1999), cit. tratta da Manti F. (2000), *Le relazioni terapeutiche nella società pluralista*, Apèiron, Bologna.

Due Abitudini di Pensiero⁴⁸

Sistemi Semplici	Sistemi Complessi
Dove le stesse cose hanno lo stesso significato	Dove le stesse cose hanno significati diversi
Stesse premesse implicite	Diverse premesse implicite – cose che diamo per scontate
Ciò che diamo per scontato ci aiuta a comunicare	Ciò che diamo per scontato ci impedisce di comunicare Apprezzamento di quel contesto alla luce di un altro
Valutazione delle scelte dentro quel contesto	Tutti hanno ragione. Anche chi dice che non possono aver ragione tutti.
Io ho ragione , tu hai torto (o viceversa)	Mondo pluri-culturale. Pluri/verso
Mondo mono-culturale. Uni/verso	Sclavi M., 2000

L'attuale complessità dei contesti assistenziali presenta situazioni di incontro infermiere-utente in cui la relazione si presenta come una serie di esperienze di interfaccia, cioè di situazioni in cui "le stesse cose, gli stessi eventi" hanno significati diversi e a volte incompatibili fra loro. Flessibilità, umorismo, coinvolgimento e distacco e pratica di ascolto attivo sono competenze di base che per Sclavi (2000), risultano indispensabili per chi si trova in ambiti complessi. *La cecità e la mancanza di sensibilità ai contesti, l'incapacità di apprezzare "la pertinenza dei contesti ai significati" in un ambiente complesso è mortale*⁴⁹.

Il pensiero della complessità è la lucida condizione nella quale si trova ad agire l'infermiere nella quotidiana pratica dell'"esplorare mondi" dei singoli utenti, animata dalla volontà di dare senso alle diverse possibilità. Il rispetto delle diverse logiche dell'altro si configura come una particolare disposizione d'animo di accoglienza dell'ambiguità e della polisemanticità. Nel momento dell'immersione nella vita quotidiana di una persona, la particolare sensibilità per le stesse cose con significati differenti deve essere sempre all'erta, in quanto strumento principale per la comprensione reciproca. Stando immersi in situazione nuove, o come se fossero sempre situazioni nuove, il lavoro di analisi deve garantire la costruzione di ponti tra la diversità e la distanza e la comprensione attraverso l'incontro e l'ascolto.

⁴⁸ Sclavi M. (2000), *Arte di ascoltare e mondi possibili*, Le vespe, Milano, p.43

⁴⁹ Ibidem, p. 22.

L'infermiere che intende esplorare mondi di possibilità attraverso l'ascolto attivo, riferendoci a quanto suggerito da Sclavi (2000), concentra l'attenzione sulle reazioni emozionali delle persone sollecitate da azioni o enunciazioni, lascia parlare la persona, dimostrando un atteggiamento rispettoso e indagativo, riconosce all'altro la capacità di metacomunicare

L'ascolto attivo si configura guidato dalle emozioni, in quanto strumenti di conoscenza che *“non ti informano su cosa vedi, ma su come guardi”*⁵⁰. Rispetto al modo di entrare in contatto con la persona, nella tavola seguente è riportata una disamina all'ascolto attivo, comparata all'ascolto passivo, che ritengo esplicativa e di aiuto in quanto a seconda del come noi ci poniamo in ascolto di fronte a noi si apriranno guide di senso diverse.

*Tavola Sinottica – Ascolto passivo, Ascolto attivo*⁵¹

Ascolto Passivo	Ascolto Attivo
Passivo (rispecchia la realtà)	Attivo (costruzione della realtà)
Statico (un'unica prospettiva giusta)	Dinamico (una pluralità di prospettive)
In controllo (incidenti di percorso e imbarazzi: negativi) Soggettivo NO; Oggettivo SI	Goffo (incidenti di percorso e imbarazzi: positivi)
Neutralizzare le emozioni	Né oggettivo né oggettivo – Esploratore di mondi possibili
Attenzione ai contenuti	Centralità delle emozioni
	Attenzione alla forma Sclavi M., 2000

L'autrice suggerisce che l'ascolto passivo è un modo di comprensione ricorrente e tipica dei sistemi relativamente semplici - caratterizzati da comuni premesse implicite - mentre l'ascolto attivo è adatto a sistemi complessi nei quali si presentano premesse implicite diverse e contrastanti.

L'infermiere attivo nell'ascolto costruisce la realtà assistenziale *“strada facendo”* con l'utente, prendendo in considerazione punti di vista e prospettive diverse, a volte non sempre dai confini certi. È consapevole dei propri limiti e dei limiti della conoscenza, ritrovandosi disponibile a sperimentare *“incidenti di percorso o imba-*

⁵⁰ Ibidem, Regola n.4 dell'arte di ascoltare.

⁵¹ Sclavi M. (2000), *Arte di ascoltare e mondi possibili*, Le vespe, Milano, p.105

razzi, in quanto considera le sensazioni di disagio e gli piazzamenti e le dissonanze emozionali non esperienze da evitare, che disturbano o distorcono la conoscenza, ma delle importanti risorse conoscitive, delle occasioni per esplorare e accogliere anche altre cornici”⁵².

La flessibilità riguardo le pratiche, la fiducia nei confronti del paziente e un dialogo continuo con le proprie emozioni sono gli elementi che permettono di dare voce a dimensioni per lo più negate e represses sia del professionista che del paziente. L'utilizzo delle emozioni rappresenta un canale alternativo nel corso dell'immersione che si configura come una terza via, capace di produrre sapere benefico, “arte assistenziale” e di colmare o ridurre lo scarto tra pratiche reali e pratiche desiderabili nella professione. Consente di sintonizzarci rispetto a come ciascuno di noi si vive e si sente e di dar corpo ed anima all'esplorazione di mondi, a quella inter-soggettività che oggi è riconosciuta come elemento primario e fondante del *caring*, perché l'assistenza possa realmente dirsi condivisa e frutto di un percorso d'incontro tra infermieri e pazienti.

Quante volte, soprattutto nelle relazioni tra nativo e non-nativo, o semplicemente con “gli altri”, ci si accorge che non solo diamo risposte differenti alle domande concrete e fondamentali che ci sono poste, ma non facciamo le stesse domande in determinate circostanze, e non abbiamo le stesse concrete aspirazioni. Essere costantemente aperti e consapevoli che le nostre azioni e la nostra vita sono basate su pre-supposizioni, è una condizione importante perché possa esserci una comprensione e un dialogo aperto.

Questo assicura l'attitudine all'ascolto da entrambe le parti. Questi sono i pre-requisiti indispensabili del Metodo dell'attraversamento culturale, conoscere attraverso. Il percorso da seguire, per realizzare un progetto transculturale, è quello del riconoscimento della reciprocità, della dignità della persona e della necessità di costruire un percorso condiviso e mutabile, in relazione alle rispettive specificità culturali. Specificità culturali che non sono solo appannaggio delle sole persone straniere, ma appartengono a tutti gli uomini.

⁵² Ibidem, p. 125

BIBLIOGRAFIA DI BASE E ... PER SAPERNE DI PIÙ

- BASSO P., PEROCCO F., (2000), *Immigrazione e trasformazione della società*, Franco Angeli, Milano.
- BOMBARDI S., (2000), *Progettare la formazione dell'infermiere. La cultura al centro della professione infermieristica*, Franco Angeli, Milano.
- BOMBARDI S., MANARA D., (2004), Le influenze della cultura nell'assistenza, in MANARA D., a cura di, *Introduzione all'infermieristica transculturale*, Carocci, Roma.
- CALAMANDREI C., (2004), Riflessioni sull'infermieristica e sulla scienza infermieristica, *Nursing oggi*, n.3.
- COLLIÈRE M.F., (1992), *Aiutare a vivere*, Sorbona, Milano.
- COZZI D., NIGRIS D., (1996), *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*, Colibrì, Torino.
- LEININGER M.M., (2001), *Culture care, diversity and universality. A theory of nursing*, National League for Nursing, Sudbury, MA.
- LEININGER M.M., MCFARLAND M.R., (2004), *Infermieristica transculturale*, CEA, Roma.
- MAZZETTI M., (2003), *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto*, Carocci, Roma.
- MAZZETTI M., (1996), *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di uomini e donne che migrano*, Harmattan, Milano.
- RIZZI R., IOSSA FASANO A., (2002), a cura di, *Ospitare e curare. Dialogo interculturale ed esperienze cliniche con gli immigrati*, Franco Angeli, Milano.
- SCLAVI M., (2000), *Arte di ascoltare e mondi possibili*, Le vespe, Milano.
- TERRANOVA CECCHINI R., TOGNETTI BORDOGNA M. (1992), *Migrare. Guida per gli operatori dei servizi sociali, sanitari, culturali e d'accoglienza*, Franco Angeli, Milano.
- TOGNETTI BORDOGNA M., (2004), a cura di, *I colori del welfare. Servizi alla persona di fronte all'utenza che cambia*, Franco Angeli, Milano.

La dimensione della cura nella disciplina e nella professione Infermieristica

Rita Riolfi

Madeleine Leininger sostiene il valore transculturale dell'aver cura, come patrimonio comune a tutta l'umanità, al quale l'infermiere deve attingere riconoscendone il valore, per sostenere i propri compiti. Benché il vissuto della malattia sia correlato a molteplici fattori, cultura e società vi giocano un ruolo essenziale, determinando largamente i modelli di percezione, di spiegazione, di valutazione e di risposta comportamentale adottati dal malato. L'aver cura è un fenomeno universale ma le sue espressioni, il processo e i modelli variano nelle culture.

La constatazione che la cura è resa necessaria dalle condizioni biologiche in cui ciascun essere umano viene a trovarsi: i bambini perché non hanno ancora raggiunto l'autonomia necessaria nella cura di sé, le persone anziane perché la vanno perdendo, chi è colpito da malattia o da handicap perché si trova in uno stato di dipendenza, sostiene la tesi della cura come empirical universal, ossia un aspetto universale, direttamente esperito, della vita umana⁵³.

Il prendersi cura è proprio dell'uomo; espressione della sua umanità ed intima costituzione.

Care (assistenza, come viene tradotto nei manuali, ma, letteralmente, aver cura di qualcosa o di qualcuno che implica la premura e attenzione) è un concetto chiave per l'infermieristica che si contrappone a cure (curare, in cui è implicita l'idea di guarigione e di intervento materiale). Nelle traduzioni italiane è frequente l'uso del termine prenderi cura che traduce il caring for ma non il caring about che corrisponde invece all'aver cura. Chrisman nota come nonostante la sua rilevanza, il concetto di care non sia stato oggetto di ricerca ed analisi approfondita nella letteratura infermieristica⁵⁴. Nella pratica infermieristica care sembra significare una particolare qualità della relazione personale con il paziente che pone quest'ultimo al centro del processo di assistenza, per aiutarlo a far fronte nella quotidianità agli aspetti concernenti la sfera salute/malattia. Quindi bisogna comprendere lo stile di vita e lo stato di salute del paziente relativamente al suo punto di vista.

Per la francese Françoise Collière ogni situazione di cura è una situazione antropologica che riguarda l'uomo inserito nel suo ambiente, intessuto da ogni tipo di legame simbolico; ne consegue che l'approccio antropologico appare come il percorso più opportuno per scoprire le persone che vengono curate e rendere significative le informazioni che esso contiene⁵⁵.

⁵³Tronto J., *Moral Boundaries.*, p 110 in Mortari L., *La pratica dell'aver cura*, manoscritto 2005, p.8

⁵⁴Cozzi D., Nigris D., *Gesti di cura*, Colibri, Milano, 1996, p. 3

⁵⁵Collière F. in Cozzi D., Nigris D., *Op. Cit.*, p. 10

Essere curati...curare...curarsi... ognuno di noi, nel corso della propria vita, ha conosciuto almeno uno di questi imperativi afferma l'autrice. La pratica assistenziale è e sarà sempre indispensabile non solo alla vita dei singoli individui, ma anche alla continuità di ogni gruppo sociale⁵⁶.

L'assistenza è comparsa con la vita in quanto è necessario "prendersi cura" della vita perché questa possa evolversi. Gli uomini, come tutti gli esseri viventi, hanno sempre avuto bisogno di cure; il curare, l'assistere è un atto vitale che permette alla vita di svilupparsi, di continuare e quindi di lottare contro la morte dell'individuo, del gruppo, della specie⁵⁷.

Assicurare la sopravvivenza era, ed è, un fatto quotidiano, dal quale deriva una delle espressioni più antiche: prendersi cura di. Bisognava prendersi cura delle donne gravide, dei bambini, dei vivi e dei morti. Ancora oggi l'espressione corrente prendersi cura ritrasmette il senso originale della parola "cura". Curare significa mantenere la vita assicurando la soddisfazione di un insieme di bisogni ad essa indispensabili, ma che si manifestano in maniera differente. Le diverse modalità di risposta a questi bisogni vitali generano e instaurano delle abitudini di vita proprie ad ogni gruppo.

Curare, assistere, rappresenta un insieme di atti vitali che hanno come fine e per funzione la sopravvivenza degli esseri viventi per permettere loro di riprodursi e perpetuare la vita del gruppo. Questo è stato e sarà sempre il fondamento di tutte le cure.

La cura in quanto cura dell'essere per la propria durata e conservazione,⁵⁸ indica come compito dell'essere umano di doversi sempre preoccupare di qualcosa, conseguente al fatto che l'esserci è costantemente esposto al nulla. Si può dunque rilevare che un modo della cura è quello in cui l'esserci si fa carico di quelle attività che consentono di rispondere al bisogno di garantire la conservazione della vita⁵⁹. I modi della cura che esplicitano la risposta al vincolo di preservare la vita stanno dunque nell'ordine della necessità, perché conseguenti alla non compiutezza del nostro esserci e alla nostra fragilità, costituiscono una mossa esistenziale obbligata⁶⁰.

Poiché la vita alla quale sono così legate le cure, fra cui le cure infermieristiche, deve ancora definirsi, anche queste ultime sono in cerca di definizione. Come è necessario reinventare la vita, così bisogna reinventare le cure pensando a delle cure che invitano alla vita, che ridonano un senso alla vita di coloro che le ricevono, come a quella di coloro che le donano; delle cure che rendono all'uomo la sua vita

⁵⁶ *Ivi* p.XIII

⁵⁷ *Ivi* p. 5

⁵⁸ Lévinas E., *Dall'esistenza all'esistente*, Marietti, Genova, 1997, p. 17 in L. Mortari, *Op. Cit.*, p.7

⁵⁹ *Op. Cit.*, p. 7

⁶⁰ Heidegger M., *Prolegomeni alla storia del concetto di tempo*, Il Melangolo, Genova, p.368 in Mortari L., *Ivi*, p. 7.

e la sua morte, permettendo a coloro che assistono come a coloro che ricevono le cure di non nascondere più la propria identità dietro ad un ruolo, ma di poterla far riconoscere, di svilupparla ed affermarla⁶¹.

Watson individua l'essenza del nursing nell'esercizio della cura o dell'aver cura.⁶² L'aver cura origina dalla favorevole combinazione dei fattori di cura (sensibilità verso sé e gli altri, relazione di aiuto, sistema di valori di tipo umanistico-altruistico, ecc.) che si traducono nel soddisfacimento di determinati bisogni umani. L'autrice afferma: "noi apprendiamo l'uno dall'altro, identificandoci l'un l'altro e ritrovando i problemi altrui in noi. Ciò che tutti apprendiamo è la conoscenza di noi stessi. Impariamo a riconoscerci negli altri ed è questo che mantiene viva la nostra umanità e ci impedisce di ridurre altri allo stato morale di oggetti"⁶³.

L'assunto fondamentale e comune delle definizioni di nursing secondo le studiose più autorevoli (Henderson, Rogers, Abdellah, Orem, Peplau per citarne alcune) si traduce nell'aver cura e l'atto di assistere si esplica col prendersi cura dell'altro al fine di mantenere lo stato di salute, favorire la guarigione della malattia e, come afferma Henderson, quando non vi sia altra possibilità, accompagnare ad una morte serena.

In Leininger il prendersi cura o aver cura è comune a tutte le culture ma si presenta con modalità differenti. E' l'essenza stessa dell'infermieristica.

Ciò di cui la gente ha bisogno per crescere maggiormente, star bene, evitare le malattie e sopravvivere o affrontare la morte, è l'assistenza alla persona; l'aver cura è l'essenza dell'infermieristica, è il suo focus distinto, dominante, centrale e unificante: l'aver cura è il "cuore e l'anima" dell'infermieristica e ciò che le persone cercano maggiormente dagli infermieri e dai servizi sanitari...⁶⁴

Il movimento culturale, diffuso in tutto il mondo, fondato sulla centralità della cura per la disciplina e la professione infermieristica, permette agli infermieri di costituire un sapere disciplinare proprio considerando una nuova prospettiva che si discosta da quella tradizionale e che legittima questa professione come del prendersi cura.

La sua rilevanza è aumentata perché l'assistenza sanitaria acquista sempre più carattere multiculturale e per gli infermieri la comprensione dei valori e degli stili di vita delle persone è un imperativo. L'attività infermieristica richiede tale conoscenza per essere in grado di rispondere in qualsiasi situazione e momento alle necessità di persone provenienti da background culturali diversi. Negli anni '80 aumenta

⁶¹ Collière F., *Aiutare a vivere*, Sorbona, Milano, 1992 p.306

⁶² Watson J., *Nursing: the philosophy and Science of caring*, Boston, 1979, pp.8-9 in Torralba I. Roselho F., *Atropologia del cuidar*, Institut Boria de Bioètica, 1998 p.305

⁶³ Mc Cance T.V., Mc Kenna M.P., Boore J.R.P., *Caring. Theoretical perspective of relevance to nursing*, *Journal of Advanced Nursing*, 4/1999, pp.1391

⁶⁴ Leininger M., *Diversità e Universalità dell'Assistenza Culturale*, ed. italiana a cura di Riolfi R., Piccin, Padova, 2005 p. 5

l'interesse per il care/caring, nel suo significato di prendersi cura (Aamodt 1976, 1978; Leininger 1988, 1990; Leininger e Watson 1990; Watson 1985, 1987, 1988, Roach 1987;), che molti infermieri considerano il fenomeno principale, e si apre la ricerca in questo campo. A tal proposito è di fondamentale importanza la posizione assunta dalla National League for Nursing per la quale il prendersi cura costituisce l'elemento centrale dei curricula infermieristici, dello sviluppo della disciplina e dei servizi clinici. Il sostegno di una delle principali organizzazioni diventa una forza significativa per la trasformazione dell'educazione infermieristica, liberandola dalle ideologie mediche convenzionali centrate sulla cura.

L'aver cura nell'educazione infermieristica

Allo stato attuale affermare che l'infermieristica è una disciplina umanistica può sembrare ancora azzardato per il nostro contesto culturale, tuttavia possiamo dire che appartiene anche alle scienze umane. Watson descrive il nursing come una scienza umana il cui focus principale diviene il processo assistenziale rivolto ai singoli individui, alle famiglie e alla comunità⁶⁵.

L'aver cura come concetto fondamentale per il nursing sta guadagnando un crescente interesse in letteratura e tutta una serie di teorie del caring derivano dalla filosofia, psicologia e antropologia.

Mary Iori, capo sala di Unità Coronarica scomparsa nel 2002, ci ha lasciato una preziosa eredità che dovrebbe costituire un imperativo per coloro che svolgono attività di cura e di assistenza:

La paura, l'ansia, l'incertezza, la precarietà, la debolezza, la mancata identità che accompagnano la malattia fisica, sono inimmaginabili per i terapeuti.

Dovremmo, dobbiamo modificare profondamente i nostri atteggiamenti nei confronti dei malati, coinvolgendo a tutto campo la nostra professionalità.

Non basta sapere e saper fare per raggiungere obiettivi di qualità delle cure. Occorre saper ESSERE, per coniugare e sinergizzare il processo di qualità con il processo di umanizzazione.

La qualità della relazione (con il paziente) non può essere scissa dalla qualità della prestazione diagnostico/terapeutica/assistenziale, pena una serie drammatica di risultati a cascata antitetici, dicotomici, jatrogenici. E la medicina di questi anni è in controtendenza rispetto alla dimensione olistica dell'uomo. Si affanna in direzione della iperspecialità, della frammentazione esasperata delle competenze su organi e apparati, costruendo e ricostruendo pazienti come collage, con vestiti da Arlecchino...⁶⁶.

Diversità e Universalità dell'assistenza culturale

⁶⁵Riolfi R. *La filosofia e le teorie del nursing in una prospettiva interculturale*, in AA.VV. *Il rispetto della sofferenza e della morte nelle principali professioni*, Libreria Cortina, Verona, 2002, pp 60-61

⁶⁶Iori M., *Una traccia bleu*, Grafiche Aurora, Verona, 2002, pp. 13-14

I modelli specifici di ogni cultura nella traduzione e manifestazione dei singoli bisogni umani per quanto universali, hanno ricevuto un imprinting diversificato. Sicchè la risposta ad un bisogno in un ambiente culturale diverso può e di fatto risulta essere del tutto inadeguata. Questa fu l'intuizione di Madeleine Leininger. L'esperienza multietnica vissuta in prima persona dall'autrice le aveva fatto scoprire che nella cura della persona umana occorre andare ben più in profondità dei modelli standard per rispondere al bisogno di salute degli ammalati, di benessere degli handicappati, di educazione dei bambini in difficoltà. Anticipando i tempi Leininger ha individuato alla fine degli anni '50 la necessità di preparare gli infermieri ad affrontare un mondo sempre più multiculturale anche riguardo alla salute e all'infermieristica. La presa in cura dell'infermiere va ben oltre il curare ad opera del medico e l'esecutività precisa e responsabile. L'infermieristica presenta aspetti complementari alla medicina e ad altre discipline al punto da divenire essa stessa un ambito autonomo di ricerca scientifica e quindi di una propria epistemologia fondante ambiti di conoscenza ulteriori, capaci di trasformare la cura del corpo in presa in cura della persona umana e persino del gruppo di appartenenza del soggetto. L'autrice afferma che in un dato contesto culturale entrambe le forme conosciute di assistenza, quella generica (riferita all'assistenza popolare, profana, non professionale) e quella professionale svolgono un ruolo fondamentale nell'aiutare le persone a mantenere la salute e ad affrontare gli handicap o la morte. Le tecniche che appartengono all'assistenza generica, definite complementari, si integrano con quelle professionali e sono ritenute essenziali per l'assistenza professionale. La finalità della teoria di Leininger, che peraltro è la teoria infermieristica più datata risalente agli anni '50, è di far progredire la conoscenza umanistica e scientifica dell'infermieristica transculturale per garantire un servizio competente e culturalmente congruente a persone di culture diverse.

Gli obiettivi sono quelli di scoprire e spiegare le caratteristiche universali e diverse delle culture e dell'assistenza alla persona, nonché di generare e diffondere un sapere rilevante che sia fondamento di un'assistenza culturalmente congruente, responsabile e competente alle persone di diverse culture. Consente di scoprire le molteplici e possibili influenze sull'assistenza e sulla cultura ed è incentrata sulla visione del mondo, la struttura sociale, la storia etnica, la lingua, l'ambiente, l'assistenza generica e professionale. L'intento è quello di aiutare gli infermieri a cambiare la propria visione uniculturale dell'infermieristica in quella multiculturale e transculturale per garantire un'assistenza sensibile, compassionevole e terapeutica agli assistiti.

La rapida trasformazione multiculturale del mondo che è all'origine della crescente richiesta di un'assistenza sanitaria competente comporta la necessaria trasformazione della sanità, dei suoi sistemi educativi e delle istituzioni, e rende particolarmente attuale la teoria dell'Universalità e diversità dell'assistenza culturale concepita negli anni '50. Leininger aveva previsto che la rilevanza della teoria si sarebbe accresciuta nel terzo millennio, caratterizzato da un rapido e intenso sviluppo multiculturale, in seguito all'aumento della richiesta sanitaria per i poveri, le minoran-

ze e tutte le culture, per ridurre la diversità, le sofferenze, il razzismo, i conflitti e l'imposizione di pratiche e abitudini.

L'assistenza culturale dovrebbe consentire all'infermieristica di diventare una vera disciplina transculturale e una professione a beneficio dell'umanità.

La ricerca sorta in questo campo e che ha coinvolto più di 200 culture, ha fornito una grande quantità di conoscenze che permettono di modificare l'educazione infermieristica e l'assistenza sanitaria in termini transculturali per migliorare i servizi sanitari in tutto il mondo.

E' una teoria che possiede le caratteristiche di utilità cioè praticità, concretezza e utilità per la disciplina, e generalizzabilità riferita essenzialmente alla possibilità di farne un uso su vasta scala con gruppi, popolazioni, ecc., supportato da dati statistici. Inoltre, può essere adottata anche da altre discipline se opportunamente adattata nelle finalità e negli obiettivi.

Il modello del sole nascente

Il modello riflette la dimensione concettuale della teoria e viene utilizzato come mappa cognitiva per orientare e rappresentare in una visione d'insieme e integrata le dimensioni, le componenti e gli aspetti principali della teoria. La mappa guida efficacemente i ricercatori nelle varie dimensioni della teoria e durante lo studio favorisce il controllo delle aree conosciute e delle zone grigie. Considera i diversi fattori che influenzano l'assistenza per descriverla e spiegarla. Le dimensioni dell'assistenza culturale non sono viste come elementi isolati, frammentati o scollegati, ma strettamente correlate l'una all'altra, in una visione globale degli esseri umani o di un mondo culturale. Questo modello rappresenta in una determinata cultura l'insieme e le correlazioni degli elementi che vanno studiati in relazione all'assistenza.

L'assistenza culturale

Al presente l'assistenza culturale può essere considerata un tema dominante e molti infermieri desiderano approfondirne lo studio.

Nasce negli USA degli anni '50 in un momento storico dell'infermieristica di quel paese che vede l'attenzione rivolta principalmente alle competenze tecniche, tale orientamento persisterà fino alla fine degli anni '70, ed è in questo contesto che si intravede la necessità di recuperare il concetto di aver cura.

La sua origine deriva dallo studio dell'antropologia, delle scienze sociali, della filosofia e dell'infermieristica. Il quadro teoretico sviluppa l'assunto di Leininger che il prendersi cura è connotato dalla cultura di appartenenza. Tutte le culture possiedono forme, modelli, espressioni e strutture di assistenza in grado di conoscere, spiegare e prevedere il benessere e lo stato di salute o di malattia (Leininger 1967, 1969, 1976, 1978). L'assistere non è un'attività o un'azione isolata ma si tratta invece di un fenomeno intellettuale astratto, connotato più di ogni altra attività o singola azione e per raggiungere una valida epistemologia e fondare la scienza

dell'assistenza è necessario scoprire le dimensioni generica e professionale del prendersi cura.

La teoria è concepita secondo una prospettiva infermieristica allo scopo di derivarne un sapere specifico per la disciplina.

Assistenza culturale significa la sintesi di cultura e assistenza come entità fermamente radicate l'una nell'altra per spiegare, interpretare e prevedere i fenomeni rilevanti per l'infermieristica.

E' caratterizzata dall'Universalità, ossia la presenza di modelli comuni prevalenti all'interno o tra le culture (similitudine dominante, modello e/o modelli assistenziali prevalenti) e dalla Diversità costituita dalle variabili e/o differenti significati, modelli, valori, stili di vita o simboli di assistenza all'interno di una collettività o tra due collettività che sono correlati alle espressioni assistenziali, di supporto o di guida.

Secondo l'autrice nelle culture l'assistenza possiede indubbiamente differenti significati e usi linguistici, nonché essenze, modelli, espressioni, funzioni e peculiarità che devono essere studiati e spiegati, in relazione alla salute o al benessere, da coloro che assistono in veste non professionale o familiare e dagli infermieri professionisti. I modelli assistenziali comprendono azioni di aiuto, sostegno e facilitanti o atteggiamenti che influenzano il benessere e lo stato di salute dei singoli individui, famiglie, gruppi e istituzioni così come le condizioni umane generali, gli stessi stili di vita e i contesti ambientali.

Esistono fondamentalmente due tipi di assistenza:

a. Assistenza generica che comprende le conoscenze e abilità apprese e trasmesse culturalmente, tradizionali o popolari (assistenza domestica) impiegate per assistere, sostenere, facilitare un altro individuo, gruppo o istituzione con bisogni evidenti o presunti di migliorare e implementare una condizione di salute (o benessere), disabilità, stile di vita o per affrontare la morte.

b. Assistenza infermieristica professionale che si riferisce ad un sapere professionale e alle abilità pratiche appresi formalmente nelle istituzioni educative che possiedono le stesse finalità dell'assistenza generica.

Leininger distingue anche l'assistenza in umanistica e scientifica e privilegia nettamente la prima. L'assistenza umanistica si riferisce alla comprensione e conoscenza degli esseri umani e a supportarli o guidarli per aiutarli a raggiungere i propri obiettivi, implementare o migliorare le condizioni umane o gli stili di vita, affrontare la disabilità e assisterli nella morte. L'obiettivo dell'assistenza umanistica è quello ottenere tale comprensione degli esseri umani e della loro umanità, attraverso scoperte induttive. Per contro l'assistenza scientifica fa riferimento a indicatori precisi, predefiniti deduttivamente, logici e misurabili identificati per assistere le persone usando variabili specificamente controllate e manipolate per provare rigorosamente le espressioni assistenziali evidenti.

Per Leininger l'assistenza infermieristica è transculturale, aggettivo ricorrente che significa tra tutte le culture del mondo indipendentemente dal concetto di nazione e che è preferibile a internazionale che significa invece tra due culture nazionali.

Così la Scienza infermieristica è lo studio creativo dei fenomeni infermieristici e la sistematizzazione delle conoscenze secondo metodi rigorosi ed espliciti di ricerca sia di tipo qualitativo che quantitativo per fondare un nuovo sapere per la disciplina o sviluppare quello esistente.

L'Infermieristica è una professione e disciplina umanistica e scientifica, appresa, e incentrata sui fenomeni e attività assistenziali per assistere, supportare, facilitare o guidare gli individui o i gruppi nel mantenere o recuperare il benessere (o la salute) in modi significativi e utili secondo la propria cultura, o aiutare le persone ad affrontare la disabilità o la morte.

Anche la Salute acquista il significato specifico di stato di benessere definito dalla cultura, valorizzato e praticato che riflette la capacità degli individui (o gruppi) di svolgere le proprie attività quotidiane.

Le decisioni e gli interventi infermieristici possono essere di tipo Emic, che riflette il punto di vista centrato sulla persona e la sua cultura di appartenenza, ed Etic che esprime il punto di vista professionale.

L'assistenza culturale congruente

L'assistenza culturale congruente si traduce nelle decisioni e azioni infermieristiche (di supporto, che favoriscono o guidano) basate sulla conoscenza e che sono conformi all'individuo, al gruppo o ai valori istituzionali, alle credenze e stili di vita al fine di garantire un'assistenza sanitaria significativa e utile attraverso le tre modalità di:

→ Conservazione e/o mantenimento dell'assistenza culturale si ottiene mediante le decisioni e azioni professionali che si esplicano nell'assistere, supportare, favorire, guidare o aiutare le persone appartenenti ad una specifica cultura a conservare e/o mantenere i propri valori assistenziali per la gestione del proprio benessere, ristabilirsi dalla malattia o affrontare la disabilità e/o la morte.

→ Adattamento e/o negoziazione dell'assistenza culturale consiste nelle decisioni e azioni professionali che si esplicano nell'assistere, supportare, favorire, guidare o aiutare le persone appartenenti ad una le persone appartenenti ad una determinata cultura ad adattarsi e/o negoziare con i caregivers per ottenere un risultato utile e soddisfacente in termini di salute.

→ Rielaborazione e/o riconfigurazione dell'assistenza culturale è ottenuta mediante le decisioni e le azioni assistenziali professionali stabilite con il cliente/i che supportano, favoriscono, guidano e che lo aiutano a riordinare, cambiare o modificare i propri stili di vita a favore di un modello di assistenza sanitaria nuovo e vantaggioso nel rispetto dei suoi valori culturali.

Il metodo etnoinfermieristico

E' il metodo di ricerca realizzato dall'autrice appositamente per lo studio dei fenomeni infermieristici. Deriva dalla grounded theory, la metodologia di ricerca qualitativa utilizzata dalle scienze sociali. Il prefisso etno si riferisce al popolo o a una cultura specifica e in particolare alla sua visione del mondo, alle idee e alle pratiche culturali che riguardano i fenomeni d'interesse infermieristico. I metodi e le tecniche d'indagine (principalmente l'osservazione partecipante e le interviste ai testimoni privilegiati) nonché gli strumenti di rilevazione dei dati e l'elaborazione degli stessi appartengono all'indagine qualitativa. Lo scopo è di aiutare gli infermieri a documentare sistematicamente e comprendere maggiormente il significato delle esperienze quotidiane di assistenza, salute e benessere in contesti ambientali diversi o simili.

Sviluppi della teoria e prospettive future

La teoria di Leininger ha dato vita al primo corso di nursing transculturale all'Università del Colorado nel 1966. Dodici anni dopo, l'Università dello Utah avviava il programma del primo corso di laurea e successivo dottorato in nursing transculturale. Da allora numerose Facoltà negli Stati Uniti e non solo hanno sviluppato programmi in questo campo⁶⁷.

La realtà italiana è ancora ben lontana, la traduzione della teoria di Leininger *Culture Care Diversity and Universality: a theory of nursing* è stata pubblicata nel 2005 e poco è noto degli ormai numerosi contributi e ricerche che hanno sviluppato l'approccio della cura nell'infermieristica.

Le implicazioni che questa prospettiva comporta per l'educazione, l'organizzazione dei servizi e la pratica clinica sono notevoli. L'acquisizione di una prospettiva multiculturale in questi ambiti è necessaria per comprendere non solo i bisogni degli assistiti ma anche degli studenti e dei docenti appartenenti ad etnie diverse.

Nell'educazione facilita l'inserimento di studenti e docenti stranieri. Gli infermieri educatori preparati impareranno a supportare la diversità culturale che si manifesta nei metodi di apprendimento e insegnamento. Scoprire e sviluppare metodi di insegnamento e apprendimento diversi e adeguati ad una nuova generazione multiculturale di studenti sarà un imperativo dettato dalla necessità e questa anticipazione dell'autrice è particolarmente attuale per alcune nostre scuole infermieristiche dove i docenti già incontrano le difficoltà e sono impegnati nello sforzo di riconoscere e valorizzare le differenze culturali nell'apprendimento, reclutamento e trattenimento degli studenti stranieri.

E' una teoria che permette di esaminare i differenti modelli organizzativi delle amministrazioni professionali e accademiche, la loro efficacia e i limiti e rappresenta la sfida di tipo clinico e intellettuale in tutte le aree dell'educazione, della ricerca e della pratica infermieristica. Non è possibile ignorare il nuovo dibattito

⁶⁷Cozzi D., Nigris D., *Op. Cit.*, p. 15

transculturale che richiede progetti di ricerca comparativa e nuove politiche amministrative.

Leininger afferma che in molti paesi aumenterà l'interesse e il lavoro per gli infermieri preparati nell'assistenza transculturale e la loro credibilità deriverà principalmente dalle conoscenze transculturali e dalle competenze definite dalla cultura e nelle relative lingue. La globalizzazione coinvolge anche l'assistenza.

Nel 1960 Leininger sosteneva che un giorno, in tutto il mondo, le persone saranno assistite da infermieri preparati nell'assistenza transculturale che impiegano i risultati della ricerca derivata dalla teoria dell'assistenza culturale. Molti anni dopo, nel 2002, afferma che in molti paesi aumenterà l'interesse e il lavoro per gli infermieri preparati nell'assistenza transculturale e la loro credibilità deriverà principalmente dalle conoscenze transculturali e dalle competenze definite dalla cultura e nelle relative lingue. La globalizzazione coinvolge anche l'assistenza.

Nel 1987 è sorta la Transcultural Nursing Society (TNS) e nel 2005 l'European Transcultural Nurses Association (ETNA) e l'Organizzazione Nazionale Transculturale dell'ETNA per l'Italia. Sempre nel 2005 è stato istituito nel nostro paese il primo Master Universitario di I livello in cure ed assistenza multietniche e transculturali. Tuttavia la formazione si presenta ancora abbastanza assente in questo dibattito poichè solo alcune università hanno istituito dei corsi di infermieristica transculturale nella laurea triennale, non compaiono nella laurea specialistica e scarsi sono i contenuti transculturali presenti negli altri corsi.

L' ETNA cerca di unificare gli sforzi e le risorse già presenti nelle associazioni locali di alcuni paesi europei (Inghilterra, Finlandia) e di intraprendere la collaborazione con la TNS. Si propone di sviluppare intensamente il campo della ricerca infermieristica, ove si intravedono interessanti sviluppi non solo per la ricerca qualitativa ma anche sperimentale, nel campo clinico, dell'educazione, dell'organizzazione dei servizi. Infine, è costante l'attenzione e il dialogo con le altre professioni sanitarie e altri ambiti disciplinari.

Bibliografia

Collière F., Aiutare a vivere, Sorbona, Milano, 1992
Cozzi D., Nigris D., Gestì di cura, Colibrì, Milano, 1996

Iori M., Una traccia bleu, Grafiche Aurora, Verona, 2002

Leininger M., Diversità e Universalità dell'Assistenza Culturale, ed. italiana a cura di Riolfi R., Piccin, Padova, 2005

Mc Cance T.V., Mc Kenna M.P., Boore J.R.P., Caring. Theoretical perspective of relevance to nursing, Journal of Advanced Nursing, 4/1999, pp. 1388-1395

Mortari L., La pratica dell'aver cura manoscritto 2005

Riolfi R. La filosofia e le teorie del nursing in una prospettiva interculturale, in AA.VV. Il rispetto della sofferenza e della morte nelle principali confessioni, Libreria Cortina, Verona, 2002

Torralba I. Rosello F., Antropologia del cuidar, Institut Boria de Bioètica, 1998

Dall'empatia all'exotopia: Modi per favorire l'incontro con i “mondi altri”

Nadia Urli

Il tema delle migrazioni è entrato con tutta la sua potenza negli interstizi sociali della nostra realtà quotidiana e anche la medicina e le discipline ad essa collegate non possono più chiamarsi estranee a questo confronto e contatto con la multiculturalità negli ambiti stessi della cura. Questo incontro ha già una propria storia: infatti fino a pochi anni or sono (anni '90) parlare di multiculturalità appariva agli occhi di molti professionisti, una ricercatezza intellettuale, una specializzazione per pochi e quando l'incontro con la diversità culturale approdava comunque ai servizi generali, i professionisti chiedevano di poter disporre di semplici 'vademe-cum culturali' per essere guidati, senza scendere troppo nei particolari, alla soluzione di problemi di comprensione immediata dei disturbi e delle richieste di assistenza. Sembrava fosse sufficiente imparare a comunicare con gli stranieri limitandosi a tradurre nella loro lingua, le nostre richieste di dati, per altro quasi sempre oggettivati secondo il linguaggio della scienza ufficiale e, mutuando una moda culturale tipicamente americana, sembrava che fosse possibile raccogliere un corpus di conoscenze descrittive di una cultura in un elenco di linee-guida riferite a 'tutto quello che serve sapere quando si incontra uno straniero. Quanto questa aspettativa fosse lontana dal cogliere l'essenza stessa del problema, che caratterizza l'incontro con la diversità culturale, lo abbiamo presto imparato a nostre spese, anche a fronte delle diverse richieste di salute che i primi migranti (i 'migranti sani', come venivano chiamati) hanno iniziato a porci, per effetto della loro permanenza nel nostro paese: abbiamo così compreso che le diverse culture non sono entità statiche e che nei significati di salute, malattia esistono delle sfumature soggettive, coglibili solo nelle pratiche agite dai singoli e non nei discorsi teorici organizzati in quadri coerenti di significati; abbiamo compreso quanto sia fuorviante rapportarci agli stranieri basandoci su una appartenenza nazionale che tradisce di fatto le identità personali, per loro natura discontinue, complesse e generate da storie di vita personali e famigliari molto eterogenee; abbiamo anche avvertito lo scoglio del multiculturalismo che fino a quando veniva inteso come una polarità Io-Esso (o Io-Altro da me) produceva l'effetto contrario di sancire l'impossibilità di un dialogo interculturale.

Per affrontare il tema della multiculturalità nei diversi ambiti della cura, si sono rese necessarie anche altre operazioni, che però, fino ad oggi, non hanno raggiunto livelli di sviluppo omogenei tra i diversi professionisti della salute: mi riferisco al recupero dell'aspetto relazionale all'interno del modello di medicina e alla necessità di uscire dalle proprie cornici di riferimento culturale, per poterci rapportare con gli altri mondi complessi.

Nell'ambito infermieristico comincia a farsi strada con sufficiente chiarezza l'importanza di considerare la competenza professionale come un mix tra conoscenze scientifiche, abilità tecniche e competenze relazionali; per effetto degli studi umanistici presenti da decenni nei curricula formativi degli infermieri, molti professionisti hanno intrapreso percorsi di autoconsapevolezza che li hanno aiutati a valorizzare le loro ricchezze personali, consentendo di fornire ai destinatari interventi sempre più qualificati e a se stessi, occasioni di crescita personale e professionale.

Per quanto sia sempre molto rischioso generalizzare i risultati, all'interno della professione infermieristica esistono, alcune acquisizioni abbastanza consolidate:

1. l'incontro è sempre tra persone, portatrici di 'culture incorporate';
2. perché l'incontro sia il più possibile 'autentico' è importante non dare le cose per scontate, ma attivarsi per agire nella relazione una sensibilità culturale, che riconosce e valorizza gli elementi dissonanti, considerandoli come punti di ricchezza anziché di disturbo, che mette l'altro in primo piano con la sua *illness* anziché con l'impersonale *disease*;
3. perché possa esistere una vera comprensione dell'altro è necessario dedicargli un ascolto profondo, partecipativo, arrivando a volte a sentire dentro noi stessi le sue espressioni, le sue esperienze di vita. E' il mondo dell'empatia, ma come vedremo questa acquisizione da sola non è sufficiente;
4. la relazione è plastica, è sempre gioco di equilibrio, che richiede all'operatore di mettere in gioco se stesso come risorsa personale, accettando e integrando i suoi punti di forza e di debolezza, perché i limiti incontrati sono ottime 'zone di rischio' nelle quali poter crescere.

Come afferma Cozzi D. " se ogni operatore resta chiuso entro i propri confini ..., dentro le sue routines, dentro l'assimilazione forzata, non capirà mai niente del più ampio sistema a cui appartiene e si giocherà la possibilità di capire anche qualcosa di se stesso"

Possiamo arrivati a questo punto provare a esaminare più da vicino, servendosi di un'ottica comparativa, gli aspetti costitutivi della relazione d'aiuto, accogliendo una sfida ontologica e metodologica che appare alquanto interessante.

La relazione d'aiuto, che è sempre alimentata e sorretta da una 'buona comunicazione', per quali aspetti dovrebbe differenziarsi quando essa è destinata ad uno straniero? E per opposto: cosa dovremmo imparare di nuovo per poterci relazionare con l'altro – da –me?

Iniziamo subito da questo ultimo punto: chi è l'altro – da –me?. L'altro - da- me non ha sempre il volto dell'esotico, anzi per molti infermieri l'incontro con l'alterità avviene dietro l'angolo della propria casa e anche in questo caso ci è data la possibilità di incontrare un'altra 'cultura incorporata'. Appare quindi una misconcezione e per certi versi una pista fuorviante, pensare all'incontro con il 'di-

verso ' solo come ad un evento straordinario, reso possibile dai soli flussi migratori

Le attenzioni che siamo invitati a porre nei due esempi, non differiscono molto tra loro: in entrambi le situazioni è importante non sovrastimare e non sottostimare le differenze esistenti; in entrambi i casi ci è richiesta una dose di flessibilità per abitare il mondo dell'empatia, ma essere pronti a superarlo per accedere al più ampio mondo dell'exotopia, nel quale all'altro è riconosciuto il diritto di essere altro – da me.

L'altro aspetto interessante sul quale convergere la nostra attenzione è rappresentato dagli aspetti costitutivi della relazione d'aiuto: i suoi fondamenti, culturalmente mediati, devono essere rivisti?

Intendo riferirmi ad un orientamento relazionale che oggi giorno conosce un periodo di discreta popolarità all'interno della professione infermieristica, perché condivide con essa molti presupposti teorici, (si pensi alle Teorie del Nursing, tanto diffuse negli anni '80 e oggi fortemente ridimensionate, ma alle quali va senz'altro il merito di aver contribuito alla diffusione di una cultura professionale) rappresentato dal *counselling* e dalle *abilità di counselling*, che hanno nell'orientamento umanista di C.Rogers e negli approcci integrativi di G.Egan i principali punti di contatto. Citando questi autori è poi quasi impossibile non ricorrere al contributo di M.Buber che sostanzia, come si può verificare nel 'Dialogo tra M.Buber e C.Rogers', i fondamenti della relazione sviluppati nel *counselling rogersiano*.

M.Buber ci guida subito ad un'assegnazione di significato quando afferma "L'uomo ha in comune con molti animali il richiamo, ma il rivolgere le parole si fonda sul fatto di riconoscere l'alterità dell'altro con il quale, proprio per questo motivo, si è in relazione". Questa dimensione di rapporto viene a crearsi secondo M.Buber attraverso un gioco di polarità, che l'uomo può scegliere di abitare e che nel nostro caso permettono di stabilire anche una demarcazione tra assistenza autentica e in autentica (quest'ultima ricca di risvolti di natura etica).

Nella relazione non c'è spazio per un IO separato da un TU, perché solo dalla presenza di questa polarità nasce il NOI. Infatti nella polarità IO-TU abita il rapporto, la presenza, l'incontro l'amore, la libertà, l'essere, mentre nella polarità IO-ESSO trovano spazio esperienza autocentrata, la sperimentazione, l'utilizzazione il possesso. Questa dimensione del rapporto trova eco nella centralità che l'altro occupa nella relazione del *counselling*: l'altro, il diverso da me, è prima di tutto una risorsa importante, è l' 'esperto' che può guidarmi a comprendere ciò di cui ha bisogno ma perché questo accada, seppur nel rispetto delle reciproche identità, è necessario abitare lo spazio del NOI.

Altri contributi interessanti di M.Buber li troviamo percorrendo le sue opere e se li accostiamo al nostro mandato professionale, non possiamo non apprezzarne l'ampiezza del contributo di riflessione che stimolano in ciascuno di noi, come quando afferma che la relazione (assistenziale) può esercitare un ruolo positivo nei confronti della persona... solo se oltrepassa l'oggettività della conoscenza di qual-

cosa (un dato, un segno), e valorizza al massimo il rapporto dialogico con qualcuno che diventa soggetto attivo della relazione stessa.

Nel *counselling* questo assunto si ripropone nel ruolo di autonomia che la persona che presenta una domanda di aiuto gioca nella relazione e il medesimo ruolo, lo possiamo trovare anche all'interno della prospettiva del dialogo transculturale.

Ancora altre 'somiglianze di famiglia' tra l'orientamento del *counselling* e la relazione culturalmente sensibile, scorrono sotto i nostri occhi, quando facciamo contatto con espressioni forti come "Di fronte a te divento me stesso...l'autentico sviluppo dell'Io si ha solo nella relazione profonda e umanizzante", oppure "...il compimento della relazione tra uomini significa accettazione dell'alterità...un'autentica relazione dipende dal fatto che ciascuno intenda l'altro qual'egli è, lo accetti, lo confermi senza riserve", per arrivare al fondamento (se così lo si può chiamare) dell'exotopia, " (nella relazione IO-TU) non c'è volontà di imporre all'altro se stessi e la propria visione e comprensione del mondo, bensì c'è la relazione autentica, nella quale si riconosce all'altro ciò che si è riconosciuto (essere) "giusto che sia per lui".

Nella metodologia proposta dal *counselling* per la conduzione del colloquio, i punti centrali sono rappresentati da una serie di abilità che possiamo confrontare subito nella loro valenza anche 'culturalmente sensibile'. Le abilità principali sono:

- a) osservazione partecipativa, tanto cara anche al metodo etnografico;
- b) ascolto attivo, specificato nelle sue varianti di base e avanzato, che permettono la messa in luce dei significati personali, della domanda d'aiuto, della valorizzazione e del rispetto dell'identità autopercepita dall'altro;
- c) nell'attenzione all'impostazione del rapporto, per limitare al massimo i fraintendimenti e le confusioni dei ruoli;
- d) l'attenzione alla comprensione del problema dell'altro, per riconoscere e rispondere ai bisogni reali che l'altro porta alla nostra attenzione;
- e) la possibilità di esprimere in modo assertivo il proprio problema, utile sul piano dello scambio reciproco per mettere in comune con l'altro anche il proprio punto di vista e le proprie difficoltà culturali;
- f) l'utilità di confortare i propri punti di vista (o sguardi sul mondo) chiudendo bene il colloquio, il che permette di verificare l'effettivo scambio avvenuto e di consolidare i passaggi significativi del colloquio, ma anche di negoziare le differenti vedute di cui si è consapevoli.

L'uso di queste abilità si coniuga anche con quanto M.Mazzetti, propone come correttivi per ovviare ai livelli di incomprensione nella relazione in ambito sanitario, individuate da R. Colasanti e S.Geraci. Senza riproporre una disamina puntuale di questi livelli, possiamo limitarci a sottolineare l'utilità delle sole abilità considerate di base nel colloquio assertivo, ai rispettivi livelli:

- Livello prelinguistico- richiede l'ascolto avanzato
- Livello linguistico- chiama in campo la capacità del professionista di costruire un setting multiprofessionale, senza delegare le proprie responsabilità

- Livello metalinguistico - richiede l'ascolto avanzato
- Livello culturale - rimanda all'abilità di impostazione del rapporto,
- Livello metaculturale- richiede le capacità di confortare e negoziare i propri punti di vista.

A conclusione, possiamo sottolineare che ancora una volta il problema del 'cosa dico' e del 'come lo dico', tante volte chiamato in campo da professionisti che dichiarano la propria impossibilità a costruire rapporti con mondi diversi dal proprio, è in realtà un falso problema; è senz'altro un paravento dietro al quale pensiamo di poterci proteggere, quando attraversiamo i territori nella non certezza, per giustificarcì delle nostre difficoltà, ma come la punta dell'iceberg, il vero problema è sommerso, è in un certo senso posto ad un livello prelinguistico e rimanda alla percezione dell'identità dell'altro: chi è l'altro per me? Fino a quando colloco l'altro nella dimensione dell'alienità, indipendentemente da quale sia la sua provenienza geografica, non potrò mai scoprire che nel mio bagaglio professionale ho già a disposizione metodi accreditati e strumenti di applicazione immediata per avviare l'incontro. Penso che giunti alla conclusione di questo articolato percorso sia utile proporre all'attenzione una citazione di M.Mazzetti che afferma a proposito del rapporto tra culture e persone: "... non ci sono ricette per applicare concetti etnici nel dialogo in medicina... l'equilibrio tra dare attenzione alla persona al di là della cultura e tener presente i suoi specifici riferimenti culturali, è qualcosa da ricercare con calma, di volta in volta, con lo spirito dell'esploratore."

Bibliografia

- M.Friedeman *Dialogo tra M.Buber e C. Rogers*, 1957
- G.Bon *La filosofia dialogale di M.Buber*, Ed. Rosini, Firenze. 1998
- A.Bischoff e L.Loutan *A mots ouverts. Guide de l'entretien médical bilingue* HUG, Genève, 1998
- B.Malisano *La medicina transculturale sarà la medicina. Nuovi percorsi interculturali in sanità*, in Studi Emigrazione, n. 157,2005
- M.Mazzetti *Il dialogo transculturale*, Carocci Faber, Roma, 2005
- M.Hough *Abilità di counselling* Erickson, Trento., 1996
- E.Shuler *Le tecniche assertive*, Angeli, Milano, 1997

Strategie per lo sviluppo di servizi sanitari “migrant-friendly” e culturalmente competenti.

Antonio Chiarenza

Premessa

Lo stato di salute degli immigranti e delle minoranze etniche è spesso peggiore di quello della media della popolazione. Questi gruppi sono più vulnerabili, per la loro condizione socio-culturale svantaggiata e talvolta per esperienze traumatiche di migrazione e per la mancanza di un adeguato sostegno sociale nei paesi di arrivo. La situazione si aggrava se teniamo conto non solo della popolazione residente già in possesso di regolare permesso di soggiorno, ma anche dei richiedenti l’asilo e gli irregolari. Il rischio maggiore per la salute dei migranti si riscontra infatti quando il viaggio migratorio avviene in condizioni di clandestinità e gli immigrati si trovano a vivere nel paese di destinazione senza documenti. Particolarmente gravi sono le conseguenze del traffico di esseri umani sulla salute, dovute a violenze, maltrattamenti ed abusi sessuali. Inoltre, esclusione sociale, discriminazione, condizioni di vita difficili e povertà hanno spesso un impatto sulla salute mentale dei migranti. Come se non bastasse, la condizione e la salute dei migranti è aggravata dalle difficoltà di accesso alle cure e ai servizi sanitari, infatti anche quando i servizi sono disponibili, i migranti non li utilizzano appieno, perché non ne conoscono o capiscono il funzionamento, o perché i servizi offerti non sono adeguati alla loro cultura e religione.

Ne consegue, che i gruppi minoritari corrono il rischio di non ricevere il medesimo livello di assistenza sanitaria che riceve la media della popolazione a causa delle barriere linguistiche, della diversità culturale, e dell’impreparazione dei professionisti e delle organizzazioni ad agire in modo competente in un contesto multi-etnico. Un’altro importante ostacolo è rappresentato dal basso livello di *health literacy*⁶⁸ in particolare per quanto riguarda l’uso appropriato dei sistemi di assistenza sanitaria da parte dei cittadini immigrati e dalle minoranze etniche. Gli immigrati spesso mancano delle informazioni necessarie relative all’accesso e al funzionamento dei servizi ospedalieri ed ambulatoriali disponibili o a questioni di carattere generale di salute nel contesto specifico delle diverse realtà locali.

Sempre più le aziende sanitarie devono, quindi, confrontarsi con specifiche vulnerabilità degli immigrati, che rischiano più degli altri di non ricevere un’assistenza adeguata nella diagnosi, nella cura e nei servizi di prevenzione a causa del loro status di minoranza, della loro posizione socio-economica, della difficoltà a comuni-

⁶⁸ La Health literacy rappresenta quell’insieme di competenze cognitive e sociali che determinano la motivazione e l’abilità degli individui necessarie a garantire l’accesso ai servizi, capire e utilizzare le informazioni in modo da promuovere e mantenere la salute.

care e della scarsa conoscenza del sistema sanitario. Tuttavia, questa disparità nell'accesso alle cure e ai servizi può essere ridotta con la creazione di servizi sanitari competenti sul piano etno-culturale in grado di superare quelle barriere linguistiche e culturali che mettono a rischio l'appropriatezza delle cure e la qualità dei servizi per questi gruppi di minoranza. L'attuale situazione è pertanto ricca di nuove sfide per le organizzazioni sanitarie, ma al tempo stesso rappresenta un'opportunità per migliorare la qualità generale dei servizi e l'orientamento al paziente.

Servizi sanitari “culturalmente competenti”

Per affrontare tali sfide, un gruppo di ospedali europei ha condiviso un percorso progettuale finalizzato a migliorare la qualità dei propri servizi, modificare le proprie strutture e culture organizzative e professionali per divenire organizzazioni “*culturalmente competenti*”⁶⁹. Ciò significa avere la capacità di agire efficacemente come professionista e come organizzazione all'interno di un contesto di credenze, comportamenti e bisogni presentati dagli utenti immigrati e dalle loro comunità. Va precisato, tuttavia, che lo sviluppo di questa competenza non vuol dire tanto mettere in primo piano la cultura dei migranti, quanto l'esperienza di migrazione come tale e l'interazione fra culture nel contesto di migrazione. Quindi, essere competenti da un punto di vista “culturale”, non significa ricorrere a “ricette culturali”, piuttosto è l'individuo che deve essere al centro, con la sua storia individuale e la sua sfera di vita personale. Evitare un atteggiamento “culturalizzante” è infatti, estremamente importante poiché nella pratica dei servizi spesso si tende a stereotipare i migranti e a giudicare le situazioni sulla base di pregiudizi e costrutti culturali generici (Domenig 2001).

La riflessione iniziale, che ha orientato le azioni messe in campo dai partner europei, e che ha rappresentato uno scostamento rispetto ad alcuni atteggiamenti iniziali verso il fenomeno migratorio, è stata quella di inserire il tema della salute dei migranti nel quadro più generale delle differenze che caratterizzano la società attuale e della loro connessione con le disuguaglianze di salute e di accesso ai servizi. Si è ritenuto che non fosse adeguato trattare il problema della salute degli immigrati sul piano esclusivamente solidaristico e dell'accoglienza, ma che questo tema andasse collocato sul piano del riconoscimento dei diritti delle minoranze e del bilanciamento fra il principio di uguaglianza formale e le disuguaglianze di fatto, per ga-

⁶⁹ Sebbene esista più di una definizione del concetto di “*competenza culturale*”, vi è una generale convergenza su quella fornita da Cross et. al. nel 1989: “La competenza culturale è un insieme di comportamenti, atteggiamenti e politiche che diventano patrimonio comune di un sistema, di un'agenzia o fra professionisti e che mette in grado quel sistema, agenzia o quei professionisti di lavorare efficacemente in un contesto interculturale. La parola *cultura* è usata perché comporta il modello integrato di comportamenti umani che comprende il modo di pensare, di comunicare, di agire, le tradizioni, le credenze, i valori e le istituzioni di un gruppo sociale. La parola *competenza* è usata perché implica la capacità di operare in modo efficace” (Traduzione A. Chiarenza).

rantire a tutti un migliore equilibrio delle opportunità. Si trattava, cioè di accettare l'idea che le società europee sono diventate in modo irreversibile delle società multietniche dove la diversità rappresenta la caratteristica principale. La risposta dei servizi non poteva quindi essere pensata come la sola predisposizione di servizi *ad hoc* per la popolazione immigrata, ma come una serie di interventi finalizzati, da una parte, a migliorare la capacità globale delle organizzazioni sanitarie di rispondere alla diversità in modo competente e, dall'altra, a mettere in grado i cittadini con background etnici e culturali diversi di utilizzare in modo appropriato i servizi e di gestire efficacemente la propria condizione di salute nei nuovi contesti di vita (Khan 2003).

Sulla base di queste riflessioni iniziali i partner europei del progetto hanno poi concordato sui principi che devono essere posti alla base della missione degli ospedali "migrant-friendly":

- In primo luogo che le persone con origini diverse siano considerate come uguali componenti della società;
- In secondo luogo che si ponga attenzione ai bisogni di persone di origini diverse nello sviluppo e nella fornitura dei servizi;
- ed infine, la necessità che siano riequilibrare le disparità per quelle differenze che impediscono l'accesso e l'utilizzo equo dei servizi e ostacolano la partecipazione e l'integrazione (pari opportunità).

Questi principi hanno trovato una collocazione ideale nella filosofia che sta alla base del movimento che ha dato origine al progetto europeo Migrant-friendly Hospitals (MFH), la rete degli Ospedali per la Promozione della Salute (Health Promoting Hospitals). Come è noto, l'idea di fondo della rete HPH dell'OMS è quella di attivare e sostenere un processo di riorientamento degli ospedali che consenta di aggiungere alle tradizionali attività curative proprie dell'ospedale un nuovo approccio al tema della salute. In particolare, l'obiettivo generale del programma degli Ospedali per la Promozione della Salute è di migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera, incorporando nella struttura organizzativa dell'ospedale, nella sua cultura e nei comportamenti quotidiani i principi, le attività e le azioni strategiche della promozione della salute, intesa come processo che *"mette in grado le persone e le comunità di aumentare il controllo sulla propria salute"* (Carta di Ottawa, 1986).

La promozione della salute, intesa come processo che metta in grado tutte le persone di raggiungere appieno il proprio potenziale di salute, riducendo le differenze e assicurando pari opportunità e risorse, è stata assunta come cornice concettuale ed operativa di riferimento per gli ospedali migrant-friendly. Secondo questa logica, riequilibrare le disparità che impediscono l'equità nell'accesso ai servizi e alle cure ed ostacolano la partecipazione e l'integrazione significa sviluppare politiche e metodologie operative che rendano i servizi più adeguati alle diversità culturali; migliorino la comunicazione e la relazione col paziente; rafforzino le competenze de-

gli operatori; favoriscano il coinvolgimento ed affrontino le determinanti della salute dei migranti. All'interno di questa cornice concettuale il progetto europeo MFH si è proposto in primo luogo di colmare il divario fra pazienti immigrati e il resto della popolazione mediante misure di *empowerment* ed azioni di miglioramento allo scopo di modificare gli ambienti e i comportamenti, di superare le barriere linguistiche e culturali e di favorire la partecipazione delle comunità immigrate.

Breve storia del progetto Migrant-Friendly Hospitals

L'idea iniziale del progetto è partita dalla rete HPH dell'Emilia-Romagna che ha successivamente invitato l'Istituto Boltzmann dell'Università di Vienna ad assumerne il coordinamento scientifico (Chiarenza 2005). La rete internazionale dell'OMS degli Ospedali per la promozione della Salute (HPH) ha svolto un ruolo importante nel riunire i 12 partner del progetto in rappresentanza di Austria, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Paesi Bassi, Spagna, Svezia e Regno Unito. Le organizzazioni coinvolte hanno rappresentato un ampio ventaglio di tipologie di ospedali: dai grandi ospedali universitari metropolitani ai piccoli ospedali locali, dagli ospedali pubblici a quelli privati. Alcuni partner vantavano già, prima del progetto, un'esperienza pluriennale nell'erogazione di servizi a comunità differenziate per composizione etnica, tra cui alcune ben consolidate ed omogenee, altre maggiormente diversificate per la compresenza di gruppi etnici radicati e di immigrati irregolari. Alcuni partner operavano all'interno di un sistema sanitario ben integrato, altri con organizzazioni alquanto frammentate. Il progetto, nato all'interno del programma di sanità pubblica della Comunità Europea ha avuto una durata di 2 anni e mezzo (Ottobre 2002 - Marzo 2005), e si è proposto di rispondere alle priorità evidenziate mediante la messa a punto e la verifica di una strategia che è tipica della cultura degli Ospedali per la promozione della salute (Health Promoting Hospitals)⁷⁰:

- coinvolgere una rete di ospedali pilota in un progetto di benchmarking;
- avviare e valutare un percorso generale di sviluppo organizzativo negli ospedali pilota creando strutture, processi e servizi adeguati alle differenze etno-culturali;
- sviluppare, implementare e valutare interventi efficaci (evidence-based) rivolti a specifici bisogni di promozione della salute dei migranti e delle minoranze etniche.

Nei due anni e mezzo di durata del progetto i 12 paesi europei hanno lavorato in una dimensione di continuo scambio delle esperienze e di verifica degli interventi condotti in parallelo nelle strutture ospedaliere coinvolte mediante l'utilizzo di

⁷⁰ Per una descrizione del progetto HPH-Health Promoting Hospitals, si veda fra gli altri Chiarenza, Simonelli (2003).

strumenti comuni di monitoraggio e di valutazione. Sulla base delle analisi dei bisogni condotte a livello locale e comparate a livello europeo il progetto è stato in grado, nonostante le diversità dei sistemi sanitari e dei diversi contesti, di identificare tre aree problematiche prioritarie per i migranti, le minoranze etniche ed il personale sanitario, su cui intervenire:

- le barriere linguistiche e culturali nella comunicazione clinica,
- l'adeguatezza linguistica e culturale dell'informazione e dell'educazione al paziente,
- la competenza degli operatori in ambito interculturale.

L'analisi comparata dei bisogni ha mostrato che barriere linguistiche e culturali nella comunicazione non solo sono causa di limitazioni nell'accesso e nell'uso appropriato dei servizi, ma anche di livelli inferiori della qualità delle cure e dell'assistenza, di bassa soddisfazione del paziente e, in ultima istanza, di risultati di salute peggiori (Bischoff 2003). In secondo luogo, è stato evidenziato come un'informazione ed educazione inadeguata o insufficiente dei pazienti e dei cittadini immigrati sia la causa principale di accessi ed usi impropri dei servizi, di una scarsa *compliance* e cooperazione durante le cure e dopo le dimissioni ed in generale di un basso livello di coinvolgimento dei pazienti e delle comunità immigrate (Chiu 2003). Infine, è emerso come livelli bassi di "competenza culturale" degli operatori siano la causa della presenza di stereotipi e pregiudizi al posto di conoscenze sulla migrazione e del suo impatto sulla salute dei migranti e sui loro comportamenti. Questa carenza comporta una generale difficoltà ad agire efficacemente come professionista e come organizzazione in un contesto multietnico e multiculturale (Cross et. al. 1989).

Gli ospedali europei hanno affrontato le priorità evidenziate dall'analisi comparata dei bisogni con tre sotto-progetti specifici sostenuti da un ampio ed approfondito lavoro preliminare di revisione della letteratura (Bischoff 2003), realizzato dal Forum svizzero per gli studi dei fenomeni migratori dell'Università di Neuchâtel, che è servito ad individuare specifici modelli di buone pratiche. Con i tre sotto-progetti sono state sviluppate, implementate e valutate specifiche soluzioni finalizzate a migliorare:

- i servizi di assistenza linguistica e di mediazione interculturale,
- l'informazione, educazione e l'empowerment del paziente nell'area materno-infantile
- la formazione di "competenze culturali" per il personale sanitario.

L'obiettivo degli Ospedali pilota è stato anche quello di migliorare in generale la gestione della diversità, sviluppando le proprie strutture e culturale organizzative in modo da divenire organizzazioni accoglienti ed adeguate per gli immigrati e i gruppi di minoranza. Sulla base delle conoscenze scientifiche, del confronto delle esperienze e dei risultati dei progetti pilota condotti nei 12 paesi partner è stato elaborato un documento programmatico - la Dichiarazione di Amsterdam (www.mfh-

eu.net) - che raccoglie una serie di raccomandazioni per i sistemi sanitari nazionali europei utili a realizzare delle organizzazioni “migrant-friendly” e culturalmente competenti.

Le Raccomandazioni per i sistemi sanitari europei nella Dichiarazione di Amsterdam

La Dichiarazione di Amsterdam vuole essere un invito rivolto alle organizzazioni sanitarie europee a dare attuazione a una serie di raccomandazioni allo scopo di diventare organizzazioni “migrant-friendly”, nonché a sviluppare servizi individualizzati ed orientati alla persona dai quali ogni paziente possa trarre giovamento. Questa convinzione deriva dal fatto che gli investimenti volti ad incrementare la rispondenza ai bisogni di una popolazione a rischio come gli immigrati e le minoranze etniche rappresentano un passo importante verso la garanzia e lo sviluppo della qualità globale. Tuttavia, come per ogni altra forma di sviluppo organizzativo, la riuscita di un servizio sanitario “interculturale”, pronto a servire in modo equo le sue diverse comunità, dipenderà dal contributo di più soggetti: le direzioni aziendali, i professionisti sanitari, i rappresentanti dei pazienti e delle minoranze etniche ed infine i responsabili della ricerca in ambito sanitario.

Raccomandazioni per le Direzioni aziendali

Le direzioni aziendali devono includere nei loro piani d’azione lo sviluppo della qualità ed appropriatezza dei servizi tenendo conto delle necessità dei migranti e delle minoranze etniche:

- inserire l’attenzione ai bisogni dei migranti e delle minoranze etniche nei documenti di programmazione (mission aziendale, dichiarazione dei valori, sistema della qualità e politiche aziendali);
- migliorare l’accesso ai servizi mediante la produzione di materiale informativo e la predisposizione di segnaletica multilingue;
- superare le barriere linguistiche e culturali mediante la realizzazione di un servizio strutturato e coordinato di mediazione interculturale;
- sviluppare adeguate procedure di ammissione, ricovero, trattamento e dimissioni;
- migliorare il comfort e l’accoglienza fornendo menù adeguati e un supporto alle esigenze spirituali e di culto;
- fornire adeguata attenzione alla continuità delle cure, assicurando i necessari collegamenti con i servizi del territorio e fornendo informazioni sulla gestione della malattia e lo stile di vita appropriato;
- monitorare i bisogni e le potenzialità dei soggetti coinvolti (pazienti, personale sanitario, famiglie e comunità) e l’appropriatezza dei servizi.

- raccogliere e dare risposta a preoccupazioni, reclami e rimostranze riguardanti l'erogazione dei servizi;
- investire nello sviluppo delle competenze linguistiche e culturali del personale (selezione, formazione, valutazione).

Raccomandazioni per il personale e le professioni sanitarie

Il personale sanitario, le professioni e le associazioni di categoria devono riconoscere la rilevanza delle problematiche sollevate ed essere pronti ad investire nell'acquisizione delle necessarie competenze:

- trovare consenso sui criteri che definiscono la competenza interculturale, secondo le specifiche situazioni, e integrarli negli standard professionali, garantendo che vengano applicati nella pratica quotidiana;
- i professionisti sanitari e il resto del personale dovranno acquisire specifiche capacità relative a competenze interculturali, di comunicazione e in materia di diversità;
- la pratica clinica, i servizi di prevenzione e le azioni di promozione della salute devono essere organizzati in modo adeguato per essere utilizzati da una popolazione differenziata.
- il grado di conoscenza e competenza degli utenti ad ogni livello di servizio, deve essere tenuto sistematicamente in considerazione, sviluppando adeguati sistemi di orientamento, materiale informativo, nonché programmi educativi destinati ai pazienti.
- esperienze di migrazione potenzialmente traumatiche richiedono una maggiore attenzione alle problematiche di salute mentale nell'ambito dell'assistenza ospedaliera rivolta ai migranti.

Raccomandazioni per gli utenti e i gruppi di minoranza etnica

Le organizzazioni di pazienti e i gruppi di rappresentanza delle comunità etniche possono fornire un importante contributo inserendo il tema della diversità nella salute/assistenza sanitaria nei loro rispettivi programmi di attività.

- Le organizzazioni dei pazienti dovrebbero includere nelle loro politiche l'attenzione alla diversità etno-culturale dei gruppi che rappresentano e dovrebbero agire a tutela di questi diversi gruppi di pazienti.
- I rappresentanti delle comunità di immigrati/minoranze possono contribuire non solo tutelando gli interessi di tali gruppi, ma svolgendo altresì un ruolo di mediazione. Essi dovrebbero agire a tutela del diritto all'accesso equo e alla qualità dei servizi, favorendo nel contempo lo sviluppo di una maggiore competenza ed educazione sanitaria delle loro comunità.
- Ogni membro delle comunità di immigrati/minoranze etniche può contribuire al miglioramento della propria salute e di un uso più appropriato dei servizi sanitari, aumentando la propria conoscenza e competenza sul sistema sanitario.

Raccomandazioni per i responsabili della ricerca sanitaria

I responsabili della ricerca possono avere un ruolo importante in questo percorso, conferendo maggiore peso alla questione della diversità nella salute e nell'assistenza sanitaria nei propri programmi ed inserendola nelle attività di sviluppo delle teorie ed evidenze scientifiche:

- le informazioni sul *background* etnico e sulle esperienze di migrazione dei pazienti dovrebbero essere incluse come categoria rilevante nella ricerca epidemiologica, socio-comportamentale, clinica, dei servizi e dei sistemi sanitari;
- la ricerca scientifica dovrebbe assistere il personale delle aziende sanitarie che si occupa di pianificazione, monitoraggio e valutazione dei servizi e delle attività rivolte agli immigrati e minoranze etniche;
- le attività scientifiche in questo ambito possono contribuire a combattere il razzismo, il pregiudizio, la discriminazione e l'emarginazione fornendo conoscenze sulle conseguenze negative di tali processi;
- infine, le attività di ricerca multi-metodo, partecipative e di valutazione dovrebbero essere condotte in collaborazione e di concerto con le comunità locali.

La Task Force Migrant-friendly & Culturally Competent Health Care della rete HPH dell'OMS

Per garantire la sostenibilità dell'iniziativa, dopo la conclusione del progetto europeo, è stata costituita una Task Force degli ospedali "migrant-friendly" all'interno della rete degli Health Promoting Hospitals (HPH) dell'OMS. L'idea di creare una Task Force è nata dal desiderio di continuare a lavorare su queste tematiche in una dimensione di confronto internazionale dopo la chiusura del progetto europeo MFH (Marzo 2005), e di partire da questa esperienza, per favorire la diffusione di politiche e di esperienze e di stimolare nuove collaborazioni ed idee per future iniziative. La Task Force riunisce professionisti e dirigenti dei servizi sanitari, ricercatori e rappresentanti delle comunità con specifiche competenze e conoscenze in grado di orientare le scelte politiche, strategiche ed operative nel settore. In questo senso il gruppo internazionale vuole essere una "comunità di pratica" capace di sostenere lo sviluppo e l'attivazione di buone prassi, servizi di qualità, attività di ricerca e competenze per affrontare le disuguaglianze nei servizi sanitari a livello locale, nazionale ed europeo. In particolare the Task Force si propone di:

- affrontare le questioni relative alla diversità etno-culturale nei servizi sanitari;
- continuare a rafforzare il focus sulla salute dei migranti e dei gruppi di minoranza con l'approccio della promozione della salute;
- promuovere il miglioramento della salute attraverso la condivisione di buone politiche e pratiche;

- favorire la cooperazione e le alleanze fra le reti che si occupano di queste problematiche;
- sostenere le organizzazioni sanitarie coinvolte nello sviluppo delle competenze necessarie alla realizzazione ed erogazione di servizi accessibili a pazienti appartenenti a comunità etniche diverse;
- contribuire allo sviluppo di attività di ricerca e di progetti su specifiche aree prioritarie, finalizzati a creare percorsi assistenziali e servizi adeguati al contesto multiculturale;
- agire da “*think tank*” per la discussione e il confronto sul tema delle diseguaglianze di salute connesse alle differenze socio-etno-culturali a livello locale, nazionale ed internazionale;

Per raggiungere questi obiettivi la Task Force MFCCCH ha dato vita a sei gruppi di lavoro che hanno il compito di sviluppare conoscenze e raccogliere esperienze e-sempolari sui seguenti temi:

1. La qualità dei servizi e delle politiche aziendali nel contesto multi-etnico
2. La formazione delle competenze interculturali degli operatori sanitari
3. La comunicazione interculturale nei servizi sanitari
4. L’informazione, educazione ed empowerment dei pazienti e delle comunità
5. Il ruolo della ricerca e della valutazione nello sviluppo di cure e servizi appropriati
6. La psichiatria transculturale.

La partecipazione alle attività della Task Force è libera e può realizzarsi su due livelli: quello di semplice adesione alla rete di comunicazione internazionale che consente di ricevere informazioni sulle attività in corso, e quello di coinvolgimento diretto nel lavoro dei gruppi. Per ricevere informazioni a riguardo è possibile rivolgersi al Centro della rete HPH Emiliano-Romagnola che ha l’incarico di coordinamento generale della Task Force. (info: antonio.chiarenza@ausl.re.it).

Conclusioni

Diventare delle organizzazioni “migrant-friendly e culturalmente competenti”, in grado di servire in modo equo le diverse comunità di riferimento, è un percorso fattibile, ma non semplice che richiede il contributo di più soggetti: i decisori delle politiche sanitarie, le direzioni aziendali, i professionisti sanitari, i rappresentanti dei pazienti e delle comunità etniche ed infine i responsabili della ricerca in ambito sanitario. Per realizzare tale progetto è utile fare riferimento ad alcuni punti chiave che sono stati individuati dall’esperienza MFH. In primo luogo è importante sottolineare che la realizzazione di organizzazioni sanitarie “migrant-friendly” non significa altro che investire in servizi maggiormente individualizzati e orientati alla persona per tutti i pazienti, così come per le loro famiglie. In secondo luogo è bene rendersi conto che accrescere le conoscenze riguardo le esperienze di migrazione,

le disuguaglianze e le disparità di salute esistenti, è un passaggio fondamentale per promuovere cambiamenti nei processi di comunicazione, nella routine organizzativa e nell'allocazione delle risorse. In terzo luogo è necessario tenere sempre presente che focalizzare l'attenzione sulla diversità etno-culturale comporta il rischio di creare stereotipi, poiché l'origine etnica, il retroterra culturale e l'appartenenza religiosa sono solo alcune delle molte dimensioni che caratterizzano la complessità degli esseri umani. Infine, sviluppare alleanze con le organizzazioni di comunità locali ed i gruppi di tutela, che conoscono le problematiche dei migranti e dei gruppi di minoranza etnica, è una strategia importante per facilitare lo sviluppo di sistemi di erogazione dei servizi più appropriati sotto il profilo culturale e linguistico.

Bibliografia di riferimento

- Anand, R. (1999): *Cultural Competence in Health Care. A Guide for Trainers*. Washington: National Multicultural Institute Publications.
- Betancourt, Joseph et al. (2002): *Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches*. New York: The Commonwealth Fund
- Bischoff, Alexander (2003): *Caring for migrant and minority patients in European hospitals - A review of effective intervention*. Swiss Forum for Migration and Population Studies, Neuchatel and Basel
- Chiarenza, A. e Simonelli F. (2003): "Alleanze per la salute: il contributo della Rete HPH alle politiche sanitarie nelle regioni Emilia-Romagna e Toscana". In T. Saccheri (a cura di) *Prima che ... promozione della salute e responsabilità istituzionali*, Società e salute, a. II, n. 3, F. Angeli, pp. 65-78
- Chiarenza, A. (2005): "Il progetto Migrant-friendly Hospital: un'iniziativa di promozione della salute degli immigrati e delle minoranze etniche" in *Manuale di sociologia della salute: spendibilità*" Vol. 3, F. Angeli, Milano, pp. 214-230
- Chiu, Lai Fong (2003): "Health promotion and screening", in J. Kai (ed.) *Ethnicity, Health and Primary Care*, Oxford: Oxford University Press
- Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaacs, M., (1989). *Towards A Culturally Competent System of Care, Volume I*. Washington, DC: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center.
- Domenig D. (2001): *Migration, Drogen, Transkulturelle Kompetenz*, Berna: Hans Huber Verlag
- International Organization for Migration (2001): *Migration and Health newsletter: The reproductive health of immigrant women*. Geneva: IOM; International Organization for Migration. 2.

Khan, D. (2003). Equality & Diversity in the NHS - the Bradford Experience. Bradford: Bradford Hospitals NHS Trust.

Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: implication for health promotion programs. Am J Health Promotion 6 (3): 197-205

World Health Organisation (1998): *Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide*. http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_98_3/MSM_98_3_abstract.en.html: WHO.

EQUALITY AND DIVERSITY: FROM POLICY TO PRACTICE

Dilshad Khan

EU health services have a number of primary objectives including providing healthcare free at the point of delivery to the population they serve. The past 15 years has seen major changes in the demographic profile of Europe. Europe is no longer a culturally homogenous population; there are now rich and diverse cultures within the EU, people speaking many different languages, with different religions and cultures. The majority may be second or third generations but with still have differing health needs, whilst others may be migrants and some illegal immigrants.

The healthcare providers need to respond equitably to these changes and to ensure that their services are accessible and response to the needs of patients and service users from diverse communities. Furthermore, with the changing demographic profile, the potential workforce will also change, organisations need to ensure that their workforce has the right skills and diversity, in the right numbers, organised in the right way to deliver equitable and quality services.

The seminar will share the experiences of Bradford Teaching Hospitals Foundation Trust (BTH) in addressing the equality agenda. BTH has a long history of responding proactively to the needs and wishes of diverse communities. Many initiatives have been taken to achieve this, from the appointment of interpreters; to the access programme which addresses issues of disability by ensuring that ideally, every ward, and certainly every floor will have an accessible toilet and shower provision. These initiatives have been achieved through partnerships between healthcare professionals and consumers of the service and user groups. BTH is a member of the EU Taskforce Migrant Friendly Hospital project and has been working with colleagues to address the equality agenda within the EU. BTH is widely recognised as a national and international leader in the field of equality and diversity.

Fenomeni migratori e disuguaglianze in salute.

Un approccio ragionato alla letteratura internazionale come chiave per migliorare l'appropriatezza degli interventi italiani.

Martino A, Geraci S, Marceca M.

Introduzione

Una Lettura del contesto

Questo gruppo di lavoro si è occupato per il “Rapporto sulla Salute Globale” dell’Osservatorio Italiano sulla Salute Globale di un capitolo dedicato alle disuguaglianze in salute legate alle migrazioni. Da questa esperienza sono derivate alcune considerazioni metodologiche ed alcune proposte operative riportate di seguito. Nella stesura di questo articolo abbiamo voluto sottolineare alcuni concetti legati ai fenomeni migratori e riportare i dati relativi alla nostra analisi della letteratura in merito alle disuguaglianze in salute e fenomeni migratori. Il nucleo centrale dell’articolo è rappresentato dal dibattito sulla definizione delle categorie da analizzare. Il termine migrante, la definizione di etnia o ancora di razza, con significati non condivisi a livello internazionale. La loro discussione ci offre importanti spunti di riflessione sulle metodologie e sugli strumenti da utilizzare nella definizione dei bisogni di salute della popolazione migrata ed il peso che le disuguaglianze in salute assumono nella popolazione straniera .

La dimensione dei fenomeni migratori

All’inizio del 21° secolo, circa 175 milioni di persone, il 48% donne, vivono al di fuori del loro paese di nascita, il che corrisponde (al 2001) a poco meno del 3% della popolazione mondiale, ovvero a una persona su 35. I migranti sono concentrati più nei paesi poveri (98,7 milioni, pari al 56,3%) che nei paesi ricchi (76,4 milioni, pari al 43,7%). Il più rilevante polo migratorio nel mondo è l’Europa, con oltre 55 milioni di migranti, poco meno della metà presenti nell’Unione Europea dove rappresentano un’incidenza sulla popolazione residente del 5,2%, Circa il 10% dei migranti sono rifugiati, per quasi l’85% dislocati nei paesi poveri. L’Italia, con quasi tre milioni di presenze (2.730.000 a fine 2004 secondo il “Dossier Statistico Immigrazione” della Caritas/Migrantes) è diventata un grande paese di immigrazione, con tutti i segni distintivi di una tendenza all’insediamento stabile .

Perché le persone migrano: migrazioni “Volontarie” e “Forzate” e migrazione “Strutturale” .

L’analisi dei fenomeni migratori oltre alla dimensione ne sottolinea due caratteristiche: la “forzosità” e la “strutturalità”.

Il concetto di forzosità è legato alla capacità degli individui di negoziare o meno la propria migrazione, ed è solitamente legato alle persecuzioni ed alla violenza poli-

tica, ai conflitti armati, o alle catastrofi naturali che causano sfollati, profughi e rifugiati politici. D'altra parte però diventa sempre più difficile non considerare come fattori di espulsione dai paesi di origine l'aumento della povertà (reale e percepita) e delle disuguaglianze (qualitative e quantitative) nell'aspettativa di vita. Per questo a livello internazionale è in atto un serrato dibattito sul riconoscimento della categoria di profughi o rifugiati economici. Per quanto riguarda la strutturalità dei fenomeni migratori questa è evidenziata dai dati macroeconomici. L'ampliamento delle disuguaglianze nella ricchezza tra Nord e Sud del mondo accompagnato dalla crescente necessità di forza lavoro giovane ed a basso costo nel Nord, suggeriscono che il trend migratorio continuerà. I cambiamenti economici demografici e tecnologici nel lavoro a cui assistiamo in molti paesi ricchi richiedono persone in grado di muoversi a livello internazionale nello stesso modo in cui si muovono le merci, liberamente e rapidamente .

Migrazione, salute e disuguaglianze.

Gli intrecci tra salute e migrazione sono multipli e complessi. Schematicamente possono essere analizzate le influenze che la salute ha prima, durante e dopo il processo migratorio. Nei paesi di origine agiscono fenomeni come il Brain Drain, ovvero la migrazione dei “cervelli”, in particolare del personale sanitario, che condizionano in maniera significativa l'erogazione dei servizi sanitari. Allo stesso modo la migrazione di soggetti sani causa un depauperamento delle risorse umane o ancora la malattia può impedire la migrazione in situazioni di conflitto o di persecuzione. La relazione tra migrazione e salute durante il percorso migratorio va dalla tutela della salute fuori dai confini nazionali, alle vittime del traffico di esseri umani, al danno alla salute dovuto alla prigionia nei centri di detenzione per migranti. Infine anche il capitolo sulla salute nei paesi di destinazione è molto ampio, ed alcuni esempi verranno trattati più avanti nel testo⁴.

Un approccio ragionato alla letteratura internazionale

Metodologia

Nell'analisi della letteratura siamo partiti da alcuni rapporti delle agenzie internazionali⁴⁻, che offrono una chiave di lettura di salute e migrazione inclusiva del prima, del durante e del dopo del percorso migratorio, e non unicamente riferita ai servizi sanitari. Per inquadrare il tema delle disuguaglianze siamo partiti dai Rapporti Black ed Acheson di cui abbiamo utilizzato impostazioni e categorie. E' stata inoltre effettuata una valutazione critica dei termini ‘migrant’ (migrante), ‘race’ (razza), ‘ethnicity’ (etnia), sulla base del dibattito in corso circa i loro significati - - . Con queste premesse abbiamo affrontato la ricerca sulle principali banche dati internazionali (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Cochrane Library, Campbell Collaboration). Le disuguaglianze così individuate sono poi state ulteriormente analizzate in relazione ai diritti umani. Alla fine la bibliografia ricavata è apparsa soddi-

sfacientemente equilibrata nella rappresentazione geopolitica e nella rilevanza dei temi.

Risultati

Dalla nostra analisi risulta una convergenza della letteratura internazionale nel confermare l'esistenza di disuguaglianze in salute legate all'esperienza migratoria.

Rilevanza dei temi nella letteratura internazionale

I fenomeni migratori nella loro complessità hanno avuto un impatto diverso nei differenti paesi. In alcune aree geografiche le migrazioni sono vecchie di secoli e la loro analisi è approfondita ed articolata; in altri paesi, tra cui l'Italia, le migrazioni sono un fenomeno relativamente recente e parzialmente approfonditi. E' naturale aspettarsi una mole di letteratura maggiore proveniente da paesi con una storia migratoria più lunga. Inoltre abbiamo constatato una minore capacità della produzione scientifica nei paesi poveri rispetto ai ricchi ed in questi ultimi una preponderanza degli studi Nord Americani. Dalla nostra esperienza, alcuni argomenti sono apparsi amplificati (salute e migrazione nei paesi di destinazione, le problematiche di accesso ai servizi e le differenze linguistico/culturali) rispetto ad altri, (la salute nei paesi di origine, la salute durante la migrazione) senza una apparente giustificazione.

Razza, etnia e immigrati

L'utilizzo di razza/etnia quali variabili epidemiologiche è una pratica che ricorre in moltissime ricerche. L'importanza di indagare eventuali relazioni esistenti tra il gruppo etnico di appartenenza e l'incidenza o la gravità di diverse patologie è dovuta a vari fattori, perlopiù legati alla necessità di conoscere con maggior chiarezza la patogenesi delle malattie in studio o il legame tra fattori socioeconomici e disuguaglianze in salute -13. Tuttavia, rispetto ad età o genere, razza o etnia sono variabili molto meno obiettive e più difficilmente concettualizzabili o misurabili .

Queste difficoltà emergono già dalla scelta dei termini da utilizzare per esprimere l'oggetto di studio, scelte che testimoniano da un lato la diversità delle storie migratorie tra paesi, dall'altro la mancanza, in questo ambito, di protocolli riconosciuti e condivisi a livello internazionale. I termini razza, etnia, minoranza, immigrati vengono spesso usati in maniera non univoca e frequentemente come sinonimi, sebbene il loro significato sia alquanto differente, sia da un punto di vista semantico che scientifico. La mancanza di condivisione del significato delle variabili e dei termini utilizzati in uno studio condiziona profondamente sia la valutazione che la raffrontabilità dei risultati a livello internazionale e, in alcuni casi, nazionale.

Uno studio del 2004 pubblicato su *American Journal of Epidemiology* ha evidenziato come tra il 1996 e il 1999 siano stati pubblicati su due riviste statunitensi di epidemiologia 919 revisioni della letteratura in cui venivano utilizzate per esprimere concetti di razza o etnia 27 variabili differenti. Il 33,3% di queste combinava i due concetti in un unico termine.

Ogni termine inoltre possedeva differenti categorie, a loro volta espresse in maniera differente e in alcuni casi contraddittoria.

A questa variabilità linguistica (già ostacolo alla valutazione della letteratura) si associa il fatto che raramente gli autori chiariscono le modalità di classificazione e il perché delle loro scelte¹⁴ .

In particolare risulta decisamente critico e dibattuto l'utilizzo del termine “razza”. E’ stato ampiamente dimostrato che la classificazione delle popolazioni in razze è un concetto biologicamente errato . Tuttavia, la distinzione della popolazione generale secondo criteri razziali è ancora ampiamente diffusa e basata su parametri che differiscono da nazione a nazione, come detto, condizionati da fattori storico-politici e non scientifici¹³⁻¹⁵⁻¹⁸ . L'indeterminazione del concetto di razza utilizzato dai ricercatori emerge anche dal fatto che essa venga usata in ricerche diverse come indicatore di fattori socioeconomici o socioculturali¹⁵.

Al concetto di razza viene, inoltre, spesso abbinato, quasi fosse un sinonimo, il concetto di etnia¹⁵.

Al contrario i due termini hanno significati profondamente differenti. Il concetto di etnia si riferisce a un gruppo di persone che hanno tratti culturali comuni che le distinguono da altre; essendo quindi legato al concetto di cultura, anch'esso è “esterno, acquisito e trasmissibile” .

Questo implica che l'appartenenza e la identificazione con un gruppo etnico non è un fenomeno statico bensì dinamico e modificabile attraverso il contatto con altre culture. Pertanto, durante il percorso migratorio si ha una “contaminazione” culturale che può sfumare nel tempo e con le diverse generazioni le differenze etniche tra persone di origini diverse ma residenti nello stesso paese.

A questo e alla presenza di individui con origini multietniche, difficilmente inquadrabili con i parametri normalmente utilizzati per le classificazioni etnico/razziali, sono dovuti i casi di non corrispondenza tra l'etnia di appartenenza attribuita dal ricercatore ad un soggetto e l'etnia di appartenenza percepita dallo stesso¹⁸.

Disuguaglianze in salute, stato socioeconomico e paese d'origine

Nella più recente letteratura internazionale è consolidato il peso che lo Status Socio Economico (SES) ha nella determinazione delle disuguaglianze nello stato di salute delle popolazione. Revisioni della letteratura al riguardo raccomandano una valutazione del SES che non indaghi solo lo stato attuale, ma anche quello passato, essendo dimostrato sia l'effetto a lungo termine, sia l'effetto cumulativo di condizioni di deprivazione assoluta o relativa¹². Il SES ha inoltre un valore elevato nel controllare studi che misurano le disuguaglianze basate su altri fattori come per esempio l'etnia. Molte delle disuguaglianze riportate su base etnico/culturale spariscono aggiustando i dati per SES , ma d'altra parte in questo modo vengono evidenziati in maniera più precisa gli ambiti in cui risulta prevalente l'effetto della cultura/etnia. Questo ci permette di esaminare più approfonditamente le correlazioni tra cultura/etnia, determinanti di salute e modalità di accesso ai servizi sanitari. Uno dei rischi sicuramente correlati all'appartenenza ad una minoranza etnica è

l'esposizione a fenomeni discriminatori o apertamente razzisti, individuali o istituzionali cioè legati a scelte politiche inique che favoriscono l'esclusione sociale - - . A questa forma di violenza inscritta nell'organizzazione sociale, detta "violenza strutturale"²¹⁻²², ed alle forme di aperto razzismo, possono essere attribuite le ragioni della tendenza di persone di origini straniere ad appartenere mediamente ai livelli di SES ed indicatori di salute più bassi della media della popolazione.

Conclusioni

In Italia il panorama delle ricerche in questo ambito è ancora relativamente giovane e metodologicamente non definito. Tematiche relative all'etnia sono state trattate storicamente in relazione alle minoranze linguistiche con una impostazione insufficiente ad affrontare la complessità dello stato attuale.

Per questo è importante:

1. una adeguata definizione delle categorie in studio;
2. non limitare lo studio alla salute degli "immigrati" degli "stranieri" o degli "extracomunitari" in una realtà variegata, popolata da "nuovi migranti", "stranieri residenti" da decenni e "nuovi nati", riconoscendo che i bisogni legati al percorso migratorio sono continuamente mutevoli;
3. una adeguata raccolta dei dati oggetto di studio, per non incorrere negli errori già sperimentati in contesti di più antica migrazione (utilizzo di banche dati create per altri scopi, in cui le categorie etnico/razziali risultano rigide e non corrispondenti alla realtà territoriale descrivibile o percepita);
4. un adeguato uso del SES come variabile di controllo nella definizione delle disuguaglianze su base etnico-culturale, attraverso una metodologia chiara capace di definire esplicitamente quali siano i determinanti di salute e le cause delle disuguaglianze. Inoltre deve essere tenuto in considerazione che la relazione esistente tra variabili socioeconomiche e loro influenza non è equivalente per le diverse etnie e che la quantificazione delle disuguaglianze dovrebbe essere considerata non solo nel confronto tra etnie diverse ma anche all'interno della stessa etnia.

Alla luce di quanto detto vogliamo avanzare alcune proposte operative: sarebbe utile intraprendere una revisione sistematica della letteratura internazionale su questo tema, accompagnata da una ragionata comparazione dei dati rispetto alla realtà italiana;

le conclusioni di questo lavoro potrebbero essere condensate in una agile raccolta della letteratura più rilevante, rivolta agli operatori e ai decisori tecnico-politici delle istituzioni italiane;

allo stesso modo sarebbe opportuno affrontare in maniera sistematica ed allargata (esiste già un Osservatorio multiregionale coordinato dall'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio) il tema degli strumenti per la ricerca sanitaria in ambito multiculturale, con l'obiettivo di definire le metodologie di base ed una guida a come utilizzarle. A questo proposito sottolineiamo l'importanza della valutazione dello Status Socio Economico 9-19 come strumento fondamentale per la discriminazione dei

vari fattori determinanti lo stato di salute della popolazione in un contesto multietnico. La definizione di uno standard minimo per la ricerca potrebbe essere utile agli operatori ed alle amministrazioni che si trovano ad affrontare il difficile tema della rilevazione dei bisogni di salute della popolazione immigrata, in assenza di tecnici con una formazione specifica.

Lo studio dei meccanismi attraverso i quali “la gerarchia sociale si traduce in malattia”²¹ e l’inserimento di questo aspetto in un più ampio contesto socioculturale è compito di scienze umane e sociali, con le quali è necessario collaborare per una comprensione più ampia dei fenomeni e per una ricerca delle soluzioni più appropriate.

Siamo convinti che l’adozione di questi strumenti possa rilevarsi determinante nell’orientare e nel migliorare l’appropriatezza degli interventi sanitari nel nostro paese, con benefici per tutte le categorie di utenti oltre che per la popolazione straniera.

Macinko e Barbara Starfield in un articolo su *International Journal of Equity in Health* concludono che ci sono tre tipi principali di approccio alle disuguaglianze in salute: 1) aumentare o migliorare i servizi per chi ha i bisogni maggiori; 2) ristrutturare i finanziamenti alla sanità per aiutare i più svantaggiati; 3) alterare le strutture sociali ed economiche per influenzare i determinanti più fondamentali delle disuguaglianze in salute. Gli autori hanno constatato che pochi articoli nella letteratura utilizzano il terzo approccio. “E’ il momento di smettere di fischiettare e di cominciare a pensare” perché “La marea delle disuguaglianze sta aumentando (sia tra le nazioni che dentro le nazioni) e questo ha conseguenze significative sulla salute per tutti i segmenti della popolazione” .

Osservatorio Italiano sulla salute globale www.saluteglobale.it

Krieger N, William DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies and guidelines. *Ann Rev Public Health* 1997; 18 (12): 341-378

Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati ONU, OECD, Council of Europe e altri

WHO. International Migration, Health & Human Rights. 2003. Disponibile al sito: <http://www.who.int>

IOM. Health and Migration: Bridging the Gap. International dialogue on migration, n°6. 2004. Disponibile al sito: <http://www.iom.int>

Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P. Inequalities in health. Department of Health and Social Services. 1980. Disponibile al sito: <http://www.sochealth.co.uk/history/black.htm>

Acheson D. Independent inquiry into inequality in health. The Stationery Office. 1998. Disponibile al sito: <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/contents.htm>

Fassin D. The biopolitics of otherness. Undocumented foreigners and racial discrimination in French public debate. *Anthropology today* 2001; 17 (1): 3-7

Smaje C, Grand JL. Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS. *Soc. Sci. Med.* 1997; 45 (3): 485-496

Sundquist J. Ethnicity, social class and health. A population-based study on the influence of social factors on self-reported illness in 223 Latin-american refugees, 333 Finnish and 12 South European labour migrants and 841 Swedish controls. *Soc. Sci. Med.* 1995; 40: 777-787

Williams DR, Collins C. US socioeconomic and racial differences in health: pattern and explanations. *Ann Rev Sociology* 1995; 21: 349-386

Nazroo, J.Y. Williams, D.R. The social determination of ethnic/racial inequalities in health. In: Marmott, M. Wilkinson, G. editors. *Social determinant of health*. New York: Oxford University press; 2006. 238-266.

Lin, S.S. Kelsey, J.L. Use of Race and Ethnicity in Epidemiologic Research: Concepts, Methodological Issues, and Suggestions for Research. *Epidemiologic Reviews*. 2000; 22(2): 187-202

Comstock, R.D. Castillo, E.M. Lindsay , S.P. Four-Year Review of the Use of Race and Ethnicity in Epidemiologic and Public Health Research . Am J Epidemiol 2004; 159: 611–619

Williams, DR. The Concept of Race in Health Services Research: 1966 to 1990. HSR. 1994; 29 (3): 261-274

Wolf, S. Are we making a progress in the debate over racial and ethnic categories in biomedical research? Nature genetics. 2005; 37 (8): 789-790.

Krieger, N. Stormy Weather: Race, Gene Expression, and the Science of Health Disparities. American Journal of Public Health 2005; 95 (12): 2155-2160

Smedley , A. Smedley, BD Race as Biology Is Fiction, Racism as a Social Problem Is Real. Anthropological and Historical Perspectives on the Social Construction of Race . American Psychologist. 2005 ;60 (1): 16–26.

Braveman P, Cubbin C, Egerter S, Chideya S, et al. Socioeconomic status in health research: one size does not fill all. JAMA. 2005; 294 (22): 2879-2888

Shaw, M. Dorling, D. Smith, GD. Poverty, social exclusion, and minorities. In: . Marmott, M. Wilkinson, G editors Social determinant of health. New York: Oxford University press; 2006. 196-223.

Vinh-Kim Nguyen, VK. Peschard, K. Anthropology, inequality and disease: a Review. Annu. Rev. Anthropol. 2003; 32:447–74

Nazroo, J.Y. The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism. American Journal of Public Health. 2003; 93 (2): 278-284

Sen, A. Forward. In: Farmer, P. editor. Pathologies of power. Health, human right, and the new war on the poor. University of California press; 2005. xi-xvii

Heggenhougen, H.K. The epidemiology of inequity: will research make a difference? Norsk Epidemiology. 2005;15 (2): 127-132

Una prima analisi del campo di ricerca per il progetto “Giving New Subjects a Voice. Cultural Diversity in the Health-Care System”

Giulia Bigot - MLaura Russo

Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università di Trento
Jean Monnet European Centre , via Prati 2, 38100 Trento
e-mail: migrantshealth@soc.unitn.it
www.soc.unitn.it/migrants&health

Il Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università di Trento partecipa al progetto *Giving New Subjects a Voice. Cultural Diversity in the Health-Care System*, finanziato dalla Fondazione Volkswagen. Il progetto, che ha una durata triennale, mira a comparare i contesti relativi alla cura della salute degli immigrati in Italia, Germania e Canada. In particolare in Italia si è deciso di analizzare le città di Trento e Napoli. La ricerca si snoda lungo due principali aree tematiche. La prima, di carattere prevalentemente antropologico, prevede l'analisi dei problemi riscontrati e delle soluzioni praticate per la cura della salute degli immigrati in due ambiti medici: la maternità e la salute mentale. Questa prima area tematica intende comprendere, nel campo della salute materna e mentale, quali sono gli ostacoli nell'accesso ai servizi e quali sono le problematiche su cui è più acceso il dibattito che vede opporsi opinioni pluraliste e multiculturaliste.

La seconda area tematica del progetto, che presenteremo brevemente qui di seguito, intende comprendere come è strutturata la *policy* per la promozione della salute degli immigrati in Italia, quali sono gli attori (enti pubblici, associazioni, gruppi di *advocacy*) che partecipano alla presa delle decisioni, quali sono le forme di organizzazione, i criteri di aggregazione e di accesso al sistema di *policy-making* dei soggetti coinvolti, e quanto gli immigrati sono in grado di esercitare i loro diritti di cittadinanza e di rappresentanza politica nella formazione delle politiche per la salute. Questa parte del progetto si pone nella prospettiva di dare un contributo alla comprensione di quali forme di interazione sociale possano abilitare ad esercitare una cittadinanza attiva ed a creare nuovi attori collettivi, che possano ridefinire modalità di *governance* in una società complessa, caratterizzata da nuove forme di disuguaglianza.

La gestione delle politiche di integrazione a Trento

Nonostante in Trentino si riscontri, nell'insieme, un livello di integrazione abbastanza soddisfacente, il processo di integrazione degli immigrati presenta difficoltà in diversi ambiti: nell'accesso alla casa e ai servizi, nell'inserimento nel mondo del lavoro, nelle possibilità di partecipazione alla vita politica. Si assiste anche allo sviluppo di una crescente sacca di emarginazione sociale, difficile da monito-

rare. La mancanza di una legge recente sull'immigrazione risulta un freno alla possibilità di intervento (la prima legge sull'immigrazione risale al 1990, a cui è seguito un disegno di legge nel 2001, mai approvato), nonostante ciò si è però creata dalla fine degli anni '90 una rete complessa di interventi che prevede la partecipazione attiva dell'ente pubblico nell'elaborazione di *policies* innovative, coordinate con le varie componenti della società civile.

Dalla metà degli anni '90 vari enti, come ATAS (Associazione Trentina Accoglienza Stranieri) e i sindacati, oltre ad essere impegnati nell'offerta di servizi, hanno anche avviato un'attività di pressione sulle istituzioni per una maggiore strutturazione delle politiche di integrazione. Dopo un primo tentativo, nel 1999, tra Provincia, Comune e Questura di istituire uno sportello unico informativo, è seguito un accordo tra ATAS e l'Assessorato alle Politiche Sociali per l'organizzazione del Centro Informativo per l'immigrazione (CINFORMI). Inaugurato nel 2002, il CINFORMI coordina la rete di istituzioni e associazioni coinvolte nelle politiche di integrazione locali e funge da centro organizzativo delle attività e dei progetti sul territorio⁷¹.

La creazione del CINFORMI manifesta come l'attività dell'ente pubblico non si riduca all'erogazione di contributi per le attività ma piuttosto rivela una scelta interventista e promozionale. Questa logica di azione si può collegare, almeno in parte, al cambio della Giunta Provinciale che dal 1999 è retta da una coalizione di partiti di centro-sinistra, e di fatto è resa possibile dagli ampi spazi di autonomia economica della Provincia Autonoma di Trento e dalla disponibilità di una spesa pubblica consistente per il finanziamento dei progetti per l'integrazione. Di contro, l'associazionismo che soffre, generalmente, di una forte dipendenza dai finanziamenti provinciali si trova da alcuni anni a dipendere fortemente da un soggetto istituzionale anche in merito alla fase di implementazione dei programmi.

Il processo di costruzione delle politiche per la salute⁷²

⁷¹ Per approfondimenti, si rimanda alla tesi di laurea di D. Azzolini *Le politiche locali di integrazione degli Immigrati. Il caso della Provincia di Trento*, Università degli studi di Padova, Facoltà di Scienze Politiche (2004) <http://www.cestim.org>

⁷² L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari e il Servizio Programmazione e Ricerca Sanitaria della Provincia autonoma di Trento, presentati dal CINFORMI (Ambrosini, Bocca-gni 2005), forniscono il dato degli iscritti extracomunitari al Sistema sanitario locale nel 2005: 24.874, un numero maggiore di quello degli stranieri extracomunitari residenti che tendenzialmente rispecchia la composizione numerica dei vari gruppi nazionali. La fruizione straniera dei servizi sanitari è caratterizzata da un numero di ricoveri mediamente più alto del dato nazionale imputabile a una maggiore necessità di cure degli immigrati in Trentino, oppure, a una migliore organizzazione del sistema sanitario locale oltre che all'alto numero di ricoveri per parto. I gruppi diagnostici più frequenti sono legati alla gravidanza, la maternità e la natalità, gli incidenti e infortuni, le interruzioni volontarie di gravidanza. Dal punto di vista della ripartizione per nazionalità il dato dei ricoveri vede ai primi posti Marocco e Albania, e una crescente incidenza di ricoveri soprattutto femminile nei casi di

Nel corso degli anni si sono riscontrate diverse difficoltà nel gestire l'integrazione sanitaria dei nuovi utenti stranieri⁷³, ma un circolo virtuoso di contatti e collaborazioni tra la Provincia di Trento, l'Azienda Sanitaria e il Terzo Settore ha contribuito ad affrontare la situazione, rispondendo alle necessità sollevate dalle associazioni di volontariato, dalle comunità religiose, dagli operatori sociali che operano a favore della salute degli immigrati, dei nomadi e delle persone senza fissa dimora.

Il principale ente istituzionale con competenze nel campo della salute dell'immigrazione è l'Assessorato Provinciale per le Politiche Sanitarie che, dal 2001, è stato scorporato dall'allora Assessorato per le Politiche Sociali e Sanitarie, mentre la competenza generale e di coordinamento delle politiche di integrazione rimane affidata all'Assessorato per le Politiche Sociali. In particolare, la collaborazione con il Terzo Settore si è sviluppata dal 2003, anno di cambio della giunta provinciale, da quando il nuovo Assessore Provinciale per le Politiche Sanitarie si è dimostrato particolarmente sensibile a questa tematica⁷⁴.

A sua volta, l'Azienda Sanitaria, pur non avendo al suo interno un ufficio dedicato al tema dell'immigrazione, ha avviato da qualche tempo un gruppo di lavoro aziendale chiamato "immigrazione e salute" a cui partecipano responsabili dell'URP e alcune Unità Operative degli Ospedali del Comprensorio, i cui compiti e le cui funzioni sono attualmente in sviluppo.

In collaborazione con l'Assessorato per le Politiche Sanitarie, l'Azienda ha anche impostato alcune attività specifiche per l'utenza immigrata. La diversificazione dell'offerta di servizi e il loro riadattamento, in relazione alla crescita del numero di utenti immigrati e dell'emersione di nuove esigenze, si è avviata soprattutto nei consultori, in particolare nei campi dell'ostetricia, della ginecologia e dell'interruzione volontaria di gravidanza, mentre risultano ancora sottodimensio-

Romania, Moldavia e Polonia, con l'eccezione del caso delle persone di nazionalità ucraina (con un dato sottodimensionato). Sembra che anche in trentino si affermi un modello di "utilizzo dei servizi sanitari per genere".

⁷³ Dalla necessità di garantire accesso ai servizi, in particolare di alcune etnie e degli immigrati irregolari, alla necessità di diffondere informazioni e procedure certe per garantire il rispetto delle regole tra gli operatori sanitari, dai problemi di comunicazione dovute all'alto numero di nazionalità presenti, e di comprensione in relazione al diverso significato dei concetti di salute, malattia e cura, all'urgenza di organizzare interventi specifici per tipologie di utenza disagiata e marginale.

⁷⁴ L'Ufficio per la qualità dei servizi e delle strutture dell'Assessorato per le Politiche Sanitarie è attualmente il punto di raccordo delle decisioni, e cura la regolamentazione delle attività del servizio e dell'accesso alle prestazioni sanitarie; collabora con l'Azienda provinciale per i Servizi sanitari per la soluzione di problematiche inerenti l'organizzazione dei servizi e delle prestazioni; cura i rapporti con l'utenza anche attraverso la promozione e la definizione, in collaborazione con gli altri attori, di proposte organizzative per migliorare l'erogazione dei servizi e le prestazioni sanitarie.

nati gli interventi in merito alle misure preventive, come lo screening e gli interventi sul disagio familiare. Solo occasionalmente, comunque, l'Azienda Sanitaria si è trovata nella condizione di vagliare richieste particolari, su base etnica o di una minoranza, come nel caso di aperture prolungate di sportelli per le donne che lavorano in famiglia. L'esempio più importante di richiesta avanzata dagli immigrati è quello della Comunità Islamica che, tramite un contatto diretto tra il suo portavoce e l'Azienda Sanitaria Provinciale, ha avanzato la richiesta di medici ginecologhe donne in orari prestabiliti, per facilitare l'utilizzo dell'utenza femminile di fede musulmana.

Per quanto riguarda in particolare la mediazione, l'Azienda Sanitaria ha stretto una convenzione sperimentale con due associazioni di immigrati⁷⁵ per l'attivazione di un servizio di mediazione interculturale plurilingue. Il servizio è attivo da settembre 2004 ed è attualmente in fase di rinnovo.

Un altro soggetto attivo nella costruzione delle politiche per la salute degli immigrati è il GR.I.S. (Gruppo Immigrazione e Salute), riconosciuto dalla SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni) come Unità Operativa Territoriale per la provincia di Trento, un gruppo di lavoro nato nel 1999 con l'obiettivo di facilitare l'interazione tra vari enti, servizi e volontari coinvolti in questo settore di *policy*, promuovere studi e ricerche, condividere le conoscenze e l'esperienza maturata sul campo. Nel corso degli anni il GR.I.S., oltre ad alcuni volontari tra cui medici, operatori e attori del terzo settore, ha visto la partecipazione più o meno costante di rappresentanti degli enti pubblici, del terzo settore e delle associazioni di immigrati. La partecipazione delle tante associazioni di stranieri attive sul territorio (più di 20) è ritenuta però dagli stessi appartenenti al GR.I.S. ancora insoddisfacente, compensata in parte dall'attiva presenza della Comunità Islamica e delle associazioni dei mediatori culturali e linguistici di Trento.

Una delle principali attività svolte in questi anni dal GR.I.S. è stata la sollecitazione del bisogno di corsi di formazione per gli operatori sociali e sanitari, e la loro fattiva organizzazione anche in collaborazione con alcune mediatrici che hanno partecipato in qualità di esperte. In questo settore si sconta però una generale difficoltà a creare percorsi comuni agli operatori del settore sociale e a quelli del settore sanitario.

Le attività di coordinamento tra il GR.I.S. e le istituzioni hanno raggiunto un primo risultato di valore nella primavera del 2004. Il GR.I.S., riscontando sul territorio le difficoltà dei cittadini stranieri extracomunitari irregolarmente nell'accesso ai ser-

⁷⁵ AMIC, Associazione Mediatori Interculturali per la Promozione Sociale, nella zona di Trento e Città Aperta nella zona di Rovereto. Il servizio comprende la possibilità di chiamata da parte di tutte le strutture aziendali tramite intervento diurno programmato, intervento urgente diurno, intervento urgente notturno e possibilità di telefonate a tre. E' stato previsto che il personale sanitario e il mediatore compilino una scheda di rilevazione dati e valutazione dell'intervento, allo scopo di contabilizzare e monitorare il servizio di mediazione culturale.

vizi e una generale fatica nell'implementazione della normativa nazionale, ha sollecitato un intervento da parte delle istituzioni. L'Assessorato per le Politiche per la Salute ha prontamente risposto con una circolare in cui, constatato l'elevato numero di accessi "impropri" di cittadini stranieri al Pronto Soccorso, è stata impostata una nuova modalità operativa per l'accesso dei cittadini stranieri in possesso di STP alle prestazioni sanitarie di base. Accanto al libero accesso al Pronto soccorso per la fruizione di prestazioni urgenti ed essenziali ancorché continue, è stata stabilita per gli immigrati irregolari la possibilità di libero accesso ai medici di medicina generale ed ai medici pediatri, per la prescrizione di farmaci e per visite specialistiche, a parità di condizioni con il cittadino italiano⁷⁶.

Successivamente, nell'autunno del 2004 su proposta del GR.I.S si è svolta la prima *Consensus Conference*, una giornata di scambio tra attori istituzionali e operatori. L'evento ha portato alla stesura, nei 12 mesi successivi, di un *Documento di Intesa sulla salute degli immigrati e persone in situazione di emarginazione sociale in Trentino*, sottoscritto il 6 ottobre 2005, firmato congiuntamente dall'Assessorato Provinciale alle Politiche per la Salute, dall'Assessorato Provinciale alle Politiche Sociali, dall'Assessorato alle Politiche Sociali del Comune e dal Gr.I.S.⁷⁷. In tale documento si è stabilita la fondazione, per il periodo dell'attuale legislatura, di un tavolo di lavoro permanente costituito presso l'Assessorato alle Politiche per la Salute. Con riferimento a quanto previsto dal Documento d'Intesa, nel 2006 per la prima volta è stato inserito tra gli obiettivi annuali assegnati dalla Provincia all'Azienda Sanitaria uno specifico capitolo dedicato alla salute degli immigrati e delle persone in situazione di emarginazione. In esso si stabilisce come priorità la creazione di un accesso e una fruizione dei servizi e delle prestazioni che eviti impedimenti e difficoltà burocratiche e che tenga conto delle reali necessità dell'utenza immigrata. Nel documento della Provincia si riconosce che le difficoltà di accesso e di comprensione linguistica e terminologica espongono gli utenti immigrati a un maggior rischio di errata o mancata fruizione dei servizi sanitari. L'Azienda è stata perciò invitata a predisporre un *programma triennale* di iniziative finalizzate a migliorare l'accessibilità della popolazione immigrata e a favorire un'efficace interazione tra operatore sanitario e paziente immigrato.

Le politiche d'integrazione e l'accesso ai servizi sanitari nella città di Napoli

⁷⁶ Ai medici di medicina generale ed ai medici pediatri di libera scelta sono riconosciuti dall'Azienda Provinciale i compensi per le visite occasionali, come previsto dagli accordi collettivi nazionali (D.P.R. n. 270/2000 e 272/2000) e provinciali per le prestazioni di particolare impegno professionale.

⁷⁷ In particolare sono state individuate cinque aree tematiche principali su cui confrontarsi: a) cure agli immigrati irregolari e persone in situazione di emarginazione sociale; b) formazione e informazione degli operatori sociali e sanitari; c) informazione e programmi di medicina preventiva per immigrati; d) mediazione linguistico-culturale nei servizi socio-sanitari; e) studio della salute degli immigrati.

Per un lungo periodo Napoli è stata considerata prevalentemente come una città di passaggio, attraversata dai flussi migratori diretti altrove: si arrivava a Napoli, città dove era facile trovare una sia pur precaria e provvisoria sistemazione, per poi spostarsi in altre aree con un mercato del lavoro più dinamico e con maggiori opportunità occupazionali, sia al seguito dell'andamento delle varie campagne di raccolta in agricoltura, sia in altri settori. Il primo intervento legislativo della Regione Campania rispecchia questo contesto: la legge n. 10 del 1 marzo 1984 - *Interventi Regionali nel Settore della Emigrazione e dell'immigrazione* - si rivolge, infatti, principalmente agli emigrati di ritorno in Campania, senza porre molta attenzione al flusso contrario.

Verso la fine degli anni ottanta c'è un cambiamento di tendenza e l'immigrazione a Napoli inizia ad assumere le caratteristiche della stanzialità. Le problematiche relative all'integrazione e i bisogni espressi dai migranti vengono essenzialmente assorbite e ammortizzate dall'operato della Chiesa cattolica e dalle associazioni di volontariato cattolico che assicurano ascolto e assistenza materiale - mense, ambulatori, centri di accoglienza notturna - e protezione e tutela dei diritti attraverso la Apicolf.

In questi anni le questioni legate all'integrazione dei cittadini stranieri sono, infatti, poco presenti nell'agenda politica delle istituzioni locali. Di fatto la combinazione tra gli elementi propri del contesto (debolezza del servizio pubblico, delega all'associazionismo) e le caratteristiche della popolazione immigrata (composta per lo più da donne con bassa problematicità) contribuisce a creare una situazione di non emergenza e, in questo modo, a rendere la *issue* immigrazione poco rilevante per le amministrazioni locali. Nel 1995, con la vittoria del centro-sinistra alle elezioni comunali e la scelta degli assessori della Giunta, avviene una svolta nei settori di *policies* che coinvolgono l'immigrazione, svolta sintetizzata dall'apparizione dell'idea di un piano regolatore del sociale, sistematizzato poi all'interno della cornice della legge 328 del 2000. Attraverso lo strumento dei piani di zona si pensa di creare un sistema di servizi sociali basato sul coordinamento e sull'integrazione tra attori istituzionali e società civile; in questo contesto sorge un tavolo di lavoro informale sulle problematiche dell'immigrazione⁷⁸, dove il Comune si ritaglia un ruolo di indirizzo concertativo e di reperimento-erogazione fondi affidando completamente la fase operativa al terzo settore⁷⁹.

A livello regionale, l'impalcatura istituzionale raccoglie tutte le opportunità normative per dare spazio alla partecipazione politica dei migranti costituendo la

⁷⁸ Partecipano al tavolo: Prefettura, Questura, Regione Campania, Camera di Commercio, Provveditorato agli Studi, Asl Na1, Ufficio Regionale del Lavoro, Sindacati, Associazioni di volontariato cattoliche e laiche e numerose comunità straniere

⁷⁹ Tra i progetti sono da ricordare il progetto *Casba* che nel 2000 ha istituito il primo corso di mediazione culturale, e il progetto *La gatta* con un unità mobile e un numero verde contro lo sfruttamento della popolazione.

Consulta Regionale dell'immigrazione extracomunitaria e assegnando il compito di seguire le politiche a favore dei cittadini stranieri e il loro inserimento sociale e lavorativo al *Servizio Gruppi Etnici*, incardinato nel Settore Osservatorio Regionale del mercato del Lavoro, dando espressione a una concezione del lavoro quale strumento primario di inclusione sociale.

Inoltre, nello specifico del settore sanitario, all'inizio del 2001 con la circolare regionale n. 3857, che coagula un gruppo di lavoro interdisciplinare, la regione Campania avanza una proposta particolarmente innovativa, ossia l'utilizzo dei medici di Medicina Generale in strutture territoriali dedicate per l'assistenza di base agli immigrati temporaneamente presenti. A questo segue il piano sanitario 2002-2004 che critica l'impostazione nazionale del problema posto in termini di inclusione o esclusione degli immigrati dal sistema delle prestazioni riconoscibili, senza porsi il problema di valutarne il grado di adeguatezza rispetto ai bisogni reali e individuando sei filoni di attività di fondamentale importanza nella cura della salute degli immigrati⁸⁰.

Malgrado tutti questi elementi sottolineino l'attenzione e la sensibilità dei *policy-makers* verso le problematiche dell'immigrazione, l'ente regionale non si è mosso nell'ottica di una logica promozionale delle attività sul territorio, ritagliandosi piuttosto il ruolo di erogatore di contributi finanziari di progetti proposti, attuati e coordinati da un certo tipo di associazionismo.

A Napoli, in un contesto dove l'accesso ai servizi sanitari risulta problematico anche per la popolazione autoctona, per i cittadini stranieri si aggiungono una serie di fattori di problematicità che possono concorrere a delineare una condizione cumulativa di svantaggio sociale e rendere questa fascia di utenza più esposta di altre al rischio di discriminazione e disuguaglianza.

È da questa convinzione che muove l'operato dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 che, sulla scia della legge 328 del 2000, ha istituito il Dipartimento Socio-Sanitario, all'interno del quale trova spazio il Servizio Attività Sociosanitarie Cittadini Immigrati e Senza Fissa Dimora.

Questo servizio, che tra l'altro siede nel Consiglio Territoriale per l'immigrazione della città, può essere considerato, in questo scenario, un imprenditore di *policy* particolarmente sensibile e capace, che individua i propri ambiti di intervento con:

- a) Promozione della parità di accesso alle prestazioni sanitarie.
- b) Procedure e assetti organizzativi per l'ottimizzazione dei percorsi istituzionali di offerta delle prestazioni sanitarie agli Stranieri Temporaneamente Presenti.
- c) Gestione informatizzata dei dati socio-demografici dell'utenza immigrata e monitoraggio dei flussi

⁸⁰ Piano Sanitario Regionale 2002-2004; Approvato dall'Assemblea nella seduta consiliare del 20 giugno 2002; pag. 76

I dati riportati nella tab. 1 dimostrano una buona capacità del servizio di intercettare i bisogni sanitari della popolazione immigrata ⁸¹

	iscritti ssn	iscritti stp	totale	% STP/totale	stranieri residenti	% iscritti ssn/residenti
Asl na 1	15409	2723	18132	15%	17695	80,8%

Fonte: IV report Sasci, 2005

Trento e Napoli: un diverso modo di affrontare il problema della salute degli immigrati

Sulla base dell'analisi del processo che si è svolto fino ad ora, è possibile affermare che a Trento, a livello decisionale, l'Assessorato alle Politiche Sanitarie stabilisce la cornice dell'azione pubblica e i valori e principi su cui si fonda l'azione, a cui l'Azienda Sanitaria è chiamata a rispondere fattivamente. È però anche vero che gli attori istituzionali sono coinvolti in un processo decisionale di tipo *bottom-up*, che prevede una contrattazione con attori non istituzionali (in primo luogo il GR.I.S.) che svolgono un'importante attività propositiva, segnalando necessità e problemi alle istituzioni e richiedendo l'implementazione di servizi e attività specifiche, oltre che l'istituzione di tavoli di confronto. La fase di implementazione, infine, è ampiamente attuata dalle associazioni, impegnate sia nelle attività di mediazione sia in quelle di formazione e diffusione delle informazioni. In particolare, alcune associazioni di immigrati vengono singolarmente consultate per la realizzazione di progetti e collaborano con le istituzioni attraverso convenzioni (con il CINFORMI e con l'Azienda Sanitaria). Il problema della partecipazione degli immigrati è, tuttavia, di primaria importanza poiché in Provincia di Trento i tentativi di fondare una *Consulta per l'immigrazione* e un *Consiglio Territoriale per l'Immigrazione* sono per ora falliti e non esiste ancora nessun sistema di rappresentanza delle associazioni degli immigrati né un luogo di consultazione per la definizione delle politiche sull'integrazione.

Per quanto riguarda Napoli, possiamo rilevare tra i *policy-maker* una sostanziale identità di vedute, una buona capacità di attivazione e di percezione delle opportunità, ma una relativa incapacità di coordinamento e cooperazione sia interna che esterna. Si ripropone, infatti il modello che vede una fragilità del *policy network* -

⁸¹ Il numero degli immigrati residenti e iscritti al SSN non è propriamente confrontabile, in primo luogo per lo scarto temporale delle due rilevazioni, in secondo luogo perché è possibile che il cittadino straniero resti iscritto all'anagrafe assistiti fino alla scadenza del permesso di soggiorno seppure non più residente; ciononostante questo può essere considerato un indicatore della diffusione dell'informazione del diritto/dovere di iscriversi al SSN e dell'esercitazione di tale diritto.

costituito attorno alle politiche di integrazione per gli immigrati - che non riesce a tessere una rete abbastanza robusta per poter risolvere le sfide di una realtà socio-sanitaria così complessa. Il rapporto con l'associazionismo e con coloro che vivono quotidianamente l'esperienza del contatto con l'utenza immigrata è, per quanto formalmente istituito, quasi sempre esterno ai momenti decisionali che sono riservati a pochi attori istituzionali in una logica *top-down*.

Riferimenti bibliografici

SASCI (Servizio Attività SocioSanitarie Cittadini Immigrati), *IV Rapporto*, 2005, ASL Napoli 1, Dipartimento Socio-Sanitario
CNEL, Dossier Statistico Immigrazione, *Quarto Rapporto sugli indici di integrazione*, 2006
Ambrosini M., Boccagni P., *L'immigrazione in Trentino. Rapporto annuale 2005*, CINFORMI

Andamento dei casi di AIDS diagnosticati in Italia tra gli stranieri (1992-2003)

L. Cacciani¹, A. Rosano², S. Boros³, A. Colucci³, L. Camoni, B. Suligo³, G. Rezza³, G. Baglio¹

¹ Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Roma

² Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma

³ Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

La popolazione straniera nel nostro Paese è in rapida trasformazione, sia nelle sue caratteristiche socio-demografiche che sul piano quantitativo: il numero dei permessi di soggiorno è passato da circa 600.000 all'inizio degli anni '90 a quasi 2.600.000 dopo l'ultima regolarizzazione prevista dalla legge Bossi-Fini (1). Per tale ragione è importante valutare in maniera continuativa la salute degli immigrati, allo scopo di pianificare servizi di assistenza sanitaria sempre più adeguati alle loro esigenze.

Tra i problemi di salute di questa popolazione, l'AIDS viene spesso indicato come particolarmente critico (2, 3).

In tutti Paesi dell'Unione Europea si è verificata una netta diminuzione del numero di casi di AIDS, parzialmente riconducibile all'introduzione della terapia antiretrovirale altamente efficace - la cosiddetta HAART - disponibile in Italia a partire dal 1996 (4). Tale diminuzione è stata tuttavia meno evidente tra gli immigrati. Questo dato può essere in parte spiegato dall'aumento dell'immigrazione da zone ad alta endemia di HIV (Africa subsahariana) o da aree dove si è registrato di recente un incremento dell'epidemia di AIDS (Europa dell'Est e Asia centrale). Fattori macrosociali e individuali - quali la difficoltà di accesso ai servizi sanitari per la diagnosi e il trattamento della malattia, i differenti modelli socioculturali e linguistici, la limitata protezione sociale e legale, il timore di essere rimpatriati per quanti non in regola, la difficoltà di accesso alle informazioni sulla prevenzione - potrebbero contribuire a determinare un aumento del rischio di contrarre l'infezione da HIV tra gli immigrati e della progressione dell'AIDS proprio nel Paese ospite. Inoltre, i servizi sociali e sanitari sono spesso impreparati a raggiungere e ad assistere la popolazione immigrata (5, 6).

È dunque molto importante fare luce sulla diffusione dell'AIDS tra gli stranieri in Italia al fine di offrire loro cure adeguate. La conoscenza di questo fenomeno potrebbe inoltre contribuire a ridimensionare l'eccessivo allarmismo legato alla paura del dilagare della malattia.

Questo lavoro ha l'obiettivo di stimare l'incidenza di AIDS tra gli stranieri nel periodo che va dal 1992 al 2003, anni in cui la numerosità della popolazione immigrata nel nostro Paese ha assunto un peso significativo.

Materiali e metodi

Nel presente studio sono stati utilizzati i dati del Registro Nazionale dei casi di AIDS, istituito a partire dal 1982 presso il Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità (7). L'analisi è stata effettuata sui casi diagnosticati a cittadini stranieri maggiorenni al momento della diagnosi, ed è stata limitata al periodo 1992-2003 data l'esiguità della casistica negli anni precedenti (meno del 3% sul totale dei casi diagnosticati tra il 1982 e il 1991).

Sono stati calcolati i tassi di incidenza di AIDS tra gli stranieri, specifici per genere e classe d'età. I tassi sono stati calcolati su base triennale al fine di attenuarne la variabilità dovuta soprattutto alle oscillazioni cui sono soggette le stime della popolazione straniera presente.

La numerosità degli stranieri maggiorenni presenti in Italia dal 1992 al 2003 è stata stimata sulla base dei permessi di soggiorno rilasciati dalle questure, raccolti dal Ministero dell'Interno e rielaborati annualmente dall'ISTAT.

Risultati

Tra il 1992 e il 2003 sono stati diagnosticati in Italia circa 40.000 casi di AIDS tra i maggiorenni, di cui poco più di 2.800 hanno riguardato stranieri. La percentuale di cittadini stranieri diagnosticati con AIDS nel nostro Paese è passata dal 3% nel 1992 al 15% nel 2003 (in termini assoluti da 116 a 251 casi). Tuttavia, a partire dal 1996 il numero delle diagnosi tra gli stranieri maggiorenni è diminuito tra i maschi, ed è rimasto sostanzialmente stazionario tra le femmine (Figura 1), nonostante la popolazione straniera sia notevolmente aumentata. Anche i tassi d'incidenza hanno subito una diminuzione che nell'intero periodo in studio è risultata mediamente del 59% tra i maschi e del 21% tra le femmine. Tale diminuzione è stata particolarmente evidente a partire dal triennio 1998-2000 e ha riguardato tutte le classi d'età (Figura 2), riflettendo il trend osservato tra gli italiani.

Figura 1. Numero dei casi di AIDS diagnosticati in Italia a cittadini stranieri (età ≥ 18 anni), 1992–2003

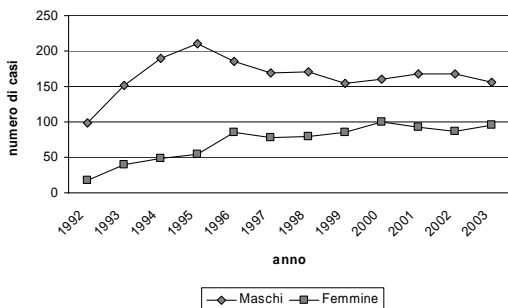
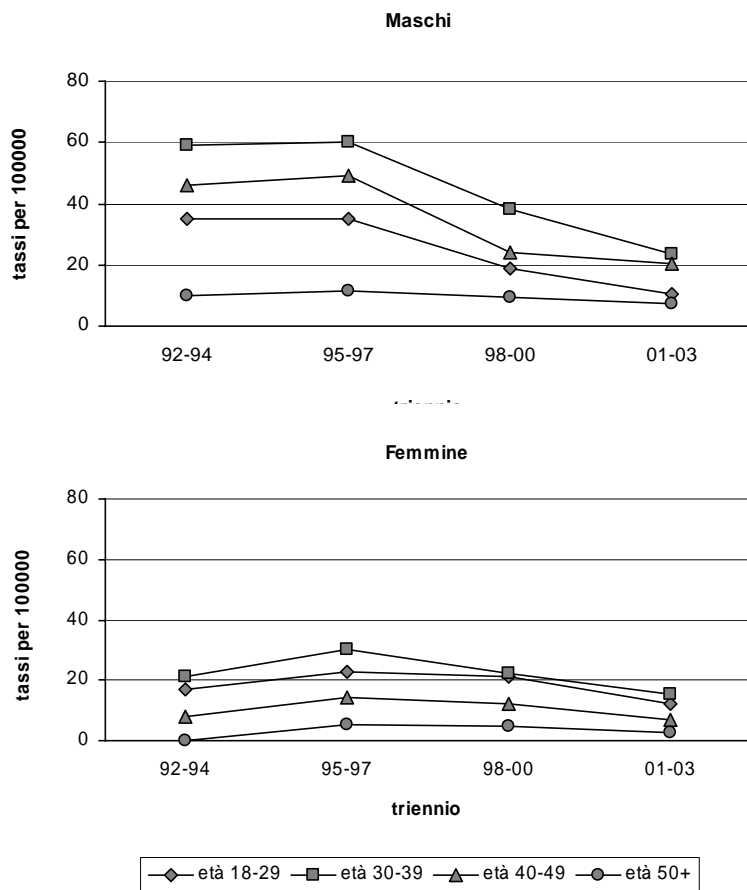


Figura 2. Tassi d'incidenza (per 100.000) dei casi di AIDS diagnosticati a cittadini stranieri in Italia, specifici per classe d'età, sesso e triennio (età ≥ 18 anni), 1992–2003



Conclusioni

I risultati dello studio sembrerebbero indicare che l'incremento della percentuale di cittadini stranieri diagnosticati con AIDS nel nostro Paese dipenda dalla continua crescita della numerosità immigrata, piuttosto che da un incremento dell'epidemia. Evidenziano inoltre che la dimensione del fenomeno è rimasta nel tempo abbastanza contenuta in termini di numerosità.

Considerato che in molti Paesi di origine degli immigrati non si è osservata una diminuzione dei tassi d'incidenza analoga a quanto avvenuto in Italia (8), è legittimo ipotizzare che i risultati registrati siano riconducibili a una maggiore opportunità di accesso alle cure da parte degli stranieri, oltre alla possibile persistenza di un effetto migrante sano. Anche per questa popolazione, come per gli italiani, è presumibile che la riduzione dei tassi dipenda, almeno in parte, dall'introduzione in Italia della terapia antiretrovirale altamente efficace, avvenuta nel 1996.

Il principale punto di forza dello studio deriva dall'utilizzo di dati di popolazione, raccolti su scala nazionale da un registro consolidato e caratterizzato complessivamente da un'elevata copertura (9, 10). Il limite maggiore deriva invece dalla difficoltà di quantificare in modo esatto la popolazione straniera da utilizzare come denominatore per il calcolo dei tassi. La presenza straniera risulta infatti sottostimata nel nostro Paese poiché dalle fonti di rilevazione ufficiali non è possibile individuare la quota di persone che vivono clandestinamente. Inoltre, nel periodo in studio si sono verificate importanti oscillazioni dei denominatori, soprattutto in concomitanza con i tre provvedimenti di regolarizzazione avvenuti in questi anni. Il calcolo di tassi su base triennale ha tuttavia permesso di attenuare tali oscillazioni.

I risultati di questo studio sembrano suggerire che l'accesso ai servizi e la fruibilità delle prestazioni rappresentino elementi fondamentali per il miglioramento delle condizioni di salute degli immigrati, anche in riferimento a situazioni di particolare criticità sanitaria come l'AIDS.

La popolazione immigrata, infatti, si trova spesso di fronte a ostacoli di natura linguistica, culturale, socio-economica che, nel caso particolare dell'HIV, impediscono l'applicazione di valide misure di prevenzione e cura dell'AIDS (11) e rendono questa popolazione altamente vulnerabile al contagio e alle complicanze connesse con l'esordio della malattia (12). È di conseguenza importante compiere sforzi per garantire agli immigrati l'accesso ai servizi sociosanitari (13, 14) al fine di offrire terapie adeguate, in un'ottica di promozione della diagnosi precoce e di strategie di prevenzione.

Bibliografia

1. Caritas/Migrantes. *Immigrazione. Dossier Statistico 2005. XV Rapporto*. Roma: IDOS; 2005.
2. Geraci S. Le malattie sessualmente trasmesse tra gli immigrati in Italia. *Ann Ist Super Sanita* 2000;36(4):445-9.
3. Del Amo J, Bröring G, Hamers FF, Infuso A and Fenton KA. Monitoring HIV/AIDS in Europe's migrant communities and ethnic minorities. *AIDS* 2004;18:1867-73.
4. Mocroft A, Ledergerber B, Katlama C, et al. Decline in the AIDS and death rates in the EuroSIDA study: an observational study. *Lancet* 2003;362:22-9.

5. Fenton KA. Strategies for improving sexual health in ethnic minorities, *Curr Opin Infect Dis* 2001;14(1):63-9.
6. Joint United Nations Programme Technical Update. *Population Mobility and AIDS*. UNAIDS/WHO; Geneva: February 2001.
7. Italia. Decreto Ministeriale 28 novembre 1986. Modifiche al decreto ministeriale 5 luglio 1975. *Gazzetta Ufficiale* n. 288, 12 dicembre 1986.
8. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *2004 Report on the global AIDS epidemic: Executive Summary*. Geneva: UNAIDS; 2004
9. Conti S, Farchi G, Galletti A, Masocco M, Napoli P, Pezzotti P, Rezza G, Tocaceli V, Caiani G, La sottotifica della mortalità per AIDS in Italia (1992): qualità della certificazione e sottotifica. *Giornale italiano dell'AIDS* 1997;8(1).
10. De Luca A, Porta D, D'Ippolito D, Carboni A, Forastiere F, Perucci CA. Sottotifica dei casi di AIDS nel sistema di sorveglianza del Lazio. *Epidemiol Prev* 2002;26(5):234-8.
11. Del Amo J, Erwin J, Fenton KA, Gray K. *AIDS & Mobility: Looking to the Future. Migration and HIV/AIDS in Europe - Recent developments and needs for future action*. Woerden (The Netherlands): Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ) - European Project AIDS & Mobility; October 2001. p. 18.
12. Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. *Trop Med Int Health* 1998;3(12):936-44.
13. Geraci S, Martinelli B. *Il diritto alla salute degli immigrati. Scenario nazionale e politiche locali*. Roma: Nuova Anterem; 2002.
14. Baglio G, Cacciani L, Materia E, Guasticchi G. *Rapporto sull'Assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. Anno 2000*. Roma: Monografie ASP, Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio; 2002.

I FRUTTI DELL'IPOCRISIA: Storie di chi l'agricoltura la fa. Di nascosto. Indagine sulle condizioni di vita e di salute dei la- voratori stranieri impiegati nell'agricoltura italiana

Ruggero Giuliani

La genesi del progetto

Dal 1999 MSF gestisce progetti di assistenza sanitaria e legale a favore di immigrati e richiedenti asilo in Italia. Nell'estate 2003 gli operatori di MSF entrano in contatto con la drammatica realtà della provincia di Foggia, dove circa 1.400 richiedenti asilo sono impiegati nella raccolta del pomodoro come lavoratori stagionali. Quando non lavorano nei campi, queste persone vivono in un edificio semi distrutto e fatiscente, privi dei più elementari servizi (acqua, energia, toilette, etc.) e in condizioni di sovraffollamento. MSF decide di indagare più a fondo la realtà degli stranieri impiegati in agricoltura e di offrire assistenza a tutte le persone che riuscirà a raggiungere.

Metodologia e organizzazione del progetto

Durante tutta la stagione 2004 un'équipe di MSF - composta da un coordinatore, 2 sanitari, un operatore umanitario, 2 mediatori culturali- si è spostata con una clinica mobile attraverso le Regioni del Sud (Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia, Calabria) toccando le località in cui, di volta in volta in relazione alle colture, si concentrano grandi numeri di stranieri in cerca di lavoro.

E' stato così possibile individuare una sorta di "circuiti degli stagionali": molti stranieri hanno dichiarato di vivere e lavorare in Campania durante i mesi invernali, quando la coltivazione di prodotti ortofrutticoli prosegue, grazie alla presenza di serre, quasi ininterrottamente. All'inizio dell'estate si ha un massiccio spostamento di popolazione verso la provincia di Foggia dove la raccolta del pomodoro richiama ogni anno centinaia, migliaia di lavoratori. Al termine della raccolta molti stranieri si fermano in Puglia per raggiungere un altro importante centro agricolo: Andria e i suoi uliveti. La Sicilia (Alcamo) attira molti stranieri per la vendemmia di settembre. Infine la stagione si chiude nella Piana di Gioia Tauro, in Calabria, dove la raccolta delle arance offre possibilità di lavoro nei mesi che vanno da novembre fino all'inizio della primavera (febbraio-marzo). MSF ha offerto ai lavoratori stranieri assistenza medica e orientamento legale circa i loro diritti. A ogni persona visitata, MSF ha sottoposto un questionario teso a rilevare le condizioni umanitarie e di lavoro.

Principali risultati

Nel corso del progetto MSF ha visitato e intervistato 770 persone (su un totale stimato di 12mila lavoratori stagionali immigrati impiegati in agricoltura nel Sud Ita-

lia): il 23,4% dei lavoratori intervistati da MSF sono richiedenti asilo. Proprio per la loro condizione meritevole di particolare tutela, infatti, la legge stabilisce che i richiedenti asilo ricevano assistenza all'interno delle strutture del Servizio Centrale per i richiedenti asilo o che ricevano almeno un sussidio economico. Nella realtà, solo il 6-7% dei richiedenti asilo accede a questi benefici di legge. Il restante 90% deve trovare un modo per sopravvivere e spesso finisce nei circuiti del lavoro nero; il 6,3% sono rifugiati cui è stato già riconosciuto lo status (hanno quindi un regolare permesso di soggiorno); il 18,9% ha un permesso di soggiorno per motivi diversi dal "lavoro stagionale" (studio, lavoro di altro genere, ricongiungimento familiare, etc.); il 51,4% non ha alcun permesso di soggiorno valido; Nessuno degli stranieri visitati da MSF godeva del contratto di lavoro previsto dalla legge per gli stagionali impiegati in agricoltura.

Il 91,4% degli stranieri visitati da MSF sono maschi, il 67,1% provengono da Paesi Sub Sahariani. Le donne incontrate da MSF provengono per la gran parte da Paesi dell'Est europeo.

La grande maggioranza dei lavoratori incontrati vive in condizioni igieniche e alloggiative inaccettabili e non rispondenti agli standard minimi fissati dall'Alto commissariato ONU per i Rifugiati (Unhcr) per l'allestimento di campi profughi in zone di crisi:

il 40% delle persone visitate da MSF vive in edifici abbandonati;

il 36% vive in spazi sovraffollati, il 70% deve dividere lo spazio in cui dorme con altre 4 persone; il 30% deve dividere lo stesso materasso con un'altra persona; più del 50% non dispone di acqua corrente nel posto in cui vive; il 30% non ha elettricità, il 43,2% non dispone di toilette;

la maggior parte dei lavoratori immigrati riesce a mangiare solo una volta al giorno (per lo più la sera), anche nelle giornate in cui lavorano nei campi per 8-10-12 ore. La loro dieta è estremamente povera;

secondo la legge italiana, il datore di lavoro dovrebbe provvedere alla sistemazione per i lavoratori stagionali immigrati: tra le persone intervistate da MSF solo il 3,4% godeva di questo beneficio;

il 48% dei lavoratori intervistati ha dichiarato di percepire 25 euro o meno per giornata di lavoro (in media la giornata di lavoro dura 8-10 ore); molti riescono a trovare lavoro solo per 3 giorni a settimana e le loro entrate sono quindi molto ridotte; il 30% dei lavoratori devono pagare di tasca propria al caporale il trasporto fino al luogo di lavoro (in media 5 euro al giorno). E' dunque naturale che il 53,7% dichiarino di non riuscire a inviare alcuna somma di denaro nel Paese d'origine;

il 30% degli intervistati ha dichiarato di aver subito qualche forma di violenza, abuso, o maltrattamento negli ultimi 6 mesi. Nell'82,5% dei casi l'aggressore era un italiano.

Queste condizioni di vita provocano inevitabilmente drammatiche conseguenze per le condizioni di salute dei lavoratori immigrati. Nonostante si tratti di una popolazione giovane e forte (30 anni in media), tra le 770 persone visitate da MSF appena 41 (pari al 5,6%) hanno ricevuto una diagnosi di “buone condizioni di salute”. Tutti gli altri presentavano almeno un problema sanitario, più o meno grave. Fermo restando che non si può dedurre che in tutta la popolazione immigrata le percentuali di malattia siano così elevate, il dato è evidentemente allarmante. Tra la popolazione italiana della stessa età, la percentuale di persone in buona salute è del 70,7 per cento.

Tra tutte le patologie diagnosticate da MSF, il 50,9% sono di origine infettiva: soprattutto patologie dermatologiche (23,6%); parassiti intestinali e malattie del cavo orale (15,5% ciascuna); malattie respiratorie (14,3%, inclusi 12 casi di tubercolosi); Le malattie più gravi si riscontrano negli stranieri che vivono in Italia da più tempo (18-24 mesi)

Il 73,6% dei pazienti visitati da MSF presentavano patologie croniche

Il così detto “intervallo di benessere” (tempo che passa dall’arrivo in Italia all’insorgere della prima malattia) si sta sempre più accorciando. Il 10% degli stranieri necessita di assistenza sanitaria dopo un mese dall’arrivo in Italia; il 39,7% manifesta questo bisogno dopo un periodo compreso tra 1 e 6 mesi.

Conclusioni

Il Rapporto di Medici Senza Frontiere – Missione Italia sui lavoratori stranieri impiegati come stagionali in Italia ha messo in luce una quantità di problemi legati alla presenza di questi immigrati che vanno al di là della sfera sanitaria, ma che riguardano aspetti sociali, lavorativi, giuridici. Questo insieme di fattori, letti nella loro complessità e tenendo conto delle reciproche interazioni, rimandano a un quadro assolutamente drammatico, insostenibile per le coscienze di quanti credono nel diritto al rispetto della dignità di ogni essere umano. Emerge lampante la necessità di un profondo e complessivo ripensamento dell’intero sistema dell’accesso al lavoro e ai diritti fondamentali per gli stagionali stranieri in Italia: un compito su cui MSF non pretende di fornire indicazioni alle istituzioni. Quelle che seguono sono conclusioni sul lavoro svolto e considerazioni che MSF ritiene utili per affrontare nell’immediato le emergenze che si porranno con l’imminente inizio della nuova stagione di raccolta.

Condizioni di vita

In qualche modo esiste nel sentire comune una tacita accettazione (e forse anche approvazione) del fatto che le condizioni di vita degli immigrati non abbiano gli stessi standard di quelle dei cittadini italiani. In molti trovano dunque tollerabile che queste persone vivano in condizioni modeste e senza potersi permettere beni superflui. Ma quello che abbiamo potuto vedere in questi mesi di indagine non ha

niente a che vedere con una vita “modesta” ed è quanto di più vicino al degrado assoluto.

Già sarebbe difficile accettare situazioni abitative e igieniche come quelle previste dagli standard fissati dall’Alto Commissariato Onu per i Rifugiati, cioè pensate per i campi profughi e giustificate dalla drammaticità dell’emergenza, ma i dati raccolti dimostrano come si sia arrivati ben al di sotto di quel minimo.

La parola “abitazione” non è in grado di descrivere la situazione in cui vivono oltre il 70% dei lavoratori che abbiamo intervistato. Circa il 40% di loro si rifugia in case abbandonate, il 37% è costretto a pagare un affitto per alloggi di fortuna. In molti casi si tratta di strutture assolutamente inadeguate ad ospitare persone: box auto, magazzini, addirittura una stanza fatiscente sotto un ponte. Infine il 5% non ha nessun tipo di alloggio.

Il sovraffollamento è un altro problema serio. I pochi spazi di fortuna in cui riescono a sistemarsi sono condivisi da un numero inverosimile di persone: più di dieci per stanza (camere che in condizioni normali sarebbero utilizzate da due, massimo tre persone); cento persone in una palazzina in cui esistono solo due bagni.

Chi non dorme per terra divide spesso il letto con qualcun altro, con tutto ciò che questo comporta anche dal punto di vista della salute.

Le condizioni igieniche sono poi fortemente condizionate dalla possibilità di accesso all’acqua.

Chi può, condivide il bagno con i numerosi coinquilini, ma c’è chi l’acqua riesce a procurarsela solo con grande difficoltà. È il caso, ad esempio, dei lavoratori che vivono nelle masserie: l’acqua corrente non esiste e per l’approvvigionamento occorre percorrere alcuni chilometri. Con quell’acqua si fa tutto, anche se in molti casi il dubbio che non sia potabile è forte (cisterne di fortuna aperte ed esposte alla contaminazione, acqua di irrigazione dei campi usata per bere, etc.). Sono infatti molti i casi dichiarati di diarrea. In situazioni del genere, con poca acqua e ancor meno bagni a disposizione, l’igiene personale è assolutamente precaria e crea il presupposto per una serie di patologie altrimenti evitabili.

Un altro fattore di indigenza che ha serie ripercussioni sullo stato di salute dei lavoratori stagionali è l’iponutrizione. Lo scarso apporto calorico diventa ancora più preoccupante per chi affronta lavori pesanti per anche dodici ore al giorno. Durante le visite abbiamo potuto riscontrare diverse patologie chiaramente riconducibili alla povertà dell’alimentazione.

Salute

Chi sono i lavoratori stranieri stagionali? Prevalentemente uomini di età compresa tra i 20 e i 45 anni, cioè soggetti che in condizioni normali dovrebbero essere generalmente sani. Invece oltre il 30% di loro si ammala nei primi sei mesi di permanenza in Italia, dopo 19 mesi di permanenza nel nostro Paese la percentuale di chi ha bisogno del medico sale al 93 per cento.

Le patologie più diffuse sono di origine infettiva, strettamente collegate con le precarie condizioni igieniche in cui gli stranieri sono costretti a vivere. Si tratta di ma-

lattie che generalmente si risolvono, per noi cittadini del primo mondo, con una consulenza medica e seguendo, ad esempio, una terapia antibiotica.

Per i lavoratori stranieri stagionali non solo è scarsissima la possibilità di prevenzione, ma è frequente la cronicizzazione di tali malattie. Il fatto di aver riscontrato tra gli stranieri visitati frequenti casi di malattie croniche dovute a infezioni, evidenza quando grave sia il problema del mancato accesso alle cure e quello delle diagnosi o delle terapie scorrette per i lavoratori stranieri.

Le patologie legate strettamente alle condizioni di povertà colpiscono oltre il 40% degli stagionali visitati in Puglia e Basilicata, affetti da malattie dermatologiche, respiratorie e gastroenteriche. La mancanza di servizi igienici e di acqua, la condivisione dei posti letto, la promiscuità, sono fattori che amplificano seriamente la possibilità di diffusione di questo tipo di malattie.

Altre patologie sono legate all'alimentazione scorretta o inadeguata. La povertà, gli stenti e le privazioni si riflettono sul mancato rispetto del fabbisogno calorico.

Ma uno dei dati più preoccupanti è il fatto che circa il 40% dei pazienti indagati dal punto di vista psico-affettivo mostrava chiare alterazioni. Non tutti ne erano consapevoli, solo il 15% aveva fatto esplicitamente riferimento a uno stato di disagio psicologico. La solitudine, la lontananza dagli affetti, dai propri punti di riferimento, il mancato riconoscimento della condizione di essere umano, con la negazione dei diritti fondamentali, non possono portare ad altro che a un profondo malessere interiore, senza prospettive di soluzione a meno che non avvenga un cambiamento nelle condizioni di vita. Ma molti degli stranieri non hanno una possibilità seppur minima di cambiare le cose, con un conseguente senso di frustrazione e impotenza.

A tutti gli immigrati spetta l'assistenza sanitaria pubblica. In particolare la legge prevede per gli stranieri regolari, quindi anche i richiedenti asilo, l'iscrizione al SSN a parità di condizioni con gli italiani. Per gli irregolari è previsto l'accesso alle cure attraverso il rilascio del codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) che consente allo straniero di mantenere l'anonimato. Tuttavia anche questo è un diritto che troppe volte resta solo sulla carta e non è altro che l'ennesima amara beffa. Spesso sul territorio preso in esame non ci sono ambulatori delle ASL dedicati e quindi le visite mediche, quando ci sono, vengono effettuate nei pronto-soccorso o dalle guardie mediche.

MSF auspica che le ASL favoriscano l'accesso degli immigrati ottemperando alla legislazione vigente dando risposte sanitarie adeguate attraverso ambulatori dedicati e – dove possibile - operando in orari compatibili con le esigenze dei lavoratori.

Contestualmente MSF chiede alle associazioni che compongono l'articolato mondo della società civile di preferire agli sporadici interventi caritatevoli, l'orientamento razionale all'utilizzo delle strutture del sistema sanitario nazionale.

Status Giuridico

Oltre la metà degli intervistati non ha un permesso di soggiorno, il 23,4% è in possesso di un permesso per richiesta d'asilo, il 18,9% ha un permesso di soggiorno per altri motivi (lavoro, studio, famiglia), il 6,3% ha già ottenuto lo status di rifu-

giato o la protezione umanitaria. La concentrazione di irregolari e richiedenti asilo cambia in maniera significativa nei diversi contesti di rilevazione, anche se rimane costante la massiccia presenza di lavoratori che, secondo la normativa, non avrebbero diritto a lavorare.

Il popolo dei lavoratori stagionali è composto in gran parte da persone irregolarmente presenti e richiedenti asilo, persone di cui in qualche modo non viene neanche riconosciuta l'esistenza. Fino a che punto può arrivare il senso di smarrimento per un'identità negata?

Non esistono come persone, tanto meno come lavoratori. Nessuna tutela sindacale è prevista per questi fantasmi che pure mandano avanti l'economia agricola del Sud Italia.

Lavoro

Questi lavoratori sono assolutamente fondamentali per tutto un sistema economico. Eppure il 95% degli stranieri intervistati da MSF è privo di un contratto di lavoro. E' evidente che il sistema delle quote è gravemente lacunoso se non fallimentare. Il sistema è inapplicabile nelle Regioni meridionali. D'altra parte il meccanismo del sistema dei flussi è ben noto: "La distribuzione dei flussi dei lavoratori stagionali vede la presenza, numericamente più significativa, nella Provincia di Trento (5.600), seguita dall'Emilia Romagna (5.300), dal Veneto (4.500) e dalla provincia di Bolzano, con 1.600 arrivi previsti. L'assegnazione è, infatti, inversamente proporzionale al tasso di disoccupazione - si legge in un articolo pubblicato su "Agrisole – Il Sole 24 Ore" del 4 febbraio 2005 -. Ma è proprio al Sud che le imprese lamentano la mancanza di manodopera. Le liste di disoccupazione sono piene di iscritti (...). L'alto tasso ufficiale di disoccupazione, ostacola l'ingresso "legale" degli extracomunitari. Nelle fasi calde della raccolta al Sud - denunciano gli imprenditori - è sempre più difficile trovare operai. E allora, tenuto conto dei numeri ridotti per il Sud, non resta che il "nero".

L'impossibilità di poter far valere qualsiasi tipo di diritto porta a una situazione generale di pesante sfruttamento. Ai lavoratori stagionali vengono imposti tempi e condizioni di lavoro disumani. Lavorano anche per dodici ore al giorno, ore di lavoro pesante, sotto il sole per dei salari miseri che a stento riescono a coprire le spese per la sopravvivenza. I campi sono spesso lontani da raggiungere, imponendo al lavoratore un costo sproporzionato per il trasporto al campo. Ma il lavoro va accettato, a qualunque condizione, non c'è scelta.

Infine, da elencare tra i mancati diritti, c'è l'assenza pressoché totale dei dispositivi di protezione. Le ricadute anche a livello sanitario sono evidenti. I lavoratori stagionali operano, in alcuni casi, a diretto contatto con sostanze altamente tossiche, spesso senza neanche utilizzare dei semplici guanti di lattice.

Diritti

Nell'area studiata da MSF di fatto manca qualsiasi forma di tutela del lavoratore immigrato stagionale. Manca una chiara volontà politica di creare un quadro per la

protezione di queste persone. Prova ne è la mancata ratifica da parte dell'Italia della Convenzione ONU, adottata con risoluzione 45/158, sulla "Protezione dei diritti di tutti i lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie". La Convenzione ONU chiarisce che i lavoratori migranti devono poter godere dei diritti umani al di là del loro status legale e stabilisce parità di diritti sindacali, remunerazione e accesso ai servizi sociali, con i lavoratori dello stato ospitante. L'eventuale ratifica della Convenzione vincolerebbe l'Italia a un monitoraggio costante della sua applicazione e quindi alla periodica verifica dello stato di attuazione dei diritti umani dei lavoratori immigrati.

Violenza

Spesso gli stagionali sono oggetto di violenze, essendo più vulnerabili e facili da "sfruttare".

Specie in Campania il fenomeno dei maltrattamenti raggiunge percentuali importanti (il 46%) e si tratta, praticamente nella totalità dei casi, di episodi perpetrati da italiani. Lo stress sociale in cui vivono gli stranieri facilita poi episodi di violenza all'interno delle comunità.

Il campionario è vario: per la maggior parte sono percosse e intimidazioni, ma anche tentativi di rapina con uso di armi da fuoco. Come potrebbero difendersi i più emarginati degli emarginati?

Sono persone sole che non possono contare sulla tutela da parte delle istituzioni, vivendo nel terrore dell'espulsione. Sono le vittime ideali in un mondo dove il degrado culturale ha portato la violenza a unica forma di autoaffermazione.

Ancora più esposte, perché più indifese, sono le donne, che hanno dichiarato a MSF di essere state oggetto anche di violenze carnali che non possono denunciare per il timore di essere a loro volta denunciate.

Questi diritti restano solo sulla carta per la maggior parte degli stranieri impiegati in agricoltura: nonostante la legge, il 75% dei rifugiati, l'85,3% dei richiedenti asilo e l'88,6% degli stranieri irregolarmente presenti visitati da MSF non beneficiava di alcun tipo di assistenza sanitaria.

***La salute mentale degli immigrati
che si rivolgono ai Pronto Soccorso di Roma:
il caso degli immigrati dai paesi dell'Europa centro-orientale***

A. Gaddini, L. Biscaglia, F. Franco, D. Di Lallo
Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio

INTRODUZIONE

Gli immigrati costituiscono una popolazione a maggior rischio per lo sviluppo di disturbi psichici a causa di alcune condizioni legate alla migrazione (Bhugra, 2004), quali ad esempio le barriere linguistiche e lo sradicamento culturale (Sadavoy et al, 2004). Per tale motivo la tutela della salute mentale dei cittadini stranieri assume un ruolo importante, anche all'interno di un'ottica di salvaguardia della salute mentale di soggetti a rischio di emarginazione (WHO, 2001). Per valutare l'uso dei servizi di salute mentale da parte dei cittadini stranieri è necessario considerare le difficoltà di accesso ai servizi specialistici legate alla scarsa conoscenza dei percorsi assistenziali (Morrone & Mereu, 2003). Inoltre, occorre tener conto della diversa concezione della malattia/salute/cura (Losi, 2000) ancor più evidente in ambito psichiatrico, per cui l'espressione del disagio psichico non sempre determina tra i cittadini stranieri il ricorso ai servizi di salute mentale.

Negli ultimi anni, a Roma, si è rilevato un notevole incremento del numero di immigrati provenienti dai paesi dell'Europa centro-orientale, che nel 2004 costituivano il gruppo più rappresentato fra gli immigrati nella capitale (Osservatorio Romano sulle Migrazioni, 2005). Per la maggior parte di queste persone, la ricerca del lavoro è solitamente il motivo fondamentale della migrazione, e il progetto migratorio è spesso determinato nel tempo e finalizzato al rientro in patria. Ciò dà luogo frequentemente ad una scarsa conoscenza dei percorsi assistenziali nei confronti dei servizi specialistici di salute mentale, e può determinare un maggior ricorso al Pronto Soccorso (PS) per problematiche di rilevanza psichiatrica (Norredam et al, 2004; Oster et al, 2003). L'emergenza psichiatrica in PS è infatti fortemente influenzata dal contesto sociale nel quale il paziente è inserito e la condizione di fragilità sociale degli immigrati può determinare maggiori difficoltà di accesso all'assistenza specialistica e di base (Stronks et al, 2001).

Obiettivo di questo studio è quello di descrivere, nell'area urbana di Roma, il ricorso al PS da parte di soggetti provenienti dai paesi dell'Europa centro-orientale e che hanno ricevuto diagnosi psichiatrica, indagando anche i determinanti del ricovero in reparti psichiatrici e negli altri reparti ospedalieri.

METODOLOGIA

Utilizzando i dati del Sistema Informativo per le Emergenze Sanitarie (SIES), sono stati considerati tutti gli accessi in PS con diagnosi principale psichiatrica (ICD9-CM: codici da 290.0 a 319), avvenuti tra il 2000 e il 2004 negli ospedali romani dotati di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC). Da questi sono stati selezionati gli accessi in PS riferiti a soggetti nati in paesi dell'Europa centro-orientale o in Italia, di età compresa tra 15 e 64 anni. Gli stranieri sono stati pertanto identificati in base al paese di nascita e i relativi dati sono stati aggregati per area geografica secondo la classificazione ISTAT (ISTAT, 2000). A partire dal 2005 diversi paesi dell'Europa centro-orientale sono entrati a far parte dell'Unione Europea. I dati utilizzati in questo studio sono tutti precedenti a tale data, e pertanto i paesi dell'Europa centro-orientale includono anche i nuovi paesi UE. Per i due gruppi di soggetti considerati (nati in Europa centro-orientale e in Italia) sono state confrontate alcune caratteristiche socio-demografiche e cliniche degli accessi in PS. Inoltre, è stato indagato l'esito dell'accesso in PS valutando, nei due gruppi, il numero di soggetti ricoverati in un reparto psichiatrico o in altro reparto ospedaliero. Infine è stato utilizzato un modello di regressione logistica multinomiale per individuare i determinanti del ricovero in entrambi questi tipi di reparti.

RISULTATI

Fra il 2000 e il 2004 sono stati considerati complessivamente 64.821 contatti in PS con diagnosi principale psichiatrica riferiti a soggetti nati in Italia e nei paesi dell'Europa centro-orientale; i contatti riferiti a quest'ultimo gruppo erano 3.998, costituendo il 6,2% del campione. In tabella 1 sono riportati le percentuali di accesso in PS riferite a soggetti nati nei Paesi dell'Europa centro-orientale per paese di nascita. Il 62,9% degli accessi è prodotto da soggetti provenienti dalla Romania e dalla Polonia. In particolare, l'andamento temporale negli anni 2000-2004, relativo agli accessi in PS evidenzia un incremento statisticamente significativo per gli accessi dei nati in Romania (+147,8%, test for linear trend: p-value<0,001)notevole incremento per i Rumeni (mentre centro orientale mostrava un netto incremento nel corso del periodo considerato

Tabella 1 – Accessi in PS di soggetti nati in Europa centro orientale per paese di nascita

	N	%
Romania	1297	32,4
Polonia	1218	30,5
Serbia-Montenegro	304	7,6
Ucraina	304	7,6
Albania	216	5,4
Bosnia-Erzegovina	101	2,5
Croazia	101	2,5
Ceca, Repubblica	77	1,9
Russia	76	1,9
Bielorussia	58	1,5
Turchia	52	1,3
Altro *	194	4,9
Totale	3998	100,0

* Nella categoria "Altro" sono incluse le seguenti nazioni: Bulgaria; Macedonia, Ungheria; Repubblica Ceca, Repubblica Slovacca, Moldavia, Slovenia, Lituania, Lettonia, Estonia.

Nella tabella 2 è descritto l'esito dell'accesso in PS, separatamente per gli accessi riferiti ai nati in Europa centro-orientale e in Italia. Per i soggetti nati nei paesi dell'Europa centro-orientale si rilevava una quota notevolmente inferiore di accessi in PS seguiti da un ricovero in reparto psichiatrico (12,2% vs 20,6% tra il gruppo dei nati in Italia), mentre rispetto agli italiani risultava più frequente il ricovero in altri reparti ospedalieri (11,9% vs 7,2%).

Tabella 2 – *Esito degli accessi in PS di soggetti nati in Europa centro-orientale e in Italia*

	Europa centro-orientale		Italia	
	N	%	N	%
Non ammesso in ospedale	2552	63,8	38024	62,5
* Ricovero in reparto psichiatrico	496	12,4	12504	20,6
* Ricovero in reparto non psichiatrico	477	11,9	4363	7,2
Rifiuta ricovero	255	6,4	3896	6,4
Non risponde a chiamata	218	5,5	2036	3,3
TOTALE	3998	100,0	60823	100,0

* p-value<0,01

La tabella 3 riporta alcune caratteristiche socio-demografiche, cliniche e assistenziali separatamente per gli accessi riferiti ai nati in Europa centro-orientale e in Italia. Oltre alle percentuali di colonna è indicato, per ciascuna modalità della variabile, il tasso di ricovero in SPDC. Tra gli accessi riferiti a soggetti nati nei paesi dell'Europa centro-orientale si rilevava una leggera prevalenza di donne (51,1%) che invece, nel gruppo di soggetti nati in Italia rappresentavano il 47,3%. I tassi di ricovero in SPDC risultavano sempre inferiori nel gruppo degli accessi riferiti a soggetti nati nei paesi dell'Europa centro-orientale; in particolare per gli uomini il tasso di ricovero in SPDC per 100 accessi in PS risultava significativamente inferiore a quello registrato per i soggetti nati in Italia (9,7 vs. 21,7). Per quanto riguarda l'età, la percentuale di accessi riferiti a giovani (soggetti con meno di 35 anni) nati nell'Europa centro-orientale era del 55,4%, mentre tra i nati in Italia era del 42,7%. Notevoli differenze si riscontravano anche rispetto alla percentuale di accessi riferiti a soggetti di età compresa tra i 55 e i 64 anni (4,3% per i nati in Europa centro-orientale vs. 11,4% per i nati in Italia). Per gli accessi dei nati nei paesi dell'Europa centro-orientale, i tassi di ricovero in SPDC apparivano statisticamente inferiori a quelli dei nati in Italia per tutte le classi di età ad eccezione della classe 15-24 anni. Rispetto al gruppo degli italiani, tra i soggetti provenienti dell'Europa centro-orientale si apprezzava una più elevata percentuale di soggetti che giungeva al PS con l'ambulanza o accompagnati dalla polizia (47,5% vs. 36,8% per gli italiani). Il tasso di ricovero in SPDC per questo gruppo di accessi risultava comunque notevolmente più basso tra i nati nei paesi dell'Europa centro-orientale (15,5

vs 34,6 tra i nati in Italia). Gli accessi diretti erano inoltre meno frequenti nel gruppo dei nati nei paesi dell'Europa centro-orientale (47,4% vs. 58,1% tra i nati in Italia). Per quanto riguarda la distribuzione degli accessi per triage, la percentuale di codici rossi risultava simile tra i nati nei paesi dell'Europa centro-orientale e in Italia. Tuttavia il tasso di ricovero tra i codici rossi dei soggetti nati nei paesi dell'Europa centro-orientale appariva statisticamente inferiore a quello dei nati in Italia (26,9 vs. 47,4). Particolarmente rilevante la differenza riscontrata nella percentuale di codici bianchi: 16,9% per gli accessi di nati in paesi dell'Europa centro-orientale e 13,0% per gli accessi dei nati in Italia. Il tasso di ricovero in SPDC risultava comunque più elevato tra i codici bianchi riferiti a soggetti nati in Italia (6,5 vs 4,0 per i nati nei paesi dell'Europa centro-orientale). Per quanto riguarda la diagnosi attribuita in PS, si osservava una maggiore frequenza di diagnosi riferite a condizioni di dipendenza da alcool e sostanze tra i nati nei paesi dell'Europa centro-orientale (30,7% vs. il 12,6% per i nati in Italia); altre differenze riguardavano la percentuale di accessi con diagnosi di schizofrenia / stato paranoide e di disturbo affettivo (rispettivamente 2,8% e 4,7% tra gli accessi di nati nell'Europa centro-orientale vs. 30,7% e 12,6% per i nati in Italia).

Tabella 3 – *Caratteristiche degli accessi in PS e tasso di ricovero in SPDC*

	Europa centro-orientale		Italia	
	%	Tasso di ricovero in SPDC°	%	Tasso di ricovero in SPDC°
Sesso				
** Uomini	48,9	9,7	52,7	21,7
** Donne	51,1	15,0	47,3	19,3
Età (anni)				
15-24	19,6	12,4	14,4	12,5
** 25-34	35,8	12,4	28,3	20,9
** 35-44	25,5	12,8	28,4	23,0
** 45-54	14,8	11,9	17,6	23,3
* 55-64	4,3	11,7	11,4	19,6
Giorno ed ora di accesso al PS				
** Feriale, 8:00 - 19:59	51,7	14,2	51,1	25,1
** Feriale, 20:00 - 7:59	31,1	10,8	32,4	16,4
** Festivo, 8:00 - 19:59	10,2	11,3	9,0	16,6

Festivo 20:00 - 7:59	7,0	8,2	7,4	12,4
Arrivo in PS				
** In ambulanza o con la polizia	47,5	15,5	36,8	34,6
** Accesso diretto	47,4	9,0	58,1	12,0
Sconosciuto	5,0	15,4	5,1	19,3
Triage				
** Rosso (1)	1,3	26,9	1,4	47,4
** Giallo (2)	16,3	26,9	19,9	38,9
** Verde (3)	63,9	10,1	64,1	16,5
* Bianco (4)	16,9	4,0	13,0	6,5
Non valutato	1,7	31,8	1,6	48,1
Presenza del trauma				
** No	85,4	12,9	83,7	21,3
** SI	14,6	9,6	16,3	16,6
Diagnosi (ICD-9-CM)				
Psicosi organiche e ritardo mentale	5,2	24,6	4,8	28,1
Schizofrenia, stati paranoidi	2,8	66,1	6,5	64,0
Disturbi affettivi	4,7	60,4	8,4	57,1
Altre psicosi	5,6	65,6	10,2	62,5
** Disturbi di personalità	3,7	8,2	2,6	33,4
* Abuso di sostanze e dipendenze	30,7	0,7	12,6	1,5
Disturbi nevrotici	47,3	4,8	54,8	5,1

^o tasso di ricovero ogni 100 accessi in PS.

* p-value<0,05; ** p-value<0,01: Test chi-quadrato per le differenze nei tassi di ricovero in SPDC fra gli accessi di soggetti nati nei paesi dell'Europa centro-orientale e in Italia.

Il rischio di ricovero in reparti non psichiatrici, valutato utilizzando il modello di regressione logistica e aggiustato per sesso, età, diagnosi e modalità di arrivo in PS, è risultato significativamente più elevato per i soggetti provenienti dai paesi dell'Europa centro-orientale (OR 1,20; IC95% 1,03-1,40).

DISCUSSIONE

In questo studio sono stati analizzati, nel periodo relativo agli anni 2000-2004, gli accessi nei PS di Roma da parte di soggetti con diagnosi psichiatrica, nati nei paesi dell'Europa centro-orientale o in Italia. Inoltre, sono stati indagati i determinanti del ricovero in reparto psichiatrico e non psichiatrico, aggiustati per paese di nascita e per le variabili demografiche e cliniche più significative.

Nel corso del periodo considerato, si apprezza un significativo incremento del numero di accessi in PS da parte di soggetti nati nei paesi dell'Europa centro-orientale. Il dato rispecchia il continuo aumento dell'immigrazione osservato a Roma, particolarmente rilevante per i soggetti provenienti dalla Romania, che attualmente rappresentano il primo gruppo di immigrati nella città (Osservatorio Romano sulle Migrazioni, 2006).

Per i soggetti nati nei paesi dell'Europa centro-orientale si rilevava una quota notevolmente inferiore di accessi in PS seguiti da un ricovero in reparto, mentre rispetto ai nati in Italia risultava più frequente il ricovero in altri reparti ospedalieri. Questo dato assume maggiore rilevanza se si considera che la quota di accessi non seguiti da ricovero ospedaliero era sovrapponibile nei due gruppi, per cui le differenze riscontrate non apparivano riconducibili a fenomeni di discriminazione rispetto all'essere ammessi in ospedale. Inoltre, il modello di regressione logistica multinomiale indicava l'essere nato in un paese dell'Europa centro-orientale come fattore di rischio per il ricovero in reparti non psichiatrici, mentre il rischio di ospedalizzazione in reparto psichiatrico, aggiustato per sesso, età, diagnosi e per altre caratteristiche assistenziali, non appariva significativamente superiore ai nati in Italia. In casi di emergenza di tipo psichiatrico, la decisione di ricoverare è un processo molto complesso durante il quale il clinico, in un tempo relativamente breve, è chiamato ad una valutazione complessiva dell'individuo che tenga conto di diversi fattori, clinici e organizzativi. La gravità dei sintomi costituisce naturalmente uno dei principali fattori che influenzano la decisione di effettuare un ricovero in reparto psichiatrico a seguito di una valutazione in PS (Giampieri et al, 2002, Mattioni et al, 1998); anche la presenza di un valido sistema di supporto sociale rappresenta un fattore importante nel processo decisionale relativo al ricovero (Gillig et al, 1990; Marson et al, 1988).

Nel nostro studio, la minore proporzione di ricoveri in SPDC a seguito dell'accesso in PS, osservata per i nati nei paesi dell'Europa centro-orientale, suggerisce una minore gravità dei sintomi per questi pazienti, i quali sembrerebbero utilizzare il PS come prima risorsa per problematiche di interesse psichiatrico, piuttosto che ricorrere ad altri servizi sanitari di base e specialistici. Specie nella fase che segue l'arrivo in un altro paese, gli immigrati possono sperimentare condizioni di marginalità ed esclusione sociale (Caiazza et al, 2004), che, a parità di gravità clinica, contribuiscono ad aumentare la necessità di ricovero (Materia et al, 1999).

La minore gravità clinica è suggerita anche dal confronto delle distribuzioni degli accessi per triage che vede per gli accessi dei nati nei paesi dell'Europa centro-orientale, una quota significativamente superiore di codici bianchi. Questo risultato, analogo a quello riscontrato in un precedente studio sugli accessi in PS da parte degli immigrati (Norredam et al, 2004), deve essere valutato, nel nostro caso, prendendo in considerazione le problematiche che riguardano l'uso del triage per disturbi di rilevanza psichiatrica (Happell et al, 2003).

La quota maggiore di accessi riferiti a soggetti giovani nel gruppo dei nati nei paesi dell'Europa centro-orientale riflette il profilo demografico della popolazione immigrata a Roma proveniente da quest'area geografica; occorre considerare, a tal proposito, che le fasi di esordio di alcuni disturbi psichici gravi avvengono proprio in età più giovane (Henderson, 1988), e che un intervento tempestivo ed appropriato in questo periodo di vita incide fortemente sulla successiva qualità di vita dell'individuo.

Rispetto al gruppo dei nati in Italia, la maggiore proporzione di accessi che indicano una modalità di arrivo "in ambulanza o con la polizia" lascia ipotizzare tra gli accessi dei nati nei paesi dell'Europa centro-orientale una più elevata occorrenza di situazioni difficilmente gestibili nelle quali vi è una maggiore percezione di pericolosità dell'individuo verso se stessi e gli altri (Evans & Boothroyd, 2002). Per quanto riguarda la diagnosi attribuita in PS, tra i soggetti provenienti dai paesi dell'Europa centro-orientale si rileva un numero di accessi con diagnosi di dipendenza notevolmente superiore rispetto a quanto osservato per i soggetti nati in Italia. I problemi di dipendenze dei cittadini stranieri provenienti dall'Europa centro-orientale che accedono al PS rappresenta quindi un fenomeno di particolare rilievo che richiede lo sviluppo di strumenti sistematici di monitoraggio e di valutazione della problematica (Grusser et al, 2005).

Il fenomeno dell'alcolismo in particolare, appare rilevante all'interno di questo gruppo di immigrati che presentano talvolta differenze sia nella manifestazione del problema che nella modalità di rapportarsi ai servizi specialistici. D'altro canto la ripercussione a livello sociale e lavorativo di tali situazioni possono interferire con il processo di integrazione degli immigrati (Zincone, 2001)

L'emergenza psichiatrica in PS da parte delle persone immigrate è fortemente influenzata da alcuni fattori quali la scarsa conoscenza dei percorsi assistenziali verso i servizi specialistici o difficoltà di accesso legate a problemi linguistici o alle diverse aspettative nei confronti del trattamento (Norredam et al, 2004). Per le persone immigrate è ipotizzabile pertanto che la difficoltà di accesso ai servizi psichiatrici territoriali, si traduca, più di quanto non accada per i cittadini italiani, in una richiesta incongrua a strutture deputate al trattamento dell'emergenza/urgenza. L'analisi dei dati del SIES ha consentito di valutare le caratteristiche socio-demografiche, cliniche ed assistenziali dei soggetti nati nei paesi dell'Europa centro-orientale e che accedono al PS con diagnosi principale psichiatrica. Occorre tuttavia porre maggiore attenzione alla qualità delle informazioni raccolte, ovvian-

do ai più comuni problemi inerenti alla rilevazione dei dati per questo gruppo di soggetti.

In una fase di trasformazione in senso multietnico della città di Roma, è importante favorire presso i servizi di salute mentale, un aumento delle competenze sulle problematiche di rilevanza psichiatrica espresse dagli immigrati. Allo stesso modo, è auspicabile lo sviluppo di progetti volti a migliorare l'assistenza e ridurre le difficoltà di accesso ai servizi specialistici da parte di gruppi particolarmente vulnerabili di immigrati.

BIBLIOGRAFIA

- Bhugra D (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109, 243-258.
- Caiazzo A, Cardano M, Cois E, Costa G, Marinacci C, Spadea T, Vannoni F, Venturini L (2004). Disuguaglianze e salute in Italia. *Epidemiologia e Prevenzione* 28 (3 Suppl), i-ix, 1-161.
- Evans ME, Boothroyd RA (2002). A comparison of youth referred to psychiatric emergency services: police versus other sources. *Journal of American Academy of Psychiatry Law* 30, 74-80.
- Giampieri E, Ratti A, Beretta A, Mattavelli C, Ferrarini E, Pruneri C, Carta I (2002). Determinanti di ricovero dal pronto soccorso psichiatrico dell'Ospedale S. Gerardo di Monza: studio epidemiologico trasversale. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 11, 266-276.
- Gillig PM, Hillard JR, Deddens JA, Bell J, Combs HE (1990). Clinicians' self-reported reactions to psychiatric emergency patients: effect on treatment decisions. *Psychiatric Quarterly* 61, 155-62.
- Grusser SM, Wolfling K, Morsen CP, Albrecht U, Heinz A (2005). Immigration-associated variables and substance dependence. *Journal of Studies on Alcohol* 66, 98-104.
- ISTAT (2000). La presenza straniera in Italia: caratteristiche demografiche. Informazioni 29. ISTAT, Roma.
- Happell B, Summers M, Pinikahana J (2003). Measuring the effectiveness of the national Mental Health Triage Scale in an emergency department. *International Journal of Mental Health Nursing* 12, 288-292.
- Henderson AS (1988). *An introduction to Social Psychiatry*. Oxford University Press. Oxford
- Losi N (2000). *Vite altrove. Migrazione e disagio psichico*. Feltrinelli, Roma.
- Marson DC, McGovern MP, Pomp HC (1998). Psychiatric decision making in the emergency room: a research overview. *American Journal of Psychiatry* 145, 918-25

- Materia E, Spadea T, Rossi L, Cesaroni G, Area M, Perucci CA (1999). Disuguaglianze nell'assistenza sanitaria: ospedalizzazione e posizione socio-economica a Roma. *Epidemiologia e Prevenzione* 23, 197-206.
- Mattioni T, Di Lallo D, Roberti R, Miceli M, Stefani M, Maci C, Perucci CA (1999). Determinants of psychiatric inpatient admission to general hospital psychiatric wards: an epidemiological study in a region of central Italy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34, 425-431.
- Morrone A, Mereu F, (2003). "La nuova realtà dell'immigrazione: dal singolo alla famiglia. Dinamiche familiari e aspetti socio-sanitari" in ANDOLFI M. (a cura di), *La mediazione culturale. Tra l'estraneo e il familiare*. FrancoAngeli, Milano.
- Norredam M, Krasnik A, Moller Sorensen T, Keiding N, Joost Michaelsen J, Sonne Nielsen A. (2004). Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scandinavian Journal of Public Health* 32, 53-59.
- Osservatorio Romano sulle Migrazioni (2005). *Rapporto 2004* Idos, Roma.
- Osservatorio Romano sulle migrazioni (2006). *Rapporto 2005*, Caritas, Roma.
- Oster A, Bindman AB (2003). Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions: insights into preventable hospitalizations. *Medical Care* 41, 198-207.
- Sadavoy J, Meier R, Ong AY (2004). Barriers to access to mental health services for ethnic seniors: the Toronto study. *Canadian Journal of Psychiatry* 49, 192-199.
- Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA (2001). Immigrants in the Netherlands. Equal access for equal needs? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55 701-707.
- Zincone G (a cura di) (2001). *Commissione per le politiche d'integrazione degli immigrati. Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*. Il Mulino, Bologna.
- World Health Organisation (WHO) (2001). Mental Health. New understanding, new hopes, Consultato il 12 marzo 2006 su <http://www.who.int/whr/2001/en/>

Corsi multiculturali di accompagnamento alla nascita

Sabina Dal Verme

In molti dei paesi da cui provengono le donne migranti i corsi di accompagnamento alla nascita non sono una consuetudine diffusa. Le donne durante la gravidanza vengono accompagnate e sostenute dalle donne della loro famiglia, che le rassicurano e le aiutano ad affrontare i problemi man mano che questi si presentano. La gravida è protetta dalle preoccupazioni e in alcuni paesi è condotta in luoghi santi ad incontrare guaritori o persone "che sanno", che prescrivono riti e pratiche di protezione. In alcune culture si considera che non sia bene parlare del parto o del neonato prima del tempo. Il concepimento, la gravidanza, la nascita, l'allattamento sono esperienze profondamente connotate a livello culturale. Se la cultura comprende tutto ciò che gli esseri umani imparano dalla nascita, le madri sono le prime trasmettitori di cultura; il momento della nascita è carico di gesti simbolici volti a trasmettere messaggi

culturali. Questo è vero anche nei paesi occidentali, in cui la medicalizzazione della nascita ha reso più difficile riconoscere il significato rituale dei gesti perché li ha "coperti" con il velo delle ragioni scientifiche e tecniche (Davies-Floyd, 1997).

Fin dalla nascita le madri presentano il mondo ai bambini, attraverso il modo di tenerli in braccio, di toccarli, di parlar loro, di nutrirli, di insegnar loro come è formata la famiglia e, a piccoli passi, trasmettono loro la visione del mondo del gruppo di appartenenza.

Il bambino interiorizza così, piano piano, il modo della mamma di percepire il mondo e forma una sua "pelle culturale" o involucro culturale. La sua cultura interna, interiorizzata, corrisponde alla cultura della famiglia e della comunità. Il gruppo rafforza e conferma i comportamenti del bambino che sono in sintonia con la rappresentazione che il gruppo ha del bambino; la comunità sostiene la madre nella sua funzione di trasmettitrice della cultura. Nella propria comunità la madre è appoggiata dalle donne della famiglia, la madre, le sorelle, le cognate, le madrine, e impara ad essere madre secondo il modello di quella società. Il suo legame con il bambino si costruisce secondo modalità che sono sue personali, ma che sono anche coerenti con il modello di madre del gruppo di appartenenza. Come accudire e crescere il neonato, come nutrirlo e come farlo dormire, come lavarlo e come cantargli le ninna nanne sono atti culturali.

In tutte le culture vengono eseguiti riti di protezione del bambino e della mamma; in tutte le culture la nascita è un momento importante di iniziazione, perché segna il passaggio da uno statuto sociale a un altro, in tutte le culture è un periodo di particolare vulnerabilità, che richiede il sostegno del gruppo. I bambini cresceranno con una solida identità, all'interno di un involucro culturale solido, perché la cultura interiorizzata corrisponde alla cultura del gruppo, la cultura interna e la cultura esterna si rafforzano e si consolidano a vicenda.

La migrazione introduce elementi di grande complessità per tutti i migranti, ma è particolarmente difficile per le donne nel frangente della maternità. La donna si trova a partorire in un contesto che non corrisponde a quello che le è familiare, i messaggi culturali trasmessi da chi la circonda e l'assiste per lei sono indecifrabili. Il suo involucro culturale è fragilizzato dalla migrazione: se viene a mancare la corrispondenza tra la cultura interna e quella esterna, la donna si trova in una situazione traumatica, in senso psicologico, perché la sua capacità di pensare diventa insicura. Questa insicurezza viene definita da M.R. Moro "solitudine elaborativa" e determina nella giovane madre una grande sofferenza e una profonda incertezza su che cosa trasmettere al bambino.

Il mondo esterno è sconosciuto e spesso è vissuto come minaccioso, d'altra parte il bambino vivrà in Italia, la mamma non sa se parlargli in italiano o nella sua lingua, tutto il processo di trasmissione viene segnato da una grande insicurezza: secondo le ricerche della Moro questa fragilità della madre può essere trasmessa anche al bambino.

Sulla base di queste considerazioni nel Centro di salute e ascolto per le donne migranti e i loro bambini, organizzato dalla cooperativa Crinali presso l'ospedale San Paolo di Milano proponiamo da ormai otto anni corsi di accompagnamento alla nascita alle donne migranti. I corsi hanno caratteristiche specifiche perché si configurano come uno spazio di consolidamento dell'involucro culturale della donna, fragilizzato dalla migrazione e sono un'occasione per le donne di uscire dall'isolamento, incontrare altre donne, parlare la propria lingua e l'italiano, conoscere l'ospedale, e familiarizzarsi con le operatrici. Per raggiungere questi obiettivi, abbiamo utilizzato le seguenti strategie:

la caratteristica multiculturale del gruppo a cui partecipano donne di paesi diversi, la partecipazione attiva della mediatrice culturale che acquista una funzione di "iniziatrice" alla cultura italiana,

il passaggio continuo da una lingua all'altra: si può parlare nella lingua d'origine, ma si parla anche in italiano; ci si sofferma su alcune parole chiave, si discute sul significato di queste parole e si osserva come rimandino alle rappresentazioni che evocano nelle diverse culture (embrione-feto-gravidanza- parto- placenta- liquido amniotico-colostro-latte materno sono esempi di queste parole);

un atteggiamento di decentramento culturale da parte dell'ostetrica che conduce il corso. Il decentramento culturale è un atteggiamento interiore di non giudizio e di profondo rispetto per chi è diverso da sé. L'incontro con l'alterità spesso suscita in noi reazioni di smarrimento, disagio, incomprensione perché, in qualche modo, sentiamo minacciata la nostra identità culturale. Se impariamo a riconoscere le nostre reazioni e a elaborarle, nella convinzione che tutte le culture abbiano pari dignità in quanto produzioni umane, gradualmente impareremo a scoprire che esiste una logica intrinseca in ogni comportamento umano, logica che va iscritta nella rispettiva cultura.

lo spazio che nel gruppo viene dato al racconto degli usi, tradizioni, sapori, tradizioni dei paesi di origine,

il rafforzamento della fiducia nella capacità di essere buone madri secondo le modalità apprese nella propria cultura;

l'offerta di informazioni pratiche sui giorni del ricovero in ospedale ;

la continuità tra gravidanza, parto e dopo parto in quanto proponiamo alle donne di continuare a venire agli incontri con il neonato, in modo che l'esperienza di una sia utile anche alle altre e il gruppo a sua volta sostenga la puerpera;

una festa di benvenuto ai neonati (due volte all'anno) con un "rito" in cui si ribadisce che benchè siano nati qui, le loro radici sono nel paese dei nonni e si raccomanda alle mamme di nutrire e consolidare queste radici con molti racconti sulla famiglia e sul paese d'origine e con l'uso della loro lingua madre nel rapporto con i bambini.

Il corso diventa quindi uno spazio dove si può pensare insieme i molti modi di essere donna e madre, al paese e qui, per conservare le tradizioni e rafforzare la propria identità e al contempo trovare strategie di cambiamento e integrazione. Incoraggiare le mamme a raccontare ai bambini la storia dei nonni e l'avventura coraggiosa della migrazione ha diversi scopi: il primo è che le mamme stesse consolidino i legami con la loro cultura d'origine, il secondo è che ripensino alla loro esperienza migratoria in un'accezione positiva valorizzando la forza, il coraggio e le risorse che esse hanno dimostrato. Infine ha lo scopo di favorire una solida iscrizione dei bambini nella genealogia della famiglia, favorendo il passaggio da una cultura all'altra e il senso di appartenere a due culture come una ricchezza. Speriamo così di avere una funzione di prevenzione della vulnerabilità dei bambini nel loro processo di sviluppo. Il lavoro corporeo è importante e permette di comunicare anche a livello non verbale.

Modalità di conduzione del gruppo

Per ogni incontro settimanale di due ore prevediamo un momento di saluti, accoglienza e presentazione, una parte di lavoro corporeo (movimento, massaggi, uso della voce, giochi, musica, rilassamento), una parte dedicata alla conversazione aperta su temi portati dal gruppo, un'altra parte per le informazioni date dall'ostetrica (quando venire in ospedale, che cosa portare...). La scrittura collettiva di alcune parole in italiano e nella lingua d'origine viene effettuata quando una parola risulta importante: le parole che si riferiscono alla gravidanza, al parto, al neonato e al puerperio aprono sempre delle finestre sulle rappresentazioni culturali che sono in essa contenute.

Le informazioni di tipo medico vengono ridotte a quelle più essenziali, le indicazioni pratiche devono essere molto chiare.

Le abitudini e gli usi dei paesi d'origine rispetto alla gravidanza, al parto e all'allevamento dei bambini sono un elemento centrale nel corso, perché evocare le tradizioni del Paese è un modo per consolidare l'involucro culturale e valorizzare il "sapere" sulla maternità della propria cultura.

Con il contributo dell'équipe di Marie Rose Moro, abbiamo messo a fuoco come il gruppo debba essere parte del dispositivo, dunque dobbiamo garantire la presenza di due o tre operatrici in modo che le donne sentano che l'esistenza del gruppo non dipende da loro, ma che il gruppo esiste in ogni caso e esse possono partecipare senza che questo costituisca un impegno. Ogni donna comincia a venire quando lo desidera e può continuare a venire anche dopo il parto.

Abbiamo molta varietà nella partecipazione: alcune dopo pochi incontri non vengono più, altre vengono saltuariamente per diversi mesi, altre ancora investono molto il gruppo e vengono regolarmente, dicendo che aspettano per tutta la settimana il giorno dell'incontro.

I gruppi sono costituiti da donne di diversa provenienza ma che parlino la stessa lingua, in modo da mantenere la ricchezza della pluralità culturale, collaborando con una sola mediatrice. Questa proposta dipende dal fatto che non abbiamo a disposizione del corso più di una mediatrice culturale e che diventa difficile condurre il gruppo passando attraverso tante diverse lingue. Al gruppo partecipano anche alcune donne italiane e donne immigrate di altre culture, ma che parlino italiano. Questo permette di lavorare con due lingue, ma con la presenza di diverse culture.

I gruppi procedono a ciclo continuo, con cadenza regolare (stesso giorno della settimana, stesso orario) secondo un calendario che copre circa sei mesi.

Per verificare l'andamento di ogni incontro, commentare le dinamiche del gruppo, prevedere gli incontri successivi, dopo ogni incontro eseguiamo una breve valutazione con la mediatrice culturale e le altre operatrici del gruppo. La scrittura di un diario di ogni incontro ci permette di riflettere in gruppo sugli aspetti culturali emergenti, sulle modalità di conduzione, sui problemi legati alla lingua e sulle proposte per gli incontri successivi.

La valutazione a distanza di qualche anno dall'inizio dell'esperienza ci sembra positiva. Le donne partecipano volentieri, per alcune il gruppo ha permesso una presenza passiva per un certo periodo e poi un'apertura graduale e infine una relazione terapeutica, penso a tre adolescenti e ad una donna ricoverata nel reparto di psichiatria, che durante le visite o i colloqui individuali erano chiuse a qualsiasi interazione. Per altre è uno spazio in cui portare la grande ricchezza della propria cultura e affiancarla con pari dignità a quanto viene proposto in Italia. Penso a una signora senegalese che ci illustra con grande sicurezza come si accudiscono le donne in gravidanza e dopo il parto: massaggi con il burro di Karité, manipolazioni del corpo, ma anche molte attenzioni per curare la tristezza sia prima sia dopo il parto. Mostra alle compagne del gruppo e a noi come si curano i neonati in modo che ogni gesto abbia un valore simbolico di trasmissione di valori al bambino stesso e agli membri della famiglia ed è con grande orgoglio che conclude: « E' così che si fa da noi, in Senegal »

Dopo i primi incontri nel gruppo si crea un clima di fiducia e simpatia reciproca, che permette molteplici scambi di elementi culturali e la graduale costruzione di legami.

In collaborazione con la Neuropsichitria Infantile stiamo sperimentando gruppi di “accompagnamento alla crescita”, che propongono una prosecuzione del corso pre-parto, con incontri settimanali con mamme e bambini per il primo anno di vita.

*Ostetrica, laureata in filosofia, Clinica Ostetrico Ginecologica Ospedale San Paolo, cooperativa Crinali.

Bibliografia

CRINALI (2000) Bestetti G (ed) Sguardi a confronto. Mediatrici culturali, operatrici del settore materno infantile, donne immigrate. Milano, Franco Angeli.

CRINALI (2001) Professione mediatrice culturale - Un'esperienza di formazione nel settore materno infantile, Milano, Franco Angeli.

R.E. Davis-Floyd, Childbirth and authoritative knowledge, University of California Press, 1997

M.R. Moro, Bambini immigrati in cerca di aiuto - Utet 2001

M.R. Moro, Bambini di qui venuti da altrove- Franco Angeli 2004

M.L.Cattaneo e S. Dal Verme - Donne e madri nella migrazione. Prospettive transculturali e di genere- Unicopli 2005

www.crinali.org

www.clinique-transculturelle.org nella sezione textes en ligne ci sono articoli in italiano

Promozione della salute materno-infantile della popolazione immigrata nella regione Marche

P. Carletti, Z. Afshar, M.S. Ferreiro, D. Hazurovic, F. Polverini, L. Fiordarancio, S. Vichi

Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze/Agenzia Regionale Sanitaria Marche

Introduzione

Le indagini epidemiologiche sul percorso nascita svolte in Italia nell'ultimo decennio, evidenziano che le donne immigrate continuano ad essere "svantaggiate" rispetto alle donne italiane (1).

L'esperienza di chi lavora sul campo e la letteratura scientifica mostrano che le origini delle disuguaglianze nella salute sono riconducibili a numerosi fattori tra cui:

1. migrazioni forzate da zone di guerra, condizioni emergenziali di vita, solitudine, povertà, marginalità sociale e sfruttamento che, peggiorando le condizioni di salute della donna, aumentano i rischi in gravidanza, fetali e neonatali;
2. crescenti difficoltà nell'accesso e la fruizione dei servizi sanitari da parte delle immigrate;
3. grave carenza di informazione da parte delle donne immigrate sui diritti e sulle opportunità di assistenza (ad esempio in una indagine dell'Istituto Superiore di Sanità (2), oltre il 60% delle straniere non aveva ricevuto informazioni sulla possibilità di effettuare una diagnosi prenatale, rispetto al 31% delle italiane. Inoltre, il 67% delle straniere ha dichiarato di non avere avuto alcuna informazione sull'utilizzo di metodi contraccettivi in puerperio, rispetto al 40% delle italiane);
4. mancanza di offerta attiva e di interventi mirati per la tutela della salute dei gruppi di donne più disagiate; a questo proposito, va sottolineato ad esempio, che le donne immigrate, un'offerta raramente frequentano i corsi di preparazione al parto;
5. crescente privatizzazione dell'assistenza sanitaria, particolarmente nell'ambito della salute femminile;
6. accelerazione delle dimissioni post-parto e mancanza di continuità assistenziale nel periodo post parto;
7. scarsa o assente attività organizzata di informazione e sostegno alle puerpere, specie se sono donne meno istruite ed immigrate (3);
8. mancanza di supporti adeguati per gli operatori in termini di comunicazione interculturale e di aggiornamento sull'utenza immigrata.

Lo svantaggio sociale delle donne immigrate e le difficoltà di accesso ai servizi si traducono in peggiori esiti in termini di salute:

- I. in Italia, tra le prime sei maggiori cause di ricovero degli stranieri residenti, cinque sono connesse alla gravidanza, a complicanze in gravidanza e al parto (Ministero della Salute, anno 1998);
- II. le malattie più diffuse tra le donne straniere riguardano la gravidanza ed il parto, le mutilazioni genitali, le infezioni, i traumi e le malattie sessualmente trasmesse (4, 5);
- III. la quota di aborti spontanei è passata dal 2,7% nel 1992, al 3,8% nel 1996 al 7,4% nel 1999, pari a 5152 aborti spontanei (6);
- IV. nel 2000, il tasso di abortività volontaria (IVG) tra le donne straniere è risultato del 32 per 1.000, contro il 9 per 1.000 delle italiane (7);
- V. il tasso di nati-mortalità tra i bambini stranieri è pari a 6,6 per 1.000 (4,1 per 1000 negli italiani); il 9% dei bambini immigrati (il 4,4% degli italiani) pesa meno di 2,5 Kg alla nascita (8); l'asfissia neonatale è presente nel 2,3% dei neonati immigrati contro l'1,2% degli italiani (9). Infine, per quanto riguarda la copertura vaccinale, alcune indagini hanno evidenziato bassi livelli di immunizzazione a carico dei bambini stranieri presenti in Italia.

Nella regione Marche, nel 2002, (10) i motivi ostetrico-ginecologici rappresentano per le immigrate residenti, per le STP e per le marchigiane rispettivamente il 58%, il 47% ed il 20% di tutte le degenze. I parti delle donne straniere rappresentano il 14,5% del totale, un valore in costante aumento (4% nel 1997, 9% nel 1999, 11% nel 2000).

I ricoveri per cause ginecologiche, differentemente che nelle donne marchigiane, rappresentano, per le immigrate la terza motivazione di ricovero. Inoltre per queste ultime, il fenomeno dell'abortività spontanea, mostra valori costantemente più elevati rispetto alle marchigiane (circa il doppio), confermando che le condizioni di vita per le immigrate sono meno salubri rispetto alle residenti.

Un'indagine campionaria sul percorso nascita effettuata nella regione Marche in collaborazione con l'ISS (11), ha evidenziato i seguenti punti critici:

- elevato rischio di effettuare tardivamente i controlli in gravidanza (rischio relativo per le immigrate rispetto alle marchigiane pari a 4,5),
- mancata partecipazione ai corsi di preparazione alla nascita (partecipano ai corsi il 33% delle marchigiane contro il 5% delle immigrate),
- scarsa fruizione dell'assistenza domiciliare post-parto (ne fruiscono il 14% delle marchigiane contro il 9,5% delle immigrate),
- carenza nelle informazioni ad esempio sul parto e travaglio (il 60% delle immigrate riferisce di aver avuto informazioni inadeguate su travaglio e parto durante la gravidanza vs il 44% delle marchigiane).
- Le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) delle immigrate rappresentano il 27,8% di tutte le IVG della regione.

La salute materno-infantile, dunque, risulta essere una delle aree più critiche per la quale da più parti si sottolinea l'importanza dell'accessibilità ai servizi socio-sanitari, che è condizionata in buona parte dalle informazioni e dalle conoscenze che gli stranieri ricevono e dalla qualità della relazione.

Il progetto

Nel corso del 2005 e 2006 l'Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche, in collaborazione con l'Associazione Senza Confini di Ancona⁸², ha realizzato il progetto regionale "Promozione della salute materno-infantile della popolazione immigrata nella regione Marche", avente l'obiettivo di aumentare l'efficacia dei servizi sanitari pubblici nella tutela della salute materno-infantile della popolazione immigrata. Questo obiettivo è stato declinato nei seguenti obiettivi specifici:

1. creazione di materiali di promozione della salute culturalmente pertinenti (video plurilingue)
2. preparazione del personale socio-sanitario dei servizi materno-infantili della regione all'uso appropriato del video
3. utilizzo generalizzato del video nei punti nascita e nei consultori, monitoraggio e valutazione
4. produzione di materiale informativo plurilingue di supporto all'utilizzo del video

L'opportunità per le donne immigrate che si rivolgono ai servizi materno-infantili di avere una corretta informazione nella propria lingua e la possibilità per gli operatori di avere a disposizione uno strumento che facilita la comunicazione dovrebbe, nel medio periodo, facilitare l'accesso ai servizi e mettere le donne straniere in condizioni di gestire meglio la propria salute sessuale e riproduttiva.

Realizzazione del progetto

La partecipazione alla realizzazione del progetto è entrata a far parte degli obiettivi di budget 2005 assegnati dall'Assessorato alla Salute della regione Marche a tutte le Aziende Sanitarie. Pertanto le Direzioni delle ASL e dei Servizi e gli operatori sanitari sono stati coinvolti in tutte le fasi della realizzazione del progetto.

Il progetto è stato avviato a gennaio 2005 e si conclude ad aprile 2006. E' stato realizzato con il sostegno economico della Cariverona (finanziamento assegnato su

⁸² Associazione Senza Confini – Ancona: è un'associazione di volontariato che dispone di una grande esperienza nell'ambito della salute straniera e fornisce un servizio di mediazione interculturale in ambito socio-sanitario; i mediatori dell'Associazione hanno partecipato al gruppo di lavoro dando un prezioso contributo nei contenuti, nelle modalità di approccio alle questioni culturali e nel coinvolgimento di donne straniere che hanno vissuto direttamente l'esperienza della gravidanza in Italia.

bando di concorso nazionale all'Associazione Senza Confini di Ancona) e dell'ARS/Marche

A) Azioni del progetto

3. Costituzione del team di progetto composto da: responsabile scientifica, coordinatrice, segretaria organizzativa, ginecologa, pediatra, ostetrica, assistente sociale, assistente sanitaria, mediatrici culturali, sociologa, operatore cinematografico (gennaio-febbraio 2005).
4. Interviste individuali e di gruppo e focus group con mediatrici culturali e gruppi di donne di varie nazionalità per comprendere i bisogni informativi da parte di donne di differenti culture (sono state coinvolte n. 45 donne di 23 nazionalità) (febbraio-marzo 2005).
5. Definizione dei contenuti del video e delle modalità audio-visive comunicative culturalmente e tecnicamente appropriate, mediante fusione critica di quanto suggerito dagli operatori sanitari sulla base dell'EBM, dalle donne immigrate e dal regista (marzo-giugno 2005)
I contenuti informativi riguardano:
 - igiene della gravidanza fisiologica
 - evento nascita
 - puerperio: cura della salute della madre e del bambino, allattamento, svezzamento
 - vaccinazioni
 - contraccezione e prevenzione dell'IVG
6. Stesura definitiva del testo-video, della durata di 30 minuti, in italiano (marzo-maggio 2005).
7. Traduzione del testo in 10 lingue e controllo delle traduzioni (giugno 2005).
8. Realizzazione della bozza-video in italiano da sottoporre al testing (maggio-giugno 2005).
9. Testing del video in un incontro regionale a cui hanno partecipato di 34 operatori sanitari, 11 mediatrici interculturali e 13 altre persone italiane e straniere (27 giugno 2005).
10. Realizzazione della versione definitiva del video, verifica dei testi nelle varie lingue e doppiaggio nelle 10 lingue straniere; verifica della "resa orale" del video (luglio-ottobre 2005).
11. Presentazione del progetto e del video agli operatori del materno-infantile delle 13 Zone Territoriali e delle 2 Aziende Ospedaliere della regione (14 incontri e 286 operatori coinvolti) (ottobre-novembre 2005).
12. Progettazione e realizzazione, da parte del team di progetto, di un corso regionale di formazione rivolto prevalentemente alle ostetriche (n. 56 ostetriche) dei servizi consultoriali e dei punti nascita della regione, con l'obiettivo di prepararle all'uso pertinente del video (novembre 2005 -aprile 2006).

Il corso di formazione è stato inserito nella programmazione formativa regionale e accreditato ECM. Si è articolato in 25 ore di parte teorica e 25 ore di parte pratica

dedicata all'utilizzo sperimentale del video nei luoghi di lavoro delle partecipanti. Durante il corso sono state discusse e condivise le strategie e le conseguenti procedure per l'impiego del video nel rispetto dell'organizzazione dei singoli servizi consultoriali e dei punti nascita e le modalità per la sua diffusione nei vari servizi sanitari e associazioni del territorio. Un punto fermo è che il video non vuole e non deve sostituire la relazione clinica ma facilitarla. Infatti esso sarà mostrato alle donne dal personale socio-sanitario dei servizi. Sono stati, inoltre, individuati gli strumenti per valutare l'uso del video nei servizi e la sua utilità per gli operatori. Alla fine della parte teorica del corso, il lavoro svolto in aula dalle partecipanti è stato presentato ai direttori dei Distretti Sanitari delle Zone Territoriali e ai responsabili delle Unità Operative di Ostetricia-ginecologia al fine di essere validato e di cogliere ulteriori suggerimenti.

13. Ricognizione delle risorse informatiche ed audiovisive disponibili nei servizi sanitari che avrebbero utilizzato il video e donazione di n. 45 lettori DVD per facilitare l'utilizzo immediato del video (gennaio-febbraio 2006).
14. Sperimentazione del video nei consultori e punti nascita della regione e monitoraggio (marzo-aprile 2006)
15. Monitoraggio (in corso)
16. Breve campagna di marketing sociale per la promozione e la diffusione dell'impiego del video presso le donne immigrate anche al di fuori dei servizi sanitari (incontri ad hoc organizzati dai Comuni, Associazioni di Stranieri, Associazioni di Volontariato, con la partecipazione di operatori socio-sanitari dei servizi pubblici - in corso)
17. Organizzazione di un Convegno regionale sulla salute materno-infantile della popolazione immigrata (in corso)

B) Metodologia

Tutte le azioni del progetto sono state progettate, condivise e realizzate dal team di progetto (diverse figure tecniche tra cui mediatrici culturali e donne immigrate) mediante focus group, interviste, biografie, lavoro di gruppo: ciò ha consentito di lavorare costantemente tenendo presente i differenti punti di vista.

Le caratteristiche del team di progetto, il successivo coinvolgimento dei Collegi provinciali delle ostetriche e delle partecipanti al corso di formazione, la metodologia interattiva adottata hanno consentito la valorizzazione delle risorse delle donne immigrate e l'impiego di un approccio interculturale alle problematiche relative alla salute femminile

Inoltre i responsabili dei punti nascita e dei consultori, nonché le direzioni aziendali sono stati tenuti costantemente informati del lavoro che si stava svolgendo, al fine di raggiungere la condivisione e la validazione di tutte le fasi del progetto.

Indicatori

Per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi è stato previsto di utilizzare i seguenti indicatori:

1. n. di operatori sanitari formati per l'impiego del video
2. n. punti nascita in cui è utilizzato il video/totale dei punti nascita della regione
3. n. di consultori in cui è utilizzato il video/totale di consultori della regione
4. n. donne straniere che hanno visto il video/n. totale di donne che hanno avuto accesso al servizio
5. n. donne che hanno visto il video/n. donne a cui è stato proposto il video
6. n. donne a cui è stato proposto il video/n. donne che hanno avuto accesso al servizio
7. materiale informativo pertinente prodotto e diffuso

Risultati

- E' stato prodotto un video (DVD) di promozione della salute materno-infantile della popolazione immigrata dal titolo "Per la vostra salute donne del mondo". Il video è in 11 lingue: italiano, inglese, francese, spagnolo, arabo, russo, cinese, albanese, rumeno, ucraino, bangla.
Il video è destinato principalmente agli operatori dei servizi consultoriali e dei punti nascita delle aziende sanitarie di tutta la regione con l'obiettivo di ridurre le difficoltà nell'accesso ai servizi.
- Sono state formate e "addestrate" all'impiego del video 56 ostetriche dei punti nascita e dei consultori pubblici della regione Marche.
- Da circa un mese tutti i punti nascita della regione (18/18) e la maggior parte dei servizi consultoriali (n. 28 su 34 sedi consultoriali stabili) stanno utilizzando il video.

Altri risultati

- Creazione e consolidamento di un gruppo di lavoro regionale per la promozione della salute materno-infantile delle donne immigrate e dei gruppi più vulnerabili.
- Sensibilizzazione dei Responsabili dei servizi al diritto alla salute e alle problematiche delle donne immigrate.
- Coinvolgimento dei Collegi provinciali delle ostetriche nella promozione del video nei servizi sanitari.
- Creazione di una rete di ostetriche dell'ospedale e del territorio coinvolte in un lavoro collegiale nel progetto.
- Produzione di materiale di accompagnamento al video (guida sul diritto alla salute degli immigrati, materiale informativo plurilingue per le donne).
- Dimostrazione del video in contesti non sanitari grazie all'impegno di alcuni Comuni e Associazioni di volontariato che stanno promuovendo incontri rivolti alle donne immigrate, con la presenza di operatori sanitari.
- Individuazione di alcune priorità da approfondire nell'immediato futuro quali: informazione del personale amministrativo sanitario sulla normativa

per l'assistenza sanitaria agli immigrati, contraccezione, allattamento al seno e corsi di preparazione alla nascita.

Monitoraggio

Con l'avvio della sperimentazione del video è iniziato anche il monitoraggio avente come finalità quella di valutare quanto il video viene utilizzato e come, quali sono le eventuali criticità, se esso è utile agli operatori per facilitare la comunicazione, di individuare ulteriori azioni di approfondimento e di comprendere i nodi culturali sui quali sarà necessario lavorare in futuro

Durante il Corso di formazione il coordinamento scientifico del progetto e le partecipanti hanno condiviso le finalità del monitoraggio e poi discusso ed elaborato gli strumenti per realizzarlo. Sono state infatti predisposte delle schede ad hoc.

Valutazione del progetto

La valutazione di impatto ha lo scopo di verificare l'efficacia del progetto rispetto all'obiettivo generale - aumentare l'efficacia dei servizi sanitari pubblici (SSN) nella tutela della salute materno-infantile della popolazione immigrata - . Essa non è ancora stata progettata completamente e la sua realizzazione, che comunque prevede un'indagine qualitativa in profondità (interviste, focus group agli operatori sanitari e alle donne immigrate che hanno fruito del video ed eventuali componenti delle loro famiglie) dipenderà anche dalla disponibilità delle risorse necessarie.

Conclusioni

L'intenzione di aumentare l'efficacia dei servizi sanitari pubblici della regione Marche nella tutela della salute materno-infantile della popolazione immigrata attraverso la predisposizione di un video plurilingue e culturalmente pertinente contenente informazioni per la promozione della salute, è un intervento innovativo.

Il video non vuole e non deve sostituire la relazione clinica tra operatore sanitario italiano e donne immigrate ma facilitarla, superando l'impiego del materiale cartaceo in lingua straniera che spesso è risultato di scarsa efficacia . Il video sarà mostrato alle donne dai professionisti dei servizi sanitari che, pertanto, continueranno ad essere al fianco delle donne immigrate.

La grande adesione al progetto da parte di medici, ostetriche, infermieri, assistenti sociali e sanitarie della regione Marche e il mandato istituzionale da parte dell'Assessorato alla Salute delle Marche che lo stesso progetto ha avuto, unitamente all'interesse suscitato in molti Servizi Sociali dei Comuni e tra le Associazioni di immigrati e non presenti nel territorio rappresentano un risultato molto soddisfacente e costituiscono la base da cui ripartire per implementare le azioni di sviluppo del progetto stesso

Bibliografia

1. Spinelli A, Grandolfo M, Donati S, Andreozzi S, Longhi C, Bucciarell M. Assistenza alla nascita per le donne immigrate.

ISS, Convegno Immigrati e zingari, Roma, novembre 2002

2. Donati S, Spinelli A, Grandolfo M, Baglio G, Andreozzi S, Pediconi M, Salinetti S.

L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia.

Annali ISS, 1999, 35 (2), 289-296

3. Donati S, Grandolfo M, Patriarca V, Spinelli A.

Analisi epidemiologica dell'evento nascita e valutazione dell'assistenza in gravidanza, parto e puerperio.

Tendenze Nuove, genn-febbr, 2001, 31-42

4. Morrone A, Spinelli A, Geraci S, Toma L. Andreozzi S.

Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico S. Maria e S. Galliciano, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Area Sanitaria, Caritas Diocesana, Roma

5. Ministero della Salute, anno 2000

Il ricovero ospedaliero degli stranieri in Italia, anno 2000

6. Burgio A, Silvestri I.

Caratteristiche dell'ospedalizzazione degli immigrati provenienti dai paesi a forte pressione migratoria e la salute riproduttiva delle donne straniere.

Atti del 7° seminario internazionale di Geografia Medica – Salute e immigrazione, Verona 2001

7. Spinelli A, L'interruzione volontaria di gravidanza tra le straniere immigrate in Italia.

Atti VI Consensus Conference sulla Immigrazione e IV Congresso Nazionale della SIMM, Palermo, 25-28 maggio 2000

8. ISTAT, 1994

9. Bona G, Zafferoni M e gruppo di lavoro bambino immigrato (1998)

Stato di salute dei neonati figli di immigrati. Rivista Italiana di Pediatria, 24, 713-718

Lo stato di salute della popolazione immigrata nella regione Marche

Report anno 2002, www.ars.marche.it

11. Dubbini L, De Giacomi V. G, Carletti P, Mancini C.

Il Percorso nascita nella regione Marche, 2003, www.ars.marche.it

Si ringrazia il team di progetto, composto oltre che dagli autori del presente lavoro, da:

dr.ssa F. Giorgetti, Dr.ssa M.Carletti, ostetrica G. Pompilio, ass. san. G. Bianchi, mediatrici

N. Ceka, N. Daoud, J. Garnier, N. Isaj, S. Zeaul Karim, G. Kingsley Awuah, N. Padureanu, R. Paolisso, L. M. Sanchez Agreda, O. Shatokhina, G. Tian.

GRAVIDANZA E PARTO NELLA DONNA IMMIGRATA IN FRIULI VENEZIA GIULIA

Rosalia Da Riol

S.O.C Neonatologia – A.O.S.M.M.- Udine

Nel Friuli Venezia Giulia (FVG) si è assistito, soprattutto nell'ultimo decennio, ad un incremento costante delle presenze straniere (al 31.12.2004, 60.134 unità) e, tra queste, della componente femminile (47,4%) costituita prevalentemente da donne giovani, nella fascia di età fertile, con tutte le problematiche connesse alla salute sessuale e riproduttiva .

La gravidanza ed il parto rappresentano ancor oggi un momento molto delicato per la salute e la vita della donna e del neonato; secondo le recenti legislazioni italiane la donna immigrata, regolarmente residente o temporaneamente presente nel nostro territorio, ha la possibilità di beneficiare, in maternità, delle competenze e delle strutture sanitarie che le consentono di seguire meglio la gravidanza dal punto di vista medico (DM 10/09/98).

L'incremento della natalità nella nostra regione (dal 2001 al 2004 si è passati da 9696 a 10216 nati per anno) è dovuto al progressivo aumento dei nati da donne immigrate la cui percentuale rispetto alla popolazione neonatale totale per anno è salita (sempre nello stesso intervallo di tempo) dal 8.7 al 14.6%

I pochi dati disponibili in letteratura sulla realtà italiana evidenziano una maggiore incidenza di esiti neonatali ed una minore qualità di assistenza ricevuta dalle donne straniere durante la gravidanza ed il parto rispetto alle italiane (1-3) .

Obiettivi

Gli obiettivi principali di questa indagine sono :

- conoscere le caratteristiche socio-demografiche delle donne immigrate che si rivolgono ai servizi sanitari del FVG al momento della gravidanza e del parto.
- confrontare l'attuale condizione di accessibilità ai servizi sanitari e di qualità delle cure ricevute dalle donne immigrate rispetto alle italiane
- confrontare l'incidenza di esiti neonatali nelle gravide immigrate rispetto alle italiane.

Fonte

I dati utilizzati in questa indagine sono ottenuti dagli Archivi regionali di Certificati di assistenza al parto, Schede di dimissione ospedaliera, Interruzione volontaria di gravidanza (schede ISTAT)- anni di analisi 2001-2004. Le elaborazioni dei dati sono a cura dell'Agenzia Regionale della Sanità Friuli Venezia Giulia - dr.ssa G.Pessina.

Risultati:

Si evidenzia un incremento del numero di donne immigrate che accedono ai servizi sanitari della nostra regione per l'assistenza alla gravidanza ed al parto negli anni considerati.

Rispetto alle italiane queste donne:

- sono in media più giovani: l'intervallo di età in cui le donne immigrate partoriscono più frequentemente è 25-29 anni mentre per le donne italiane è 30-34 anni.
- presentano una maggiore percentuale di giovanissime (<18 anni)
- presentano uno stato civile comparabile, un livello di scolarità inferiore (anche se comunque si rileva un 40% con Scuola media superiore ed un 9.0 % di laureate), un livello di occupazione inferiore (dato sempre sottostimato vista la precarietà di lavoro di gran parte di queste donne che spesso lavorano in nero),
- si sottopongono più frequentemente a IVG : il tasso di abortività risulta pari a 34.3 per mille a fronte del 6.9 per mille nelle donne italiane. Le immigrate inoltre fanno ricorso all'IVG con una maggiore ripetitività rispetto alle italiane, in particolare la percentuale di donne straniere che ha avuto due o più IVG precedenti è da due e quattro volte superiore a quella delle italiane.
- presentano una maggiore pluriparità
- eseguono la prima ecografia, in media, due settimane dopo le italiane (rispettivamente alla 10° e alla 8° settimana gestazionale), durante la gravidanza, in media, il numero di visite di controllo e di ecografie è minore.
- fanno registrare una maggior percentuale di taglio cesareo d'urgenza rispetto alle italiane, non motivata da una maggiore incidenza di patologie ostetriche che ne sono indicazione (ipertensione arteriosa, travaglio di parto estremamente prematuro, IUGR ect)
- negli anni 2001-2003 si era rilevato un graduale aumento nell'incidenza di:
 - parto gravemente prematuro (<28 settimane gestazionali),
 - neonati con peso alla nascita estremamente basso (<1000gr),
 - nati morti;nel 2004 tale tendenza sembra essersi stabilizzata a valori comparabili a quelli della popolazione delle donne italiane.
- la incidenza di gravi malformazioni (gastroschisi, onfalocele, spina bifida, gravi cardiopatie) risulta essere lievemente maggiore nei figli di donne immigrate.

Discussione:

Il quadro generale che emerge è, fondamentalmente, quello di una realtà regionale multiculturale che sta' evolvendo e dove si evidenziano importanti differenze negli indicatori di qualità delle cure ricevute dalle gravide immigrate rispetto alle italiane.

Tali dati si allineano con quelli già riferiti da precedenti studi in diverse realtà italiane (1-3). La donna immigrata in età fertile è maggiormente a rischio di disagi e complicanze dovute probabilmente, oltre al difficile rapporto interculturale e a condizioni socio-economiche e lavorative spesso precarie, ad una scarsa conoscenza dei percorsi sanitari e ridotta possibilità di accesso ai servizi destinati a supporto della donna per tutte le problematiche connesse alla gravidanza ed il parto.

L'elevata incidenza di IVG nelle donne straniere trova, molto probabilmente le sue radici, oltre che nei valori culturali e nelle abitudini socio-sanitarie che ognuna di esse porta dal proprio paese, nella carenza di informazioni sulle normative e sui diritti esigibili in Italia (4,5)

Anche la lieve maggiore incidenza di malformazioni gravi nei figli di madri immigrate può essere spiegata da un mancato percorso diagnostico prenatale; simili malformazioni individuate in epoca prenatale dalle indagini routinarie eseguite dalle gravide italiane conducono per lo più all'interruzione volontaria di gravidanza (1).

La più alta percentuale di taglio cesareo d'urgenza rispetto alle italiane (non motivata da una maggiore incidenza delle maggiori patologie ostetriche che ne sono indicazione), lascia spazio alla ipotesi di una maggiore difficoltà dell'operatore sanitario nell'approccio al parto di una donna immigrata per scarsa conoscenza di fattori etnici di diversità: fattori linguistici, culturali, religiosi, antropomorfici. Se esiste un gap culturale e linguistico tra operatore e partoriente, difficilmente alle manifestazioni di paura, dolore, disagio della donna verrà data una valutazione ed una risposta adeguata e più facilmente si ricorrerà al taglio cesareo, decisione tra l'altro favorita da una minore pressione medico legale che l'operatore ha quando lavora con una paziente immigrata (6-10). Sono confortanti i dati a riguardo dell'incidenza di parto gravemente prematuro (<28 settimane gestazionali), neonati con peso alla nascita estremamente basso (<1000gr) e nati morti nella popolazione di donne straniere che, nel 2004, sono comparabili a quelli delle donne italiane.

Da vari lavori in letteratura emerge comunque la necessità di una analisi approfondita non solo degli effetti che una frequente condizione di disagio sociale, ambientale ed economico di una gravida immigrata può avere sulla crescita e sul benessere del feto, ma anche di quanto la provenienza geografica ed etnica di questa donna, la storia familiare, nutrizionale e di salute in generale, vissuta nel suo paese di origine, possano segnare il futuro del suo piccolo (11-17)

Dai risultati di questa indagine si evince, quindi, la necessità di:

1. divulgazione di materiale informativo in lingue diverse sui servizi di assistenza alla donna in età fertile da distribuire in luoghi frequentati anche al di fuori dell'ambito sanitario (medici di base, uffici al pubblico dei distretti sanitari, questura, punti di incontro -religiosi, sociali etc.- delle diverse comunità)
2. *valorizzazione e potenziamento del servizio di mediazione linguistico-culturale in questo contesto, preparando mediatrici che seguano in modo specifico le donne durante il percorso nascita ed in caso di IVG.*
3. *formazione del personale finalizzata ad una maggiore conoscenza e competenza nella assistenza di queste fasce di popolazione a rischio.*
- 4 *gruppo di lavoro interdisciplinare che interagisca con rappresentanti delle diverse comunità presenti nel territorio per evidenziare eventuali problemi, prospettare eventuali strategie di intervento e di informazione necessarie a garantire l'uguaglianza al diritto alla salute a tutte le donne italiane ed immigrate.*

BIBLIOGRAFIA

1. *Rizzo N, Ciardelli V et al: Delivery and immigration : the experience of an Italian hospital. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004 Oct 15; 116: 170-2*
2. *Spinelli A, Baglio G et al: Health conditions of immigrant women in Italy. Ann Ig. 2005 May Jun; 17 (3) : 231-41*
3. *Diani F, Zanconato G et al: Management of the pregnant immigrant woman in the decade 1992-2001. J Obstet Gynaecol. 2003, Nov; 23(6): 615-7*
4. *Spinelli A, Forcella E et al: L'indagine sull'interruzione volontaria della gravidanza tra le donne straniere). Versione preliminare Rapporto ISTISAN dicembre 2005*
5. *Grandolfo M, spinelli A.: Interruzione volontaria di gravidanza in Italia: Epidemiologia. Scienze cliniche –Medicina perinatale. Cap.68. pag.1011-1016*
6. *McCourt C, Pearce A.: Does continuity of carer matter to women from minority ethnic groups. Midwifery 2000; 16;145-54*
7. *Blackford J, Street A.: Cultural conflict: the impact of western feminism on nurses caring for women of non-English speaking background. J Clin Nurs 2002; 11: 664-71*
8. *Small R, Yelland J et al: Immigrant women's views about care during labor and birth: an Australian study of Vietnamese, Turkish and Filipino women. Birth 2002; 29:266-77*
9. *Sheiner E, Sheiner Ek et al: Overstimulation and understimulation of labor pain. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000; 91: 37-40*
10. *Green J: Expectations and experiences of pain in labor: findings from a large prospective study. Birth 1993; 20: 65-72*

11. Robertson E., Malmstrom M et al: *Do foreign-born women in Sweden have an increased risk of non-normal childbirth?. Acta Obstet Gynecol Scand 2005; 84: 825-832*
12. Chung H, Boscardin J et al: *Ethnic differences in birth weight by gestational age: at least a partial explanation for the Hispanic epidemiologic paradox? Am J Obstet Gynecol. 2005, vol.189-4*
13. Petrova A, Rajeev M et al: *Impact of race and Ethnicity on the outcome of preterm infants below 32 weeks gestation. Journal of Perinatology 2003; 23: 404-408*
14. Ranganathan D, Wall Stephen et al: *Racial differences in respiratory-related neonatal mortality among very low birth weight infants. J Pediatr 2000; 136:454-59*
15. Pallotto E, Collins J et al: *Enigma of maternal Race and Infant Birth weight: a population-based study of US-born black and Caribbean-born Black Women. Am J Epidemiol 2000; 151: 1080-85*
16. Acevedo-Garcia D, Soobader MJ et al: *The differential effect of foreign-born status on low birth weight by race/ethnicity and education. Pediatrics 2005; 115, e20-e30*
17. Blair J, Reed S et al: *Increased risk of adverse pregnancy outcome among Somali immigrants in washington state. Am J Obstet Gynecol. 2005 Aug; 193, 475-82*

IVG e contraccezione nelle donne immigrate

Emanuela Forcella (a), Giovanni. Baglio (a), Gabriella Guasticchi (a), Samantha Di Rollo (a), Michele Grandolfo (b), Patrizia Madoni (c), Graziella Sacchetti (d), Fiammetta Santini (e), Giovanna Scassellati (f) Angela Spinelli (a).

(a) Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Via di Santa Costanza 53 - Roma fax: 0683060463, email: forcella@asplazio.it

(b) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità – Roma

(c) ASL Città di Milano - Milano

(d) Azienda Ospedaliera Polo Universitario San Paolo – Milano

(e) Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo - Milano

(f) Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini - Roma

1. Introduzione

Nel corso degli ultimi anni in Italia, parallelamente all'incremento demografico della popolazione femminile immigrata, si è registrato anche un aumento della proporzione di IVG effettuate dalle donne straniere, per le quali nel 2002 i tassi di abortività sono risultati circa quattro volte superiori a quelli delle donne italiane.

Se è vero che le statistiche correnti permettono di delineare un quadro generale del fenomeno, tuttavia rimangono largamente inesplorati gli aspetti individuali e culturali che rappresentano una componente importante nelle scelte riproduttive. Per tale ragione nel 2004 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio hanno condotto un'indagine multicentrica riguardante il ricorso all'IVG tra le donne immigrate.

I principali obiettivi dell'indagine sono stati:

- ❖ approfondire le conoscenze sulle scelte riproduttive nella popolazione immigrata;
- ❖ individuare eventuali fattori di rischio e le motivazioni del ricorso all'IVG;
- ❖ evidenziare le differenze tra i gruppi etnici;
- ❖ valutare l'accesso ai servizi e le difficoltà più frequentemente incontrate dalle donne immigrate;
- ❖ fornire agli operatori proposte per migliorare l'organizzazione dei servizi e per la prevenzione dell'IVG.

Di seguito sono riportati i risultati relativi alla conoscenza e all'utilizzo della contraccezione, e al ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, in particolare approfondendo le ragioni che hanno indotto le donne a prendere questa decisione. Si ricorda che questa indagine riguarda donne che sono ricorse all'IVG e quindi non sono rappresentative della totalità delle donne in età feconda relativamente all'uso della contraccezione.

2. Metodologia

L'indagine è stata condotta in 4 regioni italiane (Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna e Lazio) e su alcuni gruppi etnici che presentavano un elevato ricorso all'IVG (Romania, Ucraina, Perù, Ecuador, Marocco, Nigeria e Cina).

Lo studio si è articolato in due fasi distinte che hanno previsto, rispettivamente, l'utilizzo di una metodologia quantitativa (questionario standard) per un campione di 605 donne e una metodologia qualitativa (intervista semi-strutturata) per un gruppo ristretto di 43 donne che sono state intervistate nella loro lingua da mediatrici culturali addestrate.

3. Risultati

3.1. La contraccezione

3.1.1. La conoscenza dei metodi contraccettivi.

Il livello di conoscenza sulla salute riproduttiva e sui contraccettivi è risultato generalmente basso: una parte consistente delle donne non è stata in grado di identificare il periodo fertile e conosce superficialmente i metodi che usa.

La pillola risulta essere il metodo contraccettivo più conosciuto dalle donne straniere (77%), in modo particolare da quelle provenienti dall'Africa e dal Sud America. Il preservativo (67%) è conosciuto soprattutto dalle donne cinesi e nigeriane, mentre il coito interrotto (54%) è stato riportato dalla quasi totalità delle donne dell'Est Europa (Tabella 1). La pillola è anche il metodo contraccettivo che le donne si sentirebbero di consigliare maggiormente alle loro amiche.

Tabella 1. La conoscenza della contraccezione (in percentuale)

	Ecuador	Perù	Romania	Ucraina/ Moldavia	Marocco	Nigeria	Cina	Totale
	n=126	n=176	n=171	n=31	n=29	n=33	n=39	n=605
Conoscenza del periodo fertile								
Durante le mestruazioni	3,2	5,7	0,6	0,0	3,4	6,1	0,0	3,0
Circa a metà ciclo	41,3	45,5	57,9	45,2	72,4	48,5	59,0	50,4
Subito dopo le mestruazioni	46,0	40,9	35,1	41,9	17,2	6,1	10,3	35,4
Subito prima le mestruazioni	7,9	5,1	5,3	12,9	3,4	9,1	5,1	6,3
Non so	1,6	2,8	1,2	0,0	3,4	30,3	25,6	5,0

**Metodi
contraccettivi
conosciuti
(più di 1
risposta
possibile)**

Nessuno	0,0	0,6	2,3	6,5	0,0	6,1	2,6	1,7
Coito interrotto	38,1	42,0	90,6	83,9	31,0	24,2	17,9	54,0
Ogino Knaus (Calendario)	60,3	55,7	33,3	22,6	55,2	30,3	15,4	44,6
Altri metodi tradizionali	6,3	4,0	0,0	0,0	0,0	6,1	0,0	2,8
Preservativo	66,7	73,3	53,8	67,7	69,0	81,8	87,2	67,3
Diaframma	7,1	4,0	1,8	0,0	6,9	3,0	2,6	3,8
Spirale	86,5	72,7	21,1	32,3	48,3	3,0	82,1	54,5
Pillola	97,6	93,8	49,7	35,5	100,0	84,8	61,5	76,9
Iniettabili	45,2	62,5	0,6	0,0	6,9	3,0	15,4	29,3
Sterilizzazione	5,6	3,4	0,0	0,0	13,8	0,0	2,6	3,0
Impianti ormonali	19,8	17,6	0,6	0,0	3,4	0,0	0,0	9,6

Anche dall'indagine qualitativa è emersa una conoscenza dei metodi contraccettivi molto limitata, appresa soprattutto dalle amiche, “per sentito dire”, che si traduce in un atteggiamento “diffidente”, a volte timoroso nei confronti della contraccezione:

“Per esempio mia cognata si era messa la T di rame ma mi diceva che le si era incarnata con il tempo e quando se l'è tolta ha avuto un'emorragia e le ha fatto molto male, allora non è che... cioè mi ha fatto venire paura” (*Ecuador, 25 anni, sposata, 1 figlio*).

“Tra le donne cinesi c'è una voce in giro che dice che la pillola ha effetti collaterali, poi la mia salute non è stata mai in buona condizione, ogni tanto ho mal di stomaco, avendo sentito la voce in giro ho anche paura di prenderla” (*Cina, 23 anni, sposata, 1 figlio*).

3.1.2. Il ricorso alla contraccezione.

Il 56% delle donne intervistate (Tabella 2) non aveva fatto alcun uso di contraccezione per evitare la gravidanza per cui è poi ricorsa all'IVG; tra queste, il 46% ha riportato di non aver adottato alcuna precauzione perché in quel momento “non ci pensava”: sono soprattutto le donne sudamericane a mostrare un atteggiamento fatalista. La quasi totalità delle donne nigeriane non aveva utilizzato alcun metodo.

Tabella 2. I metodi contraccettivi usati dalle donne straniere (in percentuale)

	Ecuador	Perù	Romania	Ucrain a/ Moldavia	Marocco	Nigeria	Cina	Totale
	n=126	n=176	n=171	n=31	n=29	n=33	n=39	n=605
Metodo contraccettivo utilizzato per evitare ultima gravidanza								
No*	49,2	52,3	52,6	48,4	58,6	97,0	76,9	55,9
Volevo rimanere incinta	8,1	4,3	11,1	13,3	0,0	0,0	13,3	7,4
Non ci pensavo	71,0	52,2	32,2	46,7	58,8	40,6	13,3	45,9
Partner non voleva	0,0	3,3	0,0	0,0	11,8	12,5	3,3	3,0
Pensavo di essere sterile	4,8	10,9	11,1	6,7	0,0	3,1	3,3	7,7
Credevo periodo non fertile	11,3	25,0	40,0	33,3	11,8	15,6	23,3	25,1
Altro	4,8	4,3	5,6	0,0	17,6	28,1	43,3	10,9
Si*	50,8	47,7	47,4	51,6	41,4	3,0	23,1	44,1
Coito interrotto	9,4	9,5	75,3	100,0	0,0	0,0	33,3	35,2
Metodi tradizionali	28,1	28,6	7,4	0,0	8,3	0,0	0,0	18,4
Preservativo	17,2	29,8	7,4	0,0	16,7	0,0	55,6	18,4
Diaframma	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Spirale	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	0,7
Pillola	40,6	29,8	8,6	0,0	75,0	100,0	0,0	25,5
Iniettabili	4,7	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5
Altro	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4

Sul totale del campione, il 24% si era affidato a metodi a bassa efficacia (coito interrotto, metodi tradizionali) e infine il 20% a metodi efficaci, quali la pillola, la spirale, il preservativo e gli iniettabili (Figura 1). Quest'ultimo dato rivela dunque il fallimento di forme contraccettive affidabili, probabilmente da ricollegare a un uso scorretto e comunque alla mancanza di una contraccezione adeguata.

L'assenza di pratiche di controllo delle nascite non si limita a questa gravidanza: il 22% delle donne non aveva utilizzato alcun metodo contraccettivo nell'ultimo anno e il 31% ha dichiarato di non aver usato mai niente nel proprio Paese.

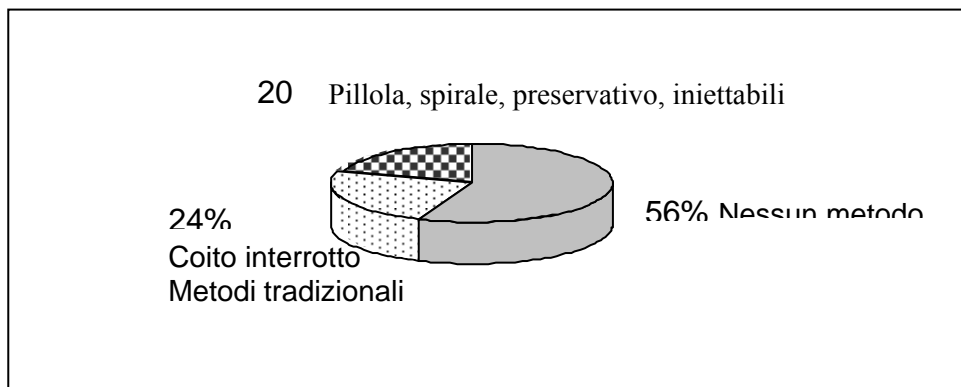


Figura 1. Utilizzo della contraccezione per evitare la gravidanza per cui si è ricorsi all'IVG

Le interviste in profondità hanno confermato la presenza di molte donne che non hanno usato alcun metodo per prevenire la gravidanza. La mancanza di qualsiasi precauzione, come l'uso scorretto della contraccezione, è molte volte associato al tipo di relazione: coppie non stabili, o con rapporti sessuali saltuari (perché il compagno è lontano, perché non si vive insieme e ci si vede ogni tanto) sembrano non ritenere necessario affidarsi a una contraccezione sicura:

“Guarda, sinceramente, io ho una relazione con un ragazzo e non è una relazione sicura e poi non è che abbiamo rapporti frequentemente, è una cosa così, casuale, a volte. [...] sapendo di non avere rapporti continuativi non mi veniva di prendere anticoncezionali tutti i giorni e quelle cose” (*Perù, 23 anni, nubile, no figli*).

“Mio marito ha un lavoro che lo fa viaggiare, [...] è inutile che... a volte va via per un mese, a volte quindici giorni, e stare a prendere le pillole, per me... [...] è inutile prendere le pillole per un mese, per niente...” (*Ecuador, separata, fidanzata, 1 figlio*).

“Poi da quando il mio ragazzo è venuto in Italia (la signora stava in Romania) e tornava in Romania una volta ogni tanto, non era neanche necessario fare uso di qualche metodo contraccettivo. Per una settimana o due non era proprio necessario.” (*Romania, 28 anni, convivente, no figli*).

Alle donne è stato anche chiesto se, in seguito all'esperienza dell'IVG, pensavano di fare ricorso alla contraccezione. Sembra emergere un atteggiamento responsabile, sicuramente di ascolto delle informazioni e suggerimenti offerti dai consultori e dai servizi: c'è chi ha deciso di affidarsi alla pillola, chi alla spirale, molto rare le donne che dopo questa esperienza continuano a non prendere alcuna precauzione.

3.2. L'interruzione volontaria della gravidanza

Un terzo delle donne intervistate ha dichiarato che prima di rivolgersi ai servizi per effettuare l'IVG non sapeva dell'esistenza di una legge in Italia che garantisce a tutte le donne di abortire gratuitamente. Le rumene e le cinesi sono quelle che conoscono meno la legge italiana. Tra coloro che non erano a conoscenza della legge, tuttavia, il 9% aveva già avuto almeno un'interruzione di gravidanza in Italia, e circa un terzo era arrivato da più di due anni. Il dato sembra indicare che la conoscenza della normativa vigente è ancora scarsa tra le immigrate, anche tra quelle che si trovano nel nostro Paese da più tempo.

Il 44% delle straniere intervistate aveva già fatto ricorso all'interruzione di gravidanza. Una particolare propensione alla ripetizione si è osservata tra le donne provenienti dalla Nigeria, dall'Est Europa e dalla Cina. La percentuale minore di aborti pregressi è stata invece riscontrata tra le donne sudamericane.

All'incirca il 50% delle immigrate aveva già effettuato almeno una IVG in Italia con percentuali più alte tra le donne africane e più basse tra le donne provenienti dall'Europa dell'Est.

Se il fenomeno delle IVG ripetute è certamente preoccupante, non bisogna dimenticare, comunque, che queste donne provengono da Paesi in cui i tassi di abortività sono molto alti ed è dunque presumibile che, una volta in Italia, continuino a far ricorso all'IVG abbastanza frequentemente.

3.2.1. Le motivazioni per l'interruzione della gravidanza.

I problemi economici e l'aver già figli sono le motivazioni principali che hanno portato le donne straniere alla decisione di abortire (Tabella 3). Sono infatti un terzo le donne che hanno effettuato l'IVG per difficoltà economiche in generale, valore che raggiunge circa il 40% se consideriamo anche il timore di perdere il lavoro. Dai dati emerge dunque che la scelta di interrompere o meno la gravidanza è condizionata molto da inadeguate condizioni materiali.

Nel 28% dei casi la decisione è stata presa da donne che hanno già dei figli, spesso lasciati nel Paese di origine, e presumibilmente non si sentono di affrontare ulteriori gravidanze perché hanno raggiunto il numero di figli desiderato.

Anche il tipo di relazione con il partner ha inciso sulla scelta di portare avanti o meno la gravidanza. Il 9% delle intervistate ha riportato di avere difficoltà nella vita di coppia, probabilmente perché si tratta di relazioni non stabili: a conferma del dato, circa l'80% di queste donne risulta nubile o separata.

Tabella 3. Motivazioni principali che hanno spinto le donne straniere a effettuare l'IVG (in percentuale)

	Ecuador	Perù	Roma nia	Ucrai na/Mo ldavia	Maroc co	Nigeri a	Cina	Total e
	n=126	n=176	n=171	n=31	n=29	n=33	n=39	n=605
Problemi economici	28,8	28,6	44,4	41,9	17,2	30,3	41, 0	34, 2
Perdita lavoro	4,8	13,1	0,0	0,0	0,0	6,1	0,0	5,1
Non voler figli	4,0	4,6	0,0	0,0	10,3	18,2	2,6	3,8
Non voler altri figli	38,4	30,9	22,8	22,6	27,6	15,2	23, 1	28, 2
Paura dei genitori	2,4	7,4	0,0	0,0	6,9	0,0	0,0	3,0
Vergogna di essere giudicata male	0,0	1,7	3,5	3,2	6,9	0,0	2,6	2,2
Difficoltà con partner	9,6	6,9	9,4	12,9	10,3	12,1	7,7	9,0
Paura maternità e parto	2,4	1,1	9,9	12,9	0,0	3,0	0,0	4,5
Altro	9,6	5,7	9,9	6,5	13,8	12,1	23, 1	9,6
Non risponde	0,0	0,0	0,0	0,0	6,9	3,0	0,0	0,5

Dall'analisi dei dati qualitativi emergono in maniera più completa e articolata le ragioni che hanno spinto le donne a interrompere la gravidanza. Molto spesso si tratta di ragioni "universali" che accomunano molte donne: l'età, per esempio, o il non trovarsi in un momento della vita idoneo alla nascita e alla crescita di un bambino.

Sono però le condizioni legate allo status di immigrate, quali precarietà di lavoro, situazioni abitative disagiate, a influire in maniera significativa sulla decisione se portare o meno avanti una gravidanza.

"Qua col fatto che siamo stranieri ci sono molti problemi nel senso che... una persona per far crescere un bambino, c'è bisogno di un ambiente, e la realtà nostra è diversa, perché o lavoriamo tutti a tempo pieno, per dire nel caso mio, io non ho un luogo dove far crescere un bambino e anche mio marito [...] lui lavora da una parte e abita da un'altra parte, io lavoro in un posto e vivo lì, praticamente noi stiamo insieme il fine settimana... e se c'è da fare un bambino in queste condizioni non ne vale la pena" (Perù, 44 anni, sposata, 3 figli).

“Mi sono spaventata...(sorride con un sospiro), perché il lavoro, cioè io lavoro fissa e solamente vedo lui (il marito) il sabato e la domenica, solamente due giorni, cioè lui lavora, io lavoro, cioè non possiamo avere una casa e avere il bambino, se io lo tenevo il bambino perdevo il lavoro e qui è difficile lavorare... cioè... gravida, lavorare quando si ha una creatura... è molto difficile. Allora per questo ho deciso di non tenerlo, perché ho appena 8 mesi qua a Milano, devo perfino pagare dei debiti e non potevo tenerlo. [...] il debito, il mio lavoro, non potevo lasciare il lavoro, la bambina là poi... allora gli ho detto che adesso non si poteva ma magari più avanti, e lui poco a poco ha compreso” (*Ecuador, 25 anni, sposata, 1 figlio*).

“Io non avevo preso ancora la decisione ma io non parlavo ancora bene l’italiano e la mia casa è brutta e non ho il lavoro e non era il momento giusto per avere bambini, allora ho deciso di abortire” (*Marocco, 31 anni, sposata, no figli*).

“Ho pensato anche che non abbiamo ancora messo da parte abbastanza soldi per offrire abbastanza a un bambino. Viviamo praticamente in una stanza. Certamente all’inizio avrebbe pure potuto vivere nella stessa stanza, ma dopo serve più spazio. Ora con il suo stipendio paghiamo affitto e viviamo noi. [...] Lui non pensava all’IVG, però dopo gli ho spiegato che non è il momento adatto per avere un bambino, abbiamo soltanto una stanza. Il riscaldamento c’è però per un bambino devi avere condizioni migliori” (*Romania, 28 anni, convivente, no figli*).

4. Conclusioni

L’indagine ha evidenziato, tra le donne immigrate che hanno fatto ricorso all’IVG, un livello di conoscenza della salute riproduttiva e della contraccezione piuttosto basso e un utilizzo spesso improprio dei metodi di prevenzione della gravidanza.

Dall’analisi approfondita delle motivazioni che hanno spinto a interrompere la gravidanza è emerso che si tratta di donne che vivono diversi aspetti di precarietà, da quella economica a quella lavorativa e abitativa.

Risultano peraltro prioritarie campagne di sensibilizzazione sulle problematiche dell’immigrazione, politiche sanitarie di prevenzione all’interruzione della gravidanza, ma anche adozione di specifiche politiche di supporto socio-economico per una migliore integrazione delle donne immigrate nel nostro Paese.

CHI SONO LE DONNE STRANIERE CHE RICORRONO ALL'IVG IN ITALIA?

Angela Spinelli (a), E. Forcella (a), S. Di Rollo (a), G. Baglio (a), O. Picconi (a), G. Guasticchi (a), M. Grandolfo (b), C. Colombo (c), M. Manghi (d), P. Serafini (e)

(a) Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Via di Santa Costanza 53 - Roma fax: 0683060463, email: spinelli@asplazio.it (b) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità - Roma (c) IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli, Regina Elena - Milano (d) Centro Salute Famiglia Straniera - Reggio Emilia (e) Azienda Sanitaria Ospedaliera O.I.R.M. Sant'Anna - Torino

Introduzione

Il numero di IVG effettuate da donne straniere in Italia è in continuo aumento: 10.131 (7,4% del totale delle IVG) nel 1996, 21.201 (15,9%) nel 2000 e 31.836 (26%) nel 2003. In alcune regioni, dove maggiore è la presenza di immigrati, questa percentuale risulta più elevata: 38% in Veneto, 37% in Lombardia, 34% in Emilia Romagna, 33% in Piemonte e 31% nel Lazio [1]. Anche i tassi di abortività indicano un ricorso all'IVG molto maggiore tra le donne straniere rispetto alle italiane (rispettivamente 35,5 e 8,1 per 1000 donne in età feconda nel 2002).

Alla luce di tali considerazioni, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nel 2004 ha condotto, in collaborazione con l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, un'indagine multicentrica riguardante il ricorso all'IVG tra le donne immigrate [2]. Uno degli obiettivi è stato quello di caratterizzare, in maniera più completa e approfondita, il profilo socio-demografico e, per certi aspetti, il livello di integrazione sociale delle donne straniere.

Metodologia

L'indagine ha utilizzato una combinazione di metodi quantitativi e qualitativi. L'approccio di tipo quantitativo si è basato sull'utilizzo di un questionario strutturato da somministrare a un campione di 605 donne straniere, che si sono rivolte ai servizi per abortire in 4 città italiane (Roma, Milano, Torino e Reggio Emilia). Sui dati raccolti, oltre a statistiche di tipo descrittivo è stata effettuata un'Analisi delle Corrispondenze Multiple, al fine di evidenziare l'esistenza di eventuali condizioni socio-demografiche comuni delle donne intervistate.

L'approccio qualitativo ha previsto una 43 interviste semi-strutturate della durata di circa un'ora, condotte a donne provenienti dagli stessi Paesi (Romania, Ucraina, Perù, Ecuador, Marocco, Nigeria e Cina). Le donne sono state intervistate nella lingua madre da mediatrici culturali addestrate.

Risultati

Nella Tabella 1 sono riportate le caratteristiche socio-demografiche delle donne straniere che hanno partecipato allo studio quantitativo [2]: il 63% ha un'età inferiore ai 30 anni, numerose risultano le donne nigeriane al di sotto di quest'età (79%), mentre consistente è la presenza delle cinesi nella fascia di età più matura (51% dei casi tra i 30 e i 39 anni).

Per quanto riguarda lo stato civile si osserva una prevalenza di donne coniugate o conviventi con il partner in Italia, in modo particolare tra le cinesi e le marocchine; tra le nigeriane è alta la percentuale di donne nubili (73%). Il 23% delle ucraine e moldave risultano separate o divorziate.

Gran parte delle donne che ricorrono all'IVG (64%) sono già madri, sono molte le donne africane senza figli, in particolare le nigeriane (76%). Il 70% ha almeno un figlio all'estero, con valori molto più bassi tra le marocchine (23%).

Il livello di istruzione appare in media piuttosto elevato: complessivamente, l'83% delle intervistate ha frequentato la scuola per almeno 9 anni, e un 20% ha avuto accesso a studi universitari. Le donne provenienti dall'Ecuador, dall'Ucraina e Moldavia hanno mostrato livelli più alti di scolarizzazione, mentre una istruzione più bassa si è registrata tra le donne cinesi (87% con al massimo 8 anni di istruzione) e in misura minore tra le nigeriane, delle quali nessuna è andata oltre la scuola superiore.

Circa il 30% delle intervistate ha dichiarato di non svolgere attività lavorativa (casalinghe 7%, disoccupate 25%). Le donne occupate sono soprattutto colf o assistenti familiari (44%). Lavorano prevalentemente nelle famiglie quelle che provengono dal Sud America e dall'Europa dell'Est (58% e 44% rispettivamente); il 68% delle cinesi sono lavoratrici dipendenti, molte le casalinghe tra le donne marocchine. Il 64% delle nigeriane e il 41% delle rumene hanno dichiarato di essere disoccupate.

I dati relativi alla permanenza in Italia mostrano che la metà delle donne straniere è arrivata negli ultimi due anni; l'immigrazione più recente proviene dall'Est Europa, quella di più lunga data dal Marocco e dalla Cina.

Il 59% delle immigrate è in possesso di un regolare permesso di soggiorno. Molte le presenze irregolari tra le donne nigeriane e rumene (rispettivamente il 79% e il 63%): se per queste ultime il dato può ricollegarsi al recente arrivo, c'è invece da riflettere sulle possibili ragioni di tante presenze irregolari tra le donne nigeriane, in Italia anche da molti anni.

Dal confronto con i dati nazionali relativi alle IVG⁸³, il profilo socio-demografico delle donne straniere incluse nello studio è simile a quello osservato a livello nazionale ma leggermente diverso dalle italiane che ricorrono alle IVG: sono più giovani delle italiane, mentre molto simili sono le caratteristiche dello stato civile. Il 65% delle donne straniere risulta occupato, prevalentemente in attività precarie e di basso livello, a confronto del 48% delle italiane, dato che non sorprende in quanto la ricerca del lavoro è una delle principali cause della migrazione.

⁸³ Elaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità sui dati ISTAT relativi al 2003.

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche delle donne straniere (in percentuale)

	Ecuador	Perù	Romani	Ucraina/ Moldavia	Marocco	Nigeria	Cina	Totale
	n=126	n=176	n=171	n=31	n=29	n=33	n=39	n=605
Età								
14-19	7,1	6,3	6,4	3,2	6,9	3,0	2,6	6,0
20-24	29,4	21,0	31,0	25,8	20,7	30,3	23,1	26,4
25-29	31,7	29,5	29,2	32,3	31,0	45,5	23,1	30,6
30-34	18,3	18,8	22,8	16,1	24,1	18,2	30,8	20,7
35-39	7,9	18,2	8,8	16,1	13,8	3,0	20,5	12,4
40-45	5,6	6,3	1,8	6,5	3,4	0,0	0,0	4,0
media:	27,2	29,1	27,0	29,1	28,4	26,2	29,0	27,9
Stato civile								
Nubile	45,2	50,0	34,5	25,8	27,6	72,7	30,8	42,3
Coniugata/convivente con partner in Italia	42,1	40,8	55,6	51,6	69,0	24,2	69,2	48,1
Coniugata/convivente con partner non in Italia	3,2	4,0	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5
Separata/divorziata	9,5	5,2	7,6	22,6	3,4	3,0	0,0	7,1
N. figli								
0	25,4	35,2	36,3	29,0	55,2	75,8	33,3	36,2
1	34,9	32,4	35,1	48,4	10,3	9,1	43,6	32,9
2	27,8	21,6	21,1	12,9	20,7	12,1	23,1	21,8
≥ 3	11,9	10,8	7,6	9,7	13,8	3,0	0,0	9,1
di cui almeno uno all'estero:	66,0	71,9	79,8	72,7	23,1	50,0	65,4	70,2

continua:

	Ecuador	Perù	Romania	Ucraina/ Moldavia	Marocco	Nigeria	Cina	Totale
	n=126	n=176	n=171	n=31	n=29	n=33	n=39	n=605
Anni di istruzione								
≤ 8 (elementari e medie)	2,4	6,3	21,1	3,2	27,6	36,4	86,8	17,2
9-13 (superiori)	74,6	65,3	62,6	58,1	58,6	63,6	13,2	62,4
≥ 14	23,0	28,4	16,4	38,7	13,8	0,0	0,0	20,4
media:	12,4	11,9	10,9	12,8	10,0	9,6	7,1	11,2
Attività lavorativa in Italia								
Casalinga	2,4	2,8	4,7	6,5	48,3	18,2	13,2	7,1
Colf/assistente familiare	56,0	59,1	40,9	58,1	10,3	9,1	0,0	44,4
Lavoro dipendente	22,4	16,5	11,7	12,9	13,8	0,0	68,4	18,4
Lavoro autonomo	0,0	1,1	0,0	0,0	3,4	6,1	13,2	1,7
Disoccupata	16,0	14,2	40,9	22,6	24,1	63,6	5,3	25,2
Studentessa	3,2	6,3	1,8	0,0	0,0	3,0	0,0	3,2
Da quanto tempo in Italia								
< 1 anno	7,3	9,1	39,2	22,6	3,4	9,1	17,9	18,2
1-2	33,1	30,1	35,1	32,3	24,1	33,3	17,9	31,3
3-4	37,1	28,4	16,4	38,7	34,5	18,2	28,2	27,0
5-6	10,5	17,6	4,1	6,5	17,2	18,2	28,2	12,4
≥ 7	12,1	14,8	5,3	0,0	20,7	21,2	7,7	10,9
Permesso di soggiorno								
No	34,9	21,7	63,2	48,4	17,2	78,8	23,1	40,6
Sì	65,1	78,3	36,8	51,6	82,8	21,2	76,9	59,4

Attraverso l'Analisi delle Corrispondenze Multiple, lo studio ha permesso inoltre di evidenziare l'esistenza di eventuali profili socio-demografici comuni alle donne intervistate e differenze di condizioni di vita a secondo del Paese di provenienza. Le donne del Marocco e dell'America Latina appaiono le più integrate: in Italia da diversi anni, con permesso di soggiorno, spesso in coppia e con figli in Italia. Anche le Cinesi hanno generalmente un lavoro e un permesso di soggiorno, ma sembrano vivere solo all'interno della propria comunità e si lamentano per i grossi problemi di comunicazione linguistica incontrati con gli operatori. Le Nigeriane mostrano notevoli difficoltà di inserimento: molte sono in Italia da diversi anni ma ri-

sultano ancora irregolari e si dichiarano disoccupate, forse per nascondere una condizione di sfruttamento. Infine, le donne dell'Europa dell'Est (prevalentemente Romania) costituiscono l'immigrazione più recente: lavorano come colf o sono "disoccupate" e spesso senza permesso di soggiorno.

Tutte sono arrivate con il miraggio dell'Italia, per lavorare o riunirsi alla propria famiglia. Le frasi tratte dalle interviste semi-strutturate evidenziano con forza, attraverso le parole delle donne, tutte queste difficoltà e le aspettative, prima fra tutte quella di un veloce guadagno per poter aiutare la famiglia di origine e condurre una vita migliore una volta rientrate nel Paese di origine.

"La famiglia povera come in Ecuador non c'è qui in Italia, cioè io una famiglia povera come in Ecuador... io non l'ho mai vista fino ad ora, può esistere perché me l'hanno detto "no, nel sud d'Italia esistono che sono molto poveri" ma non come in Ecuador, perché in Ecuador si muore di fame. Cioè io sono venuta qui a lavorare perché al mio Paese non c'è lavoro e se lavoro là guadagno troppo poco che ai miei figli non basta neanche per comperare il latte da bere, cioè stando io qua non hanno la mia presenza e io soffro per questo, perché ho paura che mi dimentichino, ma hanno pasti tre volte al giorno, hanno... si vestono bene e quello che prima mangiavamo due volte al giorno e noi che eravamo poveri, loro mangiano 3 volte al giorno. Chiaro che non hanno né giocattoli né niente e io non voglio che loro soffrano quello che ho sofferto io quando ero bambina... perché io non ho avuto neanche una bambola nella mia vita, neanche una bambola, mia madre non mi ha mai comprato una bambola! Mai!" (*Ecuador, 25 anni, separata, 2 figli*).

"Tanti di noi hanno intenzione di partire, io sono venuta via dalla Nigeria per migliorare la mia vita e anche quella della mia famiglia perché nel mio Paese l'economia non è gran cosa" (*Nigeria, fidanzato in Nigeria, no figli*).

"Ritorniamo in Romania dopo aver risparmiato un po' di soldi per fabbricare una casa in Romania" (*Romania, 28 anni, convivente, no figli*).

"Io mi sono decisa perché volevo guadagnare un po' di soldi e perché volevo dare studi migliori ai miei figli che lì non possono avere, nel nostro Paese si fa tutto con i soldi, se uno non dà gli studi ai suoi figli loro soffrirebbero ed uno non vuole che i figli passino quello che uno ha passato" (*Perù, 34 anni, separata, 2 figli*).

L'impatto con il nostro Paese non è privo di difficoltà: è frequente ascoltare racconti che rivelano un assoluto smarrimento nell'arrivare in città sconosciute, senza alcuna idea sul da farsi, dal dove alloggiare a chi rivolgersi per un lavoro. D'altronde per molte di loro la conoscenza dell'Italia si limita a qualche sommario racconto fatto da conoscenti già emigrati, i contatti sono pressoché scarsi, a volte il solo appiglio è con i connazionali arrivati già da tempo.

"Ho detto a mia mamma: "mamma, hai soldi da prestarmi perché io voglio andare via"; la mia meta erano gli Stati Uniti, sono andata (al consolato) ma mi hanno negato il visto, allora mi sono detta "beh, me ne vado in Italia". Un giorno ho chiamato una... se si può chiamare amica, le ho detto di darmi una mano, nel senso di aiu-

tarmi a trovare un lavoro, e tutte queste cose, e lei mi ha detto “sì, sì, vieni...” io ho comprato il biglietto, sono passata tranquilla (frontiera) perché noi non avevamo a quel tempo problemi per entrare in Italia, sono passata per Amsterdam, sono entrata tranquillamente a Milano, questa amica mia, mi ha fatto aspettare tutto il giorno alla Centrale, mi ha fatto aspettare tutto il giorno, e non si è mai fatta viva, e non so come mi sono ricordata, che mia mamma, in mezzo a un libro, mi aveva messo il numero di questa cugina che ho qui, che è una parente lontana, no? La chiamo, le dico... “sai che, sono qui, sono io, che sto qui”, e mi dice “ma tu sei matta” le dico “no, sto qui, veramente, te lo giuro, sto qui, vieni, vieni a trovarmi per favore”, e mi dice “allora, prendi un taxi e dagli quest’indirizzo che ora ti do” e così è stato, mi ha dato l’indirizzo e sono arrivata, e da quel momento sto con lei” (*Ecuador, separata, fidanzata, 3 figli*).

Una volta giunte in Italia sono molte le delusioni a cui vanno incontro, e quello che dal proprio Paese sembrava realizzabile e a portata di mano si rivela molto più difficoltoso. Prevale l’impressione di non farcela: il lavoro qui è duro, i guadagni sono incomparabili, è vero, con quelli del paese di origine, ma comunque permettono di condurre una vita molto modesta, con scarse possibilità di mettere da parte qualcosa.

“Quando ero qui da poco, non mi piaceva tanto, avevo sui quindici anni, ho dovuto lavorare subito giorno e notte, non sapevo niente, mi sentivo molto affaticata. Sono arrivata proprio in occasione della sanatoria del ’98, tutti quei cinesi ti chiedevano soldi (per regolarizzarsi uno straniero deve pagare 5/6 mila euro), quindi non mi piaceva per niente. Volevo tornare in Cina, non ne potevo più di stare in Italia. Adesso mi sono abituata qui. [...] Mia mamma mi ha mandato qui, non sapevo neanche cosa dovevo fare. Appena arrivata mio zio mi ha detto di cucire i vestiti. Io dicevo che non volevo fare i vestiti. Lui diceva che ha speso 30 milioni di lire per farmi venire qui. Tutti dicono che l’Italia è un paradiso, per chi sa invece è l’inferno. Dicono che in Italia è facile guadagnare i soldi, in realtà non lo è. I soldi guadagnati in Italia si spendono in Italia, non cambia niente. [...] in Italia si guadagna tanto ma anche la vita costa tanto, per cui è uguale. Qui la vita è molto cara, solo per l’affitto vanno via oltre mille euro, è difficile da sopportare; ora abbiamo un bambino, le spese sono anche più pesanti, quindi...” (*Cina, 23 anni, sposata, 1 figlio*).

“Non sapevo la vita che si faceva qua, sapevo che lavoravano in casa, ma non così in questo modo, per me è stato un trauma (*ride*), io sono stata la prima a lavorare e mi sentivo come esclusa, perché tutte le mie sorelle stavano a casa, io ero la prima di loro che iniziava a lavorare, poi un lavoro fisso... [...] uscivo solo a buttare la spazzatura (*ride*), mi ricordo che uscivo tutta emozionata a buttare la spazzatura e vedeva tutto bello” (*Perù, 30 anni, convivente, 2 figli*).

“Lavoravo in una fabbrica tessile. [...] Prima di venire in Italia ho saputo, da quelli che c’erano già stati che sei trattato male qui, che lavori e poi non sei pagato. Pen-

savo, come dire, a un miglioramento in confronto al mio lavoro in Romania. Non ho pensato a chissà che, ma speravo in un lavoro in un mercato, o qualcos'altro... qualcosa di meglio, ma dipende anche dagli studi che uno ha fatto nel proprio paese. [...] Lavoro da una vecchietta, lavoro..., la assisto, la curo, le faccio compagnia. Facciamo insieme le passeggiate, andiamo al ristorante, non sta male, ancora non le devo mettere il pannolino o altre cose..., Poi lavoro anche a ore, faccio le pulizie" (*Romania, 33 anni, sposata, 2 figli*).

Per tutte coloro che non svolgono un lavoro fisso, la ricerca di una casa/stanza è molto difficoltosa, e le sistemazioni che poi si trovano sono spesso disagiate.

"Dividiamo un appartamento di due stanze con un'altra famiglia. È stato un po' difficile trovare casa perché siamo stranieri. Inizialmente abbiamo comprato il giornale Porta Portese per cercare un affitto, abbiamo telefonato però quando sentivano che siamo stranieri non volevano affittarci la casa. Noi cercavamo un affitto per tre anni, contratto di affitto per tre anni, per avere la certezza che possiamo stare tranquilli in quella casa. Ho sentito alcuni che hanno preso casa e dopo 2-3 mesi i proprietari volevano mettere dentro qualcun altro. Dicevano dall'inizio "non accettiamo stranieri". Non è che non volevano romeni, non volevano stranieri, in generale. Altri ci rifiutavano quando chiedevamo contratto d'affitto. Viviamo praticamente in una stanza. Ora con il suo stipendio paghiamo affitto e viviamo noi" (*Romania, 28 anni, convivente, no figli*).

Molte sognano un ricongiungimento con i propri figli o mariti ancora nei paesi di origine e delle condizioni di vita migliori.

"(Mio figlio è nato qui, ma vive in Cina) con la nonna paterna. Sarebbe il massimo crescerli vicini a noi! Però non abbiamo delle condizioni adeguate! Visto che viviamo in Italia, vorremmo che i nostri figli crescessero in Italia. [...] È vero che lavoriamo, però dobbiamo risparmiare per avere una tata, così lavoriamo per niente, poi così è molto pesante" (*Cina, 23 anni, sposata, 1 figlio*).

Conclusioni

Le donne immigrate incluse nello studio evidenziano molte caratteristiche comuni ma anche delle notevoli differenze, a seconda dell'etnia di appartenenza, sia riguardo le condizioni di vita, sia nell'esperienza di immigrazione e che spesso sono collegate alle scelte riproduttive.

Tema comune alle storie di vita è la necessità di emigrare dettata dalle difficoltà economiche: si lascia il proprio Paese per andare incontro a opportunità di lavoro, di guadagno, per garantire una vita migliore alla famiglia di origine o ai propri figli, anche se poi il prezzo da pagare è proprio la lontananza dai propri cari.

Tutte vivono in Italia diversi aspetti di precarietà, da quella economica, a quella lavorativa e abitativa. Sono impegnate, in prevalenza, in occupazioni precarie, con retribuzioni che comportano molti sacrifici, in modo particolare per quelle, in gran numero, che devono mantenere le famiglie di origine. Le condizioni abitative sono spesso disagiate, non certo adatte ad un agiato svolgimento della vita familiare.

Sebbene l'indagine abbia riguardato un campione selezionato della popolazione straniera e pertanto non fornisca conclusioni definitive sulle condizioni di vita delle immigrate nel nostro Paese, certamente permette di evidenziare alcune problematiche e stimola ulteriori approfondimenti. Per quanto riguarda la prevenzione dell'IVG si sottolinea quindi l'importanza di tener conto di queste differenze tra le straniere e rispetto alle italiane e sulla necessità di specifiche politiche di supporto socio-economico per l'integrazione, prime tra tutte l'offerta di lavori che garantiscano i diritti delle persone, tra cui quelli della maternità, e di condizioni abitative dignitose.

Bibliografia

1. Relazione sull'attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza (Dati definitivi anno 2003, dati preliminari anno 2004). Presentata dal Ministro della Salute (Storace) CAMERA DEI DEPUTATI. Atti Parlamentari XIV Legislatura. Doc. XXXVII N. 9. 2005. <http://www.camera.it/> (<http://www.ministerosalute.it/>).
2. A. Spinelli, E. Forcella, S. Di Rollo, M.E. Grandolfo. Interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia. Rapporto Istisan (in corso di stampa).

Prevalenza di infezione da HPV in un gruppo di donne immigrate a Palermo: associazione con lesioni cervicali, provenienza geografica e variabili socio-comportamentali

L.Giovannellia), R. Vassallob), G.Capraa), M.P. Calecaa), M.C. Migliorea), C. Bellaviaa), G. Cassaràc), M. Affrontic), P. Ammatunaa)
Dipartimento di Igiene e Microbiologia a), Clinica Ostetrica e Ginecologica b);
Servizio di Medicina delle Migrazioni c) ; Università degli Studi di Palermo, Palermo.

INTRODUZIONE

I papillomavirus umani (HPV) sono piccoli virus nudi, con genoma a DNA circolare a doppia elica. Sono stati identificati più di 100 genotipi diversi di HPV, che infettano gli epitelii squamosi della cute o delle mucose [1]. L'infezione da HPV dell'area genitale avviene prevalentemente per via sessuale, e può decorrere in forma asintomatica o essere associata a lesioni benigne, potenzialmente maligne e francamente maligne (CA in situ o invasivo). A seconda della loro associazione con la cancerogenesi cervicale, i circa 40 genotipi di HPV infettano il basso tratto genitale sono stati classificati come a "basso rischio" (Low-risk, LR) e ad "alto rischio" (High-risk, HR): i tipi LR, quali HPV-6 e -11, sono prevalentemente associati a lesioni intraepiteliali squamose (SIL) cervicali di basso grado; i genotipi HR, quali HPV-16 e -18, sono prevalentemente associati a SIL cervicali potenzialmente maligne e maligne, e in particolare sono riscontrati nel 99.7% dei CA cervicali. E' attualmente accertato che l'HPV rappresenta un fattore necessario, anche se non sufficiente, per lo sviluppo del CA cervicale, neoplasia ancora molto diffusa che interessa circa mezzo milione di donne ogni anno in tutto il mondo [2]. Nella prevenzione del CA cervicale, tradizionalmente basata sul Pap test, di recente è stata riconosciuta l'importanza della ricerca dell'HPV DNA (HPV test), in associazione al Pap test [3]: tale approccio combinato permette di identificare sia il principale fattore di rischio per la comparsa di SIL che la presenza di SIL in atto.

Diversi studi condotti negli ultimi 20 anni hanno dimostrato come la prevalenza e la distribuzione dei genotipi di HPV dipendano sia del tipo di popolazione studiata che dell'area geografica di residenza della stessa [1]. Pertanto, ai fini dello sviluppo di nuovi test di screening e di una ottimale applicazione di strategie vaccinali a scopo profilattico [4], la conoscenza della prevalenza e della distribuzione dei genotipi di HPV in donne di diversi Paesi risulta di primaria importanza. Similmente a quanto riportato anche per altre infezioni a trasmissione sessuale, un aspetto importante è rappresentato dalla variabilità indotta dai fenomeni migratori: conoscere quindi le caratteristiche dell'infezione da HPV in donne immigrate, verosimilmente diverse sotto il profilo socio-comportamentale dalle donne della popolazione autoctona, è importante per definire e completare l'epidemiologia locale

dell'infezione da HPV. In Italia, la prevalenza e la distribuzione di HPV in donne con citologia cervicale normale o alterata è stata esaminata solo di recente [5-8], mentre non sono attualmente noti dati di infezione da HPV, e di SIL cervicali ad essa eventualmente associate, in coorti di donne immigrate.

Scopo del presente studio è stato valutare la prevalenza dell'infezione genitale da HPV in una coorte di pazienti immigrate a Palermo, anche in relazione alla presenza di SIL cervicali e ad alcune caratteristiche socio-comportamentali della popolazione in esame.

PAZIENTI E METODI

Sono state incluse in questo studio 105 donne immigrate, consecutivamente afferenti al Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti e alla Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università degli Studi di Palermo, nel periodo Settembre 2004-Marzo 2006. Tutte le pazienti sono state sottoposte a visita ginecologica, prelievo per Pap-test e HPV test, colposcopia e, quando necessario, biopsia mirata. La ricerca dell'HPV DNA è stata eseguita presso il Dipartimento di Igiene e Microbiologia dell'Università degli Studi di Palermo. Le informazioni relative a paese d'origine e variabili socio-comportamentali sono state raccolte con la collaborazione di un mediatore culturale.

Il campione per l'HPV test è stato raccolto contemporaneamente a quello per il Pap-test, mediante utilizzo di una spatola di Ayre per il prelievo eso-cervicale e di un cytobrush per quello endocervicale; dopo il prelievo le cellule sono state poste in terreno di trasporto PreservCyt (Cytoc) e inviate al laboratorio. La ricerca dell'HPV DNA è stata eseguita utilizzando il kit del commercio INNO-LiPA HPV Genotyping kit (Innogenetics N.V., Ghent, Belgium), basato su una reazione di PCR con primers generici SPF10, che permettono l'amplificazione di circa 40 genotipi di HPV, e la successiva ibridazione con sonde tipo-specifiche, che identificano 24 genotipi virale. I genotipi identificati sono 15 HR (HPV-16, -18, -31, -33, -35, -39, -45, -51, -52, -53, -56, -58, -59, -66 e -68) e 9 LR (HPV-6, -11, -40, -42, -43, -44, -54, -70 e -74). In caso di genotipi amplificati dal sistema di primers generici ma non identificati dal sistema di ibridazione, i campioni sono stati amplificati in un sistema di PCR nested con primers generici esterni MY09/11 e interni GP05+/06+ e i prodotti di PCR sequenziati con chimica BigDye in sequenziatore automatico ABI Prism 310 Analyzer (Perkin-Elmer Applied Biosystem).

I dati sono stati analizzati mediante pacchetto statistico SAS/STAT 8.0 (SAS Institute Inc. 100 SAS Campus Drive Cary, NC27513-2414, USA), in un modello di regressione logistica (logit) per l'analisi della dipendenza (indicata come Odds Ratio corretto, OR^c; e relativo Intervallo di Confidenza, IC) dell'outcome "status HPV" dalle variabili socio-comportamentali in analisi.

RISULTATI

Delle 105 pazienti incluse nello studio (età media: 34.4 a; range 22-55 a.), 51 (48.6%) provenivano dall'Africa (in particolare, 40.0% Africa sub-sahariana e 8.6% Nord Africa), 40 (38.1%) dall'Europa Centro Orientale, 6 (5.7%) dall'America Centro Sud e 8 (7.6%) dall'Asia.

L'infezione genitale da HPV è stata diagnosticata in generale in 50 (47.6%) pazienti, con frequenza di 23/51 (45.1%) tra le donne provenienti dall'Africa, 23/40 (57.5%) dall'Europa Centro Orientale, 2/6 (33.3%) dall'America Centro Sud e 2/8 (25%) dall'Asia. I genotipi di HPV riscontrati mediante ibridazione o sequenziamento erano 12 LR (HPV-6, -11, -40, -42, -43, -44, -54, -70, -74, -81, -83 e -84), 14 HR (HPV-16, -18, -31, -33, -35, -39, -45, -51, -52, -53, -56, -58, -66 e -68) e 3 non identificati. I genotipi virali di più frequente riscontro sono stati HPV-16 (16%), -18 e -51 (14%), -31, -39 e -68 (8%) tra gli HR; HPV-44 (10%), -6, -70 e -74 (4%) tra gli LR. In 18/50 (36.0%) pazienti HPV positive erano presenti infezioni multiple, con co-presenza di 2-5 genotipi virali diversi, la maggior parte dei quali ad HR: in particolare, la prevalenza di genotipi multipli tra le pazienti HPV positive era 9/23 (39.1%) nelle pazienti dall'Africa e anche 9/23 (39.1%) nelle pazienti dall'Europa Centro Orientale, e 0% nelle donne dall'America Centro Sud e dall'Asia.

L'esame istologico ha evidenziato presenza di SIL cervicali solo in 9 (8.6%) pazienti. In particolare, sono state diagnosticate SIL di basso grado in 7 (6.6%) pazienti, di cui cinque provenivano dall'Europa Centro Orientale e due dall'Africa, SIL di alto grado in 1 (0.9%) e CA cervicale in 1 (0.9%) paziente, in entrambi i casi provenienti dall'Europa Centro Orientale. In tutte queste pazienti sono stati riscontrati genotipi HR di HPV (tra i quali HPV-16, -18, -51, -68).

Nell'analisi multivariata (modello logit), le variabili analizzate sono state paese d'origine, anni di residenza in Italia, età, età al menarca, età al primo rapporto, numero di partners nella vita, numero di partners nell'ultimo anno, partner a rischio, stato coniugale, parità, istruzione, lavoro, alimentazione, fumo, alcool, uso di contraccettivi, e conoscenza del Pap-test. La presenza di HPV era significativamente associate al numero di gravidanze, essendo presente un rischio di infezione ridotto per le donne pare alle nullipare ($OR=0.7$; 95%IC:0.55-0.89), e stato maritale, con un rischio ridotto per le donne sposate rispetto a quelle single ($OR=0.66$; 95%IC:0.2-0.95).

DISCUSSIONI

Dal punto di vista della ripartizione continentale, il gruppo di donne immigrate a Palermo e incluse in questo studio riflette la composizione riportata per gli immigrati in Sicilia alla fine dell'anno 2003 [9], con le donne Africane in maggior numero (48.6%) rispetto alle donne provenienti dall'Europa Centro Orientale (38.1%), America Centro Sud (5.7%) e Asia (7.6%).

La prevalenza di infezione cervicale da HPV riscontrata in questa coorte è stata del 47.6%, e in particolare era 45.1% tra le donne provenienti dall'Africa, 57.5% tra quelle provenienti dall'Europa Orientale, 33.3% tra le provenienti dall'America Centro-Sud e 25.0% dalle provenienti dall'Asia. Non è possibile paragonare queste frequenze ad altre riscontrate su simili gruppi di pazienti, in quanto in Italia non sono stati pubblicati dati di infezione da HPV in donne immigrate. In generale, tali percentuali sono superiori alla prevalenza di infezione da HPV del 6.6-15.9% riportata in donne italiane senza SIL cervicali [5-7], e sono più vicine alla frequenza di 35.3% riscontrata in donne con atipie al Pap test [8]. Dal punto di vista clinico, tuttavia, la coorte in studio presentava solo nell'8.6% dei casi SIL cervicali istologicamente confermate, quindi di fatto non risultava paragonabile alle coorte di donne italiane con elevata HPV positività. Inoltre, è da notare che le frequenze riscontrate nella coorte studio sono anche superiori a quelle riportate nei Paesi d'origine dei diversi gruppi di donne senza alterazioni cervicali in atto, essendo le di infezioni da HPV riscontrate in Africa Sub-Sahariana, Asia e America Sud rispettivamente 24.7%, 1.6-14,0% e 10.8-15.5% [10]. Una possibile spiegazione può essere in parte dovuta all'impiego, nel presente studio, di metodologie di biologia molecolare (nested PCR; PCR con primers SPF10) con sensibilità superiore a quella delle metodiche (PCR one-step con primers MY o GP) impiegate nei sopraccitati studi [11]. Tali metodiche altamente sensibili avrebbero messo in evidenza molte infezioni sub-cliniche, con basse cariche virali, non associate a SIL cervicali clinicamente evidenti.

Dal punto di vista della distribuzione dei genotipi di HPV, quelli di più frequente riscontro nella coorte di pazienti immigrate, ovvero HPV-16 (16%), -18 e -51 (14%), -31, -39 e -68 come genotipi HR; HPV-44 (10%), -6, -70 e -74 (4%) come genotipi LR sono sostanzialmente simili a quelli identificati in Italia [5-8] e anche nell'area metropolitana di Palermo [12]. Tuttavia, è da osservare una notevole differenza nella prevalenza di alcuni genotipi, quali es. per HPV-18, riscontrato solo nello 0.1-0.97% dei casi negli studi italiani e 6.0% nello studio siciliano, e HPV-51, con riscontro 0.1% e 5.1%, rispettivamente. È importante mettere in evidenza che mentre il genotipo HPV-18 è incluso tra i tipi virali (HPV-6, -11, -16 e 18) che compongono il vaccino anti HPV di prossima distribuzione (Gardasil, Merck), per il genotipo HPV-51 una possibile protezione sarebbe solo basata sulla eventuale cross-reattività degli anticorpi anti HPV tipo specifici, ancora da valutare [4]. Un altro dato da mettere in evidenza è il riscontro di un'elevata frequenza (circa 39%) di infezioni multiple da HPV nelle donne provenienti dall'Africa e dall'Europa Centro Orientale; considerando che la contemporanea presenza di più genotipi di HPV, e in particolare di quelli HR, è stata associata a maggiore rischio di persistenza di infezione e di sviluppo di neoplasia cervicale [13], le pazienti con infezioni cervicali multiple dovrebbero costituire un gruppo di donne da sottoporre ad un follow-up clinico più attento e ad intervalli più ravvicinati.

Tra le variabili esaminate per l'associazione con l'infezione da HPV, la significatività statistica è stata ottenuta per il numero di gravidanze (donne pare con rischio

minore di rispetto alle nullipare) e lo stato maritale (rischio minore per le sposate rispetto alle single). Questi dati sono in linea con quelli di altri studi epidemiologici [1], e in particolare le due variabili sono le stesse trovate essere significativamente associate all'infezione da HPV in un recente studio italiano [7].

In conclusione, i risultati di questo studio indicano che l'infezione da HPV è un evento molto frequente nella coorte di donne immigranti in studio; considerando quindi il ruolo principale e determinante di HPV nella cancerogenesi cervicale, le donne HPV positive, e in particolare per genotipi HR, andrebbero sottoposte a screening regolare, con test clinici (Pap test, colposcopia) o virologici (HPV test), per una precoce diagnosi di malattia cervicale o monitoraggio di SIL in atto. E' tuttavia da riportare la difficoltà di ottenere una buona compliance da tali pazienti, a causa sia della scarsa comprensione dell'importanza del Pap test e del test HPV, che delle difficoltà di comunicazione, nonostante la collaborazione di un mediatore culturale. La diagnosi di infezione da HPV, e l'eventuale trattamento delle lesioni riscontrate, è comunque necessaria per la prevenzione della patologia neoplastica cervicale nelle immigrate, specialmente se non ancora inquadrata nei servizi sanitari. Rimane da approfondire anche l'aspetto epidemiologico dell'infezione da HPV in particolari sottopopolazioni, ragionevolmente ipotizzabili a maggior rischio, per la difficoltà di accedere ai servizi sanitari pubblici specializzati (centri MST, ambulatori ginecologici).

BIBLIOGRAFIA

- Baseman JG, Koutsky LA. The epidemiology of human papillomavirus infections. *J Clin Virol* 2005; 32 Suppl:16-24.
- Franceschi S. The IARC commitment to cancer prevention: the example of papillomavirus and cervical cancer. *Recent Results Cancer Res* 2005; 166:277-97.
- Franco EL. Chapter 13: Primary screening of cervical cancer with human papillomavirus tests. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2003; 31:89-96
- Franco, EL, Harper DM. Vaccination against human papillomavirus infection: a new paradigm in cervical cancer control. *Vaccine* 2005;23:2388-94
- De Francesco MA, Gargiulo F, Schreiber C, Ciravolo G, Salinaro F, Manca N. Detection and genotyping of human papillomavirus in cervical samples from Italian patients. *J Med Virol* 2005; 75:588-92.
- Centurioni MG, Puppo A, Merlo DF, Pasciuccio G, Cusimano ER, Sirito R, Gustavino CA. Prevalence of human papillomavirus cervical infection in an Italian asymptomatic population. *BMC Infect Dis* 2005, 5:77.
- Ronco G, Ghisetti V, segnan N, Snijders PJF, Gillio-Tos A, Meijer CJLM, Merletti F, Franceschi S. Prevalence of human papillomavirus infection in women in Turin, Italy. *Eur J Cancer.* 2005,41:297-305.
- Rassu M, Bertoloni G, Mengoli C, Peron A, Benedetti P, Palù G. HPV genotype prevalence in cervical specimens with abnormal cytology: a report from north-east Italy. *Scand J Infect Dis.* 2005;37:476-81.
<http://politichesociali.provincia.palermo.it>.
- Clifford GM, Gallus S, Herrero R, Munoz N, Snijders PJ, Vaccarella S, Anh PT, Ferreccio C, Hieu NT, Matos E, Molano M, Rajkumar R, Ronco G, de Sanjose S, Shin HR, Sukvirach S, Thomas JO, Tunsakul S, Meijer CJ, Franceschi S; IARC HPV Prevalence Surveys Study Group. Worldwide distribution of human papillomavirus types in cytologically normal women in the International Agency for Research on Cancer HPV prevalence surveys: a pooled analysis. *Lancet.* 2005;366:991-8.
- Giovannelli L, Lama A, Capra G, Giordano V, Aricò P, Ammatuna P. Detection of human papillomavirus DNA in cervical samples: analysis of the new PGMY-PCR compared to the Hybrid Capture II and MY-PCR assays and a two-step nested PCR assay. *J Clin Microbiol* 2004;42:3861-4.
- Lama A, Capra G, Giovannelli L, Ammatuna P. Distribuzione di genotipi di HPV in scraping cervicali di pazienti palermitane con atipie citologiche. Presentazione orale al 32° Congresso Nazionale della Società Italiana di Microbiologia, Milano, 26-29 Settembre, 2004.
- Ho GY, Bierman R, Beardsley L, Chang CJ, Burk R. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med* 1998. 338:423-428.

Le donne immigrate e l'infezione da HIV in gravidanza

M. Ravizza, ¹M. Ierardi, ¹S. Dalzero, ¹S. Foina, ¹B. Salerio, ²E. Tamburrini, ³M. Florida

Clinica Ostetrico-Ginecologica, Ospedale San Paolo, Milano - 2 Dipartimento di Malattie Infettive, Università Cattolica, Roma - 3 Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma

Illustriamo il risultato del Progetto Nazionale Per La Sorveglianza sul Trattamento Antiretrovirale in Gravidanza. Questo rappresenta il primo studio epidemiologico nazionale sulle donne HIV positive in gravidanza, avviato il 1° dicembre 2001 e si avvale di tre reti di raccolta dati: una rete nazionale di ostetrici, pediatri e infettivologi operanti nel Lazio, una rete di infettivologi facente capo direttamente all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e una terza rete di ostetrici facente capo al Gruppo di Studio nazionale sull'infezione da HIV, nell'ambito della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia. Il coordinamento generale, l'inserimento dei dati e la loro elaborazione ed analisi sono svolti presso l'ISS. Al dicembre 2005 risultano arruolate prospetticamente 1085 pazienti, di cui sono raccolti dati relativi a etnia, età, parità, modalità di contagio, pregresse terapie antiretrovirali, stadio di malattia (secondo la classificazione del Center Disease Control del 1987), status immunovirologico, presenza di eventuali co-infezioni (in particolare epatite C), gravidanze precedenti, pianificazione della gravidanza, counseling preconcezionale, valutazione trimestrale della gravidanza, modalità del parto, epoca gestazionale al parto, terapia antiretrovirale in gravidanza, sesso e peso del nato, status infettivologico del nato, follow up infettivologico materno e pediatrico.

In generale le donne coinvolte nello studio hanno una età media al concepimento di 32 anni con una età minima di 17 anni e massima di 43 anni; il 27% delle donne è primipara, il 73% ha avuto gravidanze precedenti. La gravidanza in corso risulta essere programmata solo nel 38% dei casi e soltanto il 28% delle donne ha ricevuto un counseling preconcezionale. La maggior parte delle donne ha contratto l'infezione per via sessuale, i livelli di CD4, la viremia, lo stadio di malattia, descrivono una popolazione in buone condizioni cliniche ed immunologiche.

I dati relativi alle donne di nazionalità straniera arruolate nello studio dimostrano che esse rappresentano il 28% del totale nel 2001, il 29,6% nel 2002, il 32,3% nel 2003, il 38,7% nel 2004 fino al 46,1% nel 2005. Provengono principalmente da Nigeria (8,2%), Costa d'Avorio (2,5%), Ghana (2,2%), Ucraina (2,0%), Etiopia (1,9%), Camerun (1,3%), Marocco (1,1%), Romania (0,9%), Kenia (0,9%), Perù (0,8%), Polonia (0,6%), Albania (0,6%), Thailandia (0,6%).

La diagnosi di infezione da HIV avviene più tardivamente nelle donne straniere rispetto alle italiane. Infatti le donne con diagnosi di HIV recente sono nel 63,2% dei casi di nazionalità non italiana. Nel 52% delle donne straniere il primo test po-

sitivo per HIV viene eseguito nel corso della gravidanza. Le donne straniere che affrontano la gravidanza in Italia hanno in media 30 anni ($\pm 4,6$ anni) e il 73% ha avuto gravidanze precedenti. Il 63% delle donne straniere (contro il 54% delle donne italiane) si sono già sottoposte ad interruzione volontaria della gravidanza prima di quella in corso. La gravidanza risulta programmata nel 36% dei casi (contro il 47% delle donne italiane) e soltanto il 19% delle donne straniere hanno ricevuto un counseling preconcezionale (contro il 35% delle donne italiane).

Le condizioni cliniche ed immunologiche valutate al concepimento appaiono buone per le donne sieropositive di nazionalità straniera. La modalità di contagio prevalente è la via sessuale (72% contro il 66% delle donne italiane), mentre estremamente esiguo è il numero di donne con pregresso uso di sostanze stupefacenti per via iniettiva (3% contro il 26% delle donne italiane). Rimane ignota la via del contagio nel 21% delle donne straniere HIV positive (contro il 6% delle donne italiane).

Le donne straniere sieropositive hanno un partner HIV positivo nel 17% dei casi (contro il 35% delle donne italiane), HIV negativo nel 51% dei casi (contro il 48% delle donne italiane), mentre lo stato sierologico del partner rimane ignoto nel 32% dei casi (contro il 17% delle donne italiane).

Il parto avviene mediante taglio cesareo nella quasi totalità dei casi (97,3% come il 98,9% delle donne italiane) e mediante parto vaginale in una esigua minoranza di casi (2,7% come il 1,1% delle donne italiane). L'epoca gestazionale media al parto è di 37,3 settimane $\pm 1,6$ (contro 36,7 settimane $\pm 1,9$ per le donne italiane). Il peso medio dei bambini alla nascita è 2788g. La quasi totalità delle donne straniere sieropositive ha assunto una terapia antiretrovirale durante la gravidanza (97,3% dei casi come il 97,8% delle donne italiane) e ben il 60% risultava "treatment naive" cioè al primo trattamento antiretrovirale nella attuale gravidanza (contro il 30% delle donne italiane).

Alla luce dei dati esposti risulta evidente come l'infezione da HIV rappresenti un problema sanitario ancora attuale, anche in aree a bassa prevalenza come i paesi industrializzati e quindi l'Italia e una vera epidemia nei paesi ad alta prevalenza, come il continente africano, da cui provengono sempre più numerosi immigrati, sempre più numerose donne.

Universalmente oramai la principale modalità di contagio è rappresentata dai rapporti eterosessuali, che sono la causa della rapida diffusione dell'infezione tra tutte le popolazioni del mondo. Infatti l'infezione da HIV non è più appannaggio dei cosiddetti gruppi a rischio (ex tossicodipendenti, tossicodipendenti attivi, emotrasfusi prima del 1985, omosessuali, prostitute), ma potenzialmente può riguardare chiunque.

Diventa quindi indispensabile proporre il test di screening per HIV a tutta la popolazione e non solo a gruppi considerati a maggior rischio. E' indubbio che solo la conoscenza del proprio stato sierologico per HIV può consentire al singolo e alla comunità di mettere in atto tutte le procedure conosciute per garantire la salute e il

benessere del malato e della comunità al tempo stesso. Indiscussa è l'elevata sensibilità e specificità del test HIV (ELISA+ Western Blot), con una bassissima percentuale di falsi positivi e negativi.

E' quindi indispensabile che l'operatore sanitario proponga sempre il test HIV, come esame di routine, previo consenso informato e volontario del paziente, soprattutto al paziente proveniente da aree ad alta prevalenza per HIV o al paziente in condizioni socio-economiche disagiate, che più facilmente di altri ha un limitato accesso alle cure.

Ne deriva quindi la necessità di sensibilizzare in tal senso gli operatori sanitari che operano con gli immigrati, sia uomini, sia donne. In un contesto così delicato diventa estremamente utile la presenza e il ruolo svolto delle mediatrici culturali, in grado di traslatore il significato e l'importanza di eseguire il test HIV in un mondo diverso dal nostro per tradizioni, usi e mentalità, soprattutto quando il paziente è una donna. Le donne infatti rappresentano più del 50% delle persone sieropositive nel mondo e soprattutto nei paesi in via di sviluppo hanno più difficoltà di accesso alle cure rispetto agli uomini (questo dato sembra essere molto rilevante per le donne africane - BHIVA guidelines for the treatment of HIV infected adults with antiretroviral therapy 2005). Spesso le donne eseguono il test molto tempo dopo aver contratto l'infezione o per screening casuali (come ad esempio in occasione di una gravidanza) o in seguito la comparsa di sintomatologia che induce il sospetto. Ciò comporta inevitabilmente un ritardo diagnostico, che non è utile per garantire il benessere della paziente, per prevenire la trasmissione verticale dell'infezione in caso di gravidanza e per prevenire la trasmissione orizzontale al partner.

Dopo la diagnosi, il counselling con operatori sanitari esperti presso un centro di riferimento per l'infezione da HIV diviene un momento fondamentale per la paziente che scopre di essere sieropositiva. In questo modo può ricevere informazioni corrette sull'evoluzione naturale dell'infezione, sulle terapie farmacologiche disponibili per mantenere una buona funzionalità del sistema immunitario, sugli esami necessari per un attento follow up, sulla necessità di programmare una eventuale gravidanza nel momento più favorevole, evitando l'utilizzo di farmaci ritenuti a rischio teratogenico (come efavirenz) al concepimento, conoscendo il rischio di trasmissione dell'infezione al bambino in assenza e in presenza delle strategie dimostrate efficaci (come la terapia antiretrovirale in gravidanza, il taglio cesareo elettivo, l'allattamento artificiale), sulla necessità di follow up per le patologie cervicali di tipo infettivo e neoplastico, sulla necessità di contraccezione e prevenzione del contagio del partner mediante l'uso del condom.

Esistono infatti patologie HIV-correlate di esclusiva pertinenza femminile, prime fra tutte il carcinoma della cervice uterina, inserito tra le patologie diagnostiche di AIDS nel 1993; inoltre di esclusiva pertinenza femminile sono la candidosi vulvo-vaginale, l'infezione da papillomavirus (strettamente correlata all'insorgenza di displasia delle cervice), la malattia infiammatoria pelvica (anch'essa diagnostica di AIDS) e le diverse displasie della cervice uterina.

La maggior prevalenza tra le donne HIV positive delle malattie sopra elencate e, in generale di malattie a trasmissione sessuale (come epatite B, epatite C, sifilide) impongono una maggiore attenzione verso tali problematiche anche per le donne straniere che, come abbiamo visto hanno un minore accesso alle cure. Sono quindi fondamentali anche in campo ginecologico una corretta educazione, interventi preventivi e cure precoci. Da non dimenticare in questo delicato ambito, la necessità di un maggiore sostegno psicologico, per far emergere e comprendere il vissuto psicologico della donna sieropositiva, sempre più frequentemente straniera, lontana dalla famiglia, divisa in una realtà a metà tra il desiderio di integrazione e il legame con le tradizioni, spesso isolata e vulnerabile, oggi presente in Italia.

The Italian Group on Surveillance on Antiretroviral Treatment in Pregnancy:

Project coordinators: M. Florida, M. Ravizza, E. Tamburrini.

Participants: M. Ravizza, E. Tamburini, P. Ortolani, F. Mori, C. Monticelli, E.R. dalle Nogare, G. Sterrantino, M. Meli, M. Mazzetti, B. Borchini, F. Vichi, E. Pinter, E. Anzalone, L. Roberti, L. Pietrogioiacomi, A. Carocci, E. Grilli, A. Maccabruni, A. Moretti, G. Natalini, G. Guaraldi, C. Vanzini, F. Sabbatini, G. Nardini, A. Zoncada, A. Degli Antoni, A. Molinari, P. Rogasi, M.P. Crisalli, E. Chiesa, A. Lupo, D. Repetto, G. Placido, M. Dalessandro, A. Vivarelli, P. Castelli, F. Savalli, V. Portelli, S. Alberico, M. Bernardon, A. Meloni, A. Citernes, M.F. Ravagni Probizer, A. Vimercati, B. Guerra, V. Ciardelli, M. Sansone, P. Martinelli, C. Tibaldi, L. Ladetto, S. Marini, G. Masuelli, L. Di Lenardo, E. Ferrazzi, V. Conserva, T. Brambilla, E. Rubino, A. Bucceri, R. Matrone, G. Scaravelli, G. Anzidei, R. Cavallini, D. Gariel, S. Di Giambenedetto, C. Fundarò, O. Genovese, C. Cafforio, C. Pinnetti, G. Liuzzi, V. Tozzi, P. Massetti, M. Anceschi, A.M. Casadei, F. Montella, A.F. Cavaliere, M. Finelli, C. Riva, M. Cellini, V. Venturi, M. Lanari, S. Garetto, G. Castelli Gattinara, L. Mangiarotti, M. Ierardi, S. Foina, B. Salerio, S. Dalzero, A. Mattei, C. Polizzi, E. Germinario, M.F. Pirillo, R. Amici, C.M. Galluzzo, M. Florida.

INFEZIONE DA VIRUS DELL'EPATITE B (HBV) IN DONNE GRAVIDE EXTRACOMUNITARIE E SICILIANE ED IMPLICAZIONI DI STRATEGIA VACCINALE

Bonura F.¹, Perna A.M.¹, Sorgi M.², Meli V.¹, Cerame G.¹, Romano N.¹, Vitale F.¹.

¹ Dipartimento di Igiene e Microbiologia – Sezione Igiene, Università degli Studi di Palermo-Policlinico Via del Vespro, 133 – 90127 Palermo

² Dipartimento Materno Infantile – Unità Operativa di Neonatologia, Università degli Studi di Palermo-Policlinico Via A. Giordano, 3 – 90127 Palermo

Introduzione

In Italia, nel 1991 è iniziata la vaccinazione obbligatoria contro il virus dell'epatite B (HBV), secondo una strategia a “due coorti” rivolta a tutti i nuovi nati ed agli adolescenti a 12 anni [1]. In base a questo programma, circa 500.000 nuovi nati e 600.000 adolescenti sono stati vaccinati ogni anno per HBV [2]. Pertanto alla fine del 2003, l'intera fascia d'età 0 a 24, avrebbe dovuto presentare elevati tassi di immunizzazione contro l'epatite B con notevole riduzione delle catene contagionistiche tipiche della trasmissione sessuale e parenterale (TD endovena). Al fine di valutare il livello di copertura vaccinale per HBV nella popolazione generale dell'area palermitana, è stato condotto uno studio di sieroprevalenza per marcatori d'infezione di HBV su donne in gravidanza afferenti alla Clinica Ostetrica del Policlinico Universitario di Palermo negli anni 2001-2003 per valutare la prevalenza di infezione e lo stato immunitario della popolazione[3].

Inoltre, poiché in Sicilia si è osservato un aumento annuale di immigrazione dai paesi in via di sviluppo dove l'infezione da HBV è altamente endemica ed in cui la sorveglianza immunitaria è poco o nulla rappresentata [4,5], particolare attenzione è stata dedicata al gruppo di donne extracomunitarie che hanno partorito al Policlinico durante il periodo di studio, in quanto tale popolazione per possibili fattori culturali e/o economico sociali potrebbe in parte sfuggire ai programmi sanitari comunitari.

Materiali e metodi

Popolazione studiata

Da Gennaio 2001 a Dicembre 2003, 3318 donne di età compresa tra i 17 ed i 48 anni (età media 29,9) afferenti alla Clinica Ostetrica del Policlinico Universitario di Palermo, sono state inserite nello studio al fine di valutare i marcatori sierologici di infezione da HBV. Di queste, il 90,6% (n° 3008) erano nate in Sicilia, mentre 9,4% (n° 310) provenivano da altri paesi: Europa dell'Est (n° 30), Africa (n° 163), Sud-Est Asiatico (n° 107) e Oriente (n° 10).

Test di laboratorio

Tutti i test (HBsAg, anti-HBc, anti-Hbs) sono stati eseguiti con metodiche immunoenzimatiche commerciali. Sono stati considerati protettivi valori di anti-Hbs \geq 10 mIU/ml.

Analisi statistica

I dati sono stati analizzati applicando i test del χ^2 e di Fisher, con un valore significativo di $p \leq 0.05$ e un odds ratio con il 95% di CI

Risultati

La tab. 1 mostra la prevalenza di infezione da HBV nelle 3318 donne distribuite per paese di origine.

L'1,1% della popolazione totale (37/3318) presenta un'infezione attiva essendo positiva per l'HBsAg, in particolare nelle donne siciliane la prevalenza è risultata dello 0,8%, mentre nelle extracomunitarie del 4,2 % (OR = 5,26; $p < 0,0001$). Anche i marcatori sierologici di infezione da HBV risultavano significativamente più alti nelle donne immigrate rispetto alle donne siciliane. La reattività anticorpale anti-HBc, con o senza la contemporanea presenza dell'anti-HBs, fu ritrovata nel 5,2 % delle donne siciliane e nel 24,5 % delle immigrate. In particolare, considerando i paesi di

origine delle immigrate, si osservava una più alta percentuale di donne con pregressa infezione da HBV tra le africane (33,7%), e una maggiore infezione attiva tra le donne orientali (20%), anche se quest'ultimo dato non è risultato statisticamente significativo per l'esiguità numerica del campione.

Stratificando la popolazione per gruppi di età (tab. 2), si osservava un elevato tasso di immunizzazione (74,2%) nel gruppo più giovane delle donne siciliane (17-21 anni), da attribuire all'introduzione dell'obbligo vaccinale nei confronti dell' HBV [6], prevalenza che va decrementando lentamente con l'aumentare dell'età dei gruppi considerati. Nelle immigrate soltanto il gruppo più giovane, probabilmente già presente nel nostro Paese nel 1991, presentava una maggiore se pur debole prevalenza (15,0%) che decrementava velocemente già nel gruppo di 22-26 anni (3,6%) per aumentare nel gruppo di età 42-46 anni (16,6%) sicuramente per immunità naturale

Discussione

Dal nostro studio è emerso che la copertura vaccinale nelle donne siciliane, pur raggiungendo un buon livello (74,2%) ed essendo in linea con quanto riportato da altri autori [3,7], non è ancora da ritenersi ottimale e soddisfacente per considerare la possibilità di eliminazione di questa infezione virale e richiede quindi una maggiore attenzione alla adesione al programma vaccinale.

Il gruppo di donne immigrate (310/3318) rappresenta circa un decimo della popolazione considerata per la valutazione della copertura immunitaria contro il virus HBV e poiché in Sicilia, come nel resto dell'Italia, si va sempre più verso una società multietnica [8], il problema non può e non deve essere sottovalutato.

I risultati ottenuti su questa popolazione portano a focalizzare l'attenzione su tre punti: 1) la positività per HBsAg è significativamente più elevata tra le immigrate, la maggior parte delle quali provenienti da aree endemiche per l'HBV. Lo screening obbligatorio in gravidanza rappresenterebbe quindi una opportunità per identificare soggetti infetti come caso indice. Importante sarebbe, per evitare successive infezioni, poter analizzare lo stato immunitario di familiari, partner sessuali ed altri contatti di donne HBsAg positive. La possibilità di istituire un programma di screening tra gli immigrati è ad oggi difficilmente attuabile per differenze di lingua, di cultura e per scarsa informazione sulle malattie infettive. Indispensabile sarebbe allora avere la possibilità di raggiungere queste minoranze etniche mediante personale addestrato in grado di sensibilizzare e meglio integrare queste popolazioni senza intaccare le loro tradizioni culturali. 2) la prevalenza di anti HBC è tra le immigrate quasi uguale nelle diverse classi di età, indicando un livello endemico dell'infezione da HBV nei loro paesi di origine. 3) la bassa prevalenza di immunizzazione tra le donne immigrate e i nuovi casi di infezione che si verificano in tutti i gruppi di età, enfatizzano la necessità di maggiore sorveglianza. Gli immigrati accolti in Italia dovrebbero subito essere inseriti nel Sistema Sanitario Nazionale e pertanto essere sottoposti ai programmi vaccinali e di screening che garantirebbero standard sanitari equivalenti a quelli della popolazione residente e migliori possibilità di integrazione socio-culturale in un'ottica di sanità pubblica.

Bibliografia

[1] Bonanni P. Implementation in Italy of a universal vaccination programme against Hepatitis B.

Vaccine 1995; 13(Suppl.1): S68-71.

[2] Da Villa G. Rationale for the infant and adolescent vaccination programmes in Italy.

Vaccine 2000; 18: S31-4.

[3] Baldo V., Floreani A., Menegon T., Grella P., Paternoster DM., Trivello R.

Hepatitis C virus, hepatitis B virus and human immunodeficiency virus infection in pregnant

women in north-east Italy: a seroepidemiological study.

Eur J Epidemiol 2000; 16: 87-91.

[4] Lavanchy D. Hepatitis B virus epidemiology, disease burden, treatment and current and

emerging prevention and control measures

J Viral Hepat 2004; 11:97-107.

[5] Chauvin P., Ekra D., Plotkin SA. The cost of not implementing routine neonates immunization

programmes in HbsAg high prevalence countries.

Vaccine 2002; 20:2848-50.

[6] Lin YC., Chang MH., Ni YH., Hsu HY., Chen DS. Long-term immunogenicity and efficacy of

universal hepatitis B virus vaccination in Taiwan.

J Infect Dis 2003; 187: 134-38

[7] Stroffolini T., Bianco E., Szklò A et al. Factor affecting the compliance of the antenatal hepatitis

B screening programme in Italy.

Vaccine 2003; 21: 1246-9

[8] Caritas-Dossier Statistico Immigrazione 2003. Baioni Stampa S.p.a. Roma

Tab. 1 Prevalenza di infezione da HBV in donne in gravidanza afferenti alla Clinica Ostetrica di Palermo da Gennaio 2001 a dicembre 2003

* OR = 5,94 (CI 4,33-8,14) comparate alle donne siciliane p< 0,0001

	N. Soggetti	Anti HBe Positive	%	HBsAg Positive	%
Popolaz. totale	3318	232	7.0	37	1.1
Siciliane	3008	156	5.2	24	0.8
Immigrate	310	76	24.5	13	4.2
Paese di provenienza					
Est Europa	30	4	13.3	1	3.3
Africa	163	55	33.7	6	3.7
Sud-Est Asiatico	107	14	13.1	4	3.7
Oriente	10	3	30.0	2	20.0

** OR = 5,44 (CI 2,59-11,28) comparate alle donne siciliane p< 0,0001

Tab. 2 Prevalenza di infezione da HBV attiva o pregressa e stato immunitario in donne siciliane e immigrate in gravidanza

età	HbsAg pos/saggiati (%)		Anti HBe con o senza anti HBs pos/saggiati (%)		AntiHBs pos/saggiati (%)	
	Siciliane	Immigrate	Siciliane	Immigrate	Siciliane	Immigrate
17-21	2/341 (0.6)	1/20 (5.0)	6/341 (1.7)	3/20 (15.0)	253/341 (74.2)	3/20 (15.0)
22-26	6/628 (0.9)	3/84 (3.6)	24/628 (3.8)	25/84 (29.7)	218/628 (34.7)	3/84 (3.6)
27-31	8/915 (0.9)	3/101 (2.9)	32/915 (3.5)	22/101 (21.8)	51/915 (5.6)	6/101 (5.9)
32-36	6/676 (0.9)	4/62 (6.4)	49/676 (7.2)	13/62 (21.0)	47/676 (6.9)	5/62 (8.1)
37-41	2/370 (0.5)	2/31 (6.4)	31/370 (8.4)	12/31 (30.8)	20/370 (5.4)	1/31 (3.2)
42-46	0/72 (0)	0/12 (0)	13/72 (18.0)	1/12 (8.3)	6/72 (8.3)	2/12 (16.6)
>46	0/6 (0)	0/0 (0)	0/6 (0)	0/0 (0)	1/6 (16.6)	0/0 (0)
Totale	24/3008 (0.8)	13/310 (4.2)	156/3008 (5.2)	76/310 (24.5)	596/3008 (19.9)	20/310 (6.5)

DINAMICHE DEMOGRAFICHE IN ITALIA, NEL VENETO E IN SICILIA

Proiezioni al 2023 in relazione ai flussi migratori

M. Pacchin

Unità di Valutazione Epidemiologica. Azienda Ulss 6 Vicenza

Obiettivi

Obiettivo dello studio è effettuare una proiezione - intesa come semplice estensione al futuro (al 2023) della dinamica passata - della popolazione italiana, straniera e complessiva, per fascia di età, in Italia, nel Veneto e in Sicilia, al fine di fornire indicazioni utili alla programmazione socio-sanitaria di lungo periodo.

Metodologia

Si è stimato il numero di soggetti ancora in vita al 2023 con le tavole di mortalità regionali (Istat), i nati nel periodo, considerando il numero di donne in età feconda e il tasso di fecondità totale al 2030 (Istat); per le straniere è stato considerato un tasso di fecondità pari a 2,5, censendo le 20 etnie più numerose presenti in Italia.

Per la previsione dei movimenti migratori, regolari e irregolari, si è stimato il numero di ingressi medio annuale per regione: l'ipotesi formulata si fonda sulla previsione per il prossimo ventennio di un flusso migratorio annuale costante.

Risultati

In **Tab.1** sono rappresentate le dinamiche demografiche in Italia, nel Veneto, in Sicilia e le proiezioni al 2023 in relazione ai flussi migratori, in **Tab. 2** l'incidenza degli stranieri nel 2003 e nel 2023 e nei **Graf.1-2** le variazioni demografiche con e senza i flussi migratori al 2003 e 2023.

Italia.

Si prevede in Italia un aumento della popolazione del 6%: per gli italiani la diminuzione sarà dell'8,3% (-4.561.728), mentre il tasso di crescita degli stranieri sarà del 322% (+8.097.756).

L'incidenza degli stranieri passerà da 4,4% a 17,3%.

I bambini italiani di 0-14 anni subiranno una diminuzione del 14% (-1.100.941), per gli stranieri l'aumento sarà del 398% (+1.712.220): complessivamente la crescita dei minori sarà del 7,4%.

Gli stranieri in questa classe di età passeranno dal 5,2% al 24,2%.

La popolazione in età lavorativa avrà un trend positivo del 3,3%: gli italiani diminuiranno del 13,4% (-4.930.932) gli stranieri aumenteranno del 314% (+6.215.809).

Nella fascia d'età anziana (≥ 65 anni) l'incremento sarà del 15% (+1.640.418): per gli italiani del 13,7% (+1.470.691), per gli stranieri del 156% (da 107.602 a 277.329).

Si prevede una crescita media annua complessiva pari a +0,8% (+82.021): del 7,9% (+8.486) per la popolazione straniera e dello 0,7% (+73.535) per quella italiana.

Confronto Italia/Veneto.

Si prevede nel Veneto un aumento della popolazione complessiva del 10%, +4 punti percentuali (p.p.) rispetto al dato nazionale. Gli italiani diminuiranno del 10,5% (-451.907), valore superiore di 2 p.p. a quello nazionale e gli stranieri cresceranno del 370% (+912.173), 50 p.p. in più rispetto al dato dell'Italia.

Gli stranieri passeranno dal 5,4% al 23,2%.

I bambini italiani di 0-14 anni subiranno una diminuzione del 21% (-118.711), +7 p.p. rispetto al valore nazionale; gli stranieri cresceranno del 348% (+175.760); complessivamente la popolazione minorile aumenterà del 9,3%, +2 p.p. rispetto all'Italia.

Gli stranieri passeranno da 8,2% a 33,6%.

La popolazione in età lavorativa aumenterà del 7,4% (+4 p.p. rispetto al valore nazionale); gli italiani diminuiranno del 17% (-489.535), 3 p.p. in più rispetto al valore dell'Italia e gli stranieri cresceranno del 375% (+716.214), +60 p.p. rispetto al dato nazionale.

I soggetti di età ≥ 65 anni avranno un incremento del 21% (+176.538), +6 p.p. rispetto al dato nazionale; gli italiani aumenteranno del 18,7% (+156.339), + 5 p.p. rispetto all'Italia, e gli stranieri del 371% (da 5.440 a 25.639).

Confronto Italia/Sicilia

Si prevede in Sicilia un aumento della popolazione complessiva del 4,3% (+217,191), -1,8 punti percentuali rispetto al dato nazionale. Gli italiani resteranno sostanzialmente stabili, -0,03%, (-1.510), valore superiore di 8 p.p. a quello nazionale e gli stranieri aumenteranno del 225% (218.701), 97 p.p. in meno rispetto al dato dell'Italia.

La percentuale degli stranieri passerà da 1,9 a 6%.

Nella fascia di età 0-14 anni gli italiani diminuiranno del 2,8% (-24.315), 12 p.p. in meno rispetto al valore nazionale; gli stranieri cresceranno del 259% (+43.705), meno 139 p.p.; complessivamente la popolazione minorile aumenterà del 2,2%, 5 p.p. in meno rispetto al dato nazionale.

La percentuale degli stranieri passerà da 1,9% a 6,8%.

La popolazione in età lavorativa aumenterà del 2,2% (+73.745), -1 p.p. rispetto al valore nazionale; gli italiani diminuiranno del 2,9% (-94.583), 10 p.p. in meno a confronto con il dato nazionale e gli stranieri cresceranno del 214% (+168.148), -100 p.p. rispetto alla media dell'Italia.

I soggetti di età ≥ 65 anni avranno un incremento del 14,6% (+124.053), coincidendo sostanzialmente con le stime nazionali; gli italiani aumenteranno del 13,9%

(+117.208), dato sovrapponibile a quello dell'Italia e gli stranieri del 380% (+6.848), 222 p.p. in più rispetto al valore nazionale.

Dinamiche demografiche in Italia, nel Veneto e in Sicilia con e senza i flussi migratori

Non tenendo conto dei flussi migratori, in Italia e nel Veneto la popolazione diminuirà rispettivamente dell'8% e del 10%, mentre in Sicilia rimarrà pressoché stabile.

Anche per i minori (-2,8%) e per i soggetti in età lavorativa (-2,9%) il calo è decisamente inferiore in Sicilia, rispetto al Veneto (-21% e -17%) e all'Italia (-14% e -13,4%).

L'aumento degli anziani risulta più elevato nel Veneto (+18%), mentre in Sicilia e in Italia la percentuale di crescita è sovrapponibile (+13%).

Tenendo conto dei flussi migratori, l'aumento della popolazione in tutte le classi di età è nettamente superiore nel Veneto e in Italia rispetto alla Sicilia.

Conclusioni

Il fenomeno immigrazione assume una funzione decisiva nella ridefinizione delle dinamiche demografiche e nel riequilibrare e stabilizzare la popolazione dell'Italia, in particolare del Veneto con effetti sociali ed economici significativi nel lungo periodo.

Tab.1 - Dinamiche demografiche in Italia, nel Veneto e in Sicilia.
Proiezioni al 2023 in relazione ai flussi migratori. Var %.

Variazioni % 2003-2023, classe d'età 0-14 anni

Area	Popolazione	2003	2023	Var%
Italia	Italiani	7.811.658	6.710.171	-14
	Stranieri	430.397	2.142.617	398
	Totale	8.242.055	8.852.788	7,4
Veneto	Italiani	564.791	446.080	-21
	Stranieri	50.436	226.196	348
	Totale	615.227	672.276	9,3
Sicilia	Italiani	858.552	834.237	-2,8
	Stranieri	16.855	60.560	259
	Totale	875.407	894.797	2,2

Variazioni % 2003-2023, classe d'età 15-64 anni.

Area	Popolazione	2003	2023	Var%
Italia	Italiani	36.661.254	31.730.322	-13,4
	Stranieri	1.976.941	8.192.750	314
	Totale	38.638.195	39.923.072	3,3
Veneto	Italiani	2.889.095	2.399.560	-16,9
	Stranieri	190.644	906.858	375
	Totale	3.079.739	3.306.418	7,4
Sicilia	Italiani	3.280.046	3.185.643	-2,9
	Stranieri	78.533	246.681	214
	Totale	3.358.579	3.432.324	2,2

Variazioni % 2003-2023, classe d'età >65 anni.

Area	Popolazione	2003	2023	Var %
Italia	Italiani	10.722.155	12.192.846	13,7
	Stranieri	107.602	277.329	158
	Totale	10.829.757	12.470.176	15
Veneto	Italiani	834.138	990.477	18,7
	Stranieri	5.440	25.639	371
	Totale	839.578	1.016.116	21
Sicilia	Italiani	846.112	963.320	13,9
	Stranieri	1.802	8.650	380
	Totale	847.917	971.970	14,6

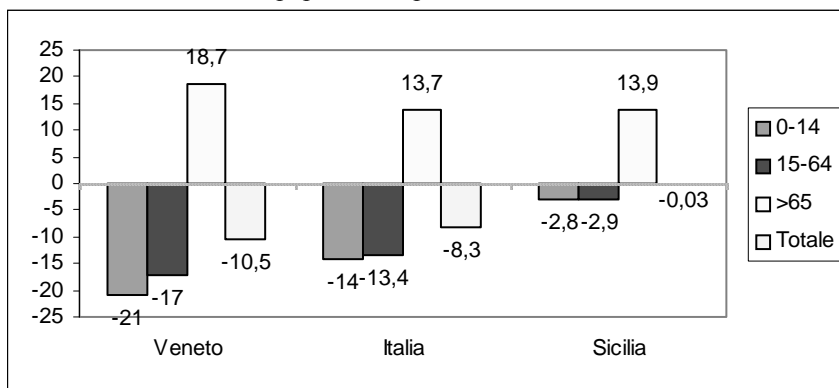
Variazioni % 2003-2023, popolazione totale.

Area	Popolazione	2003	2023	Var %
Italia	Italiani	55.195.067	50.633.339	-8,3
	Stranieri	2.514.940	10.612.696	322
	Totale	57.710.007	61.246.035	6,1
Veneto	Italiani	4.288.024	3.836.117	-10,5
	Stranieri	246.520	1.158.693	370
	Totale	4.536.547	4.996.833	10
Sicilia	Italiani	4.984.710	4.983.200	-0,03
	Stranieri	97.190	315.891	225
	Totale	5.081.900	5.299.091	4,3

Tab.2 - % stranieri sulla popolazione nel 2003 e 2023

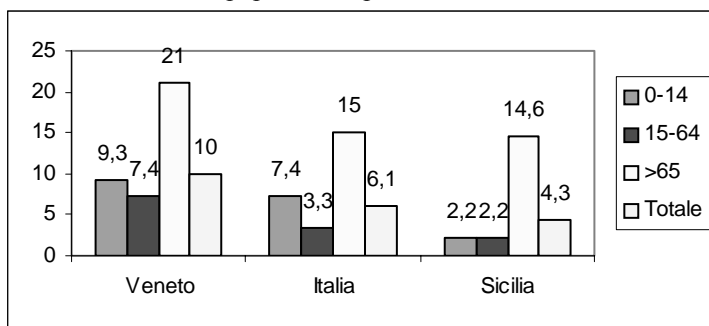
Fasce d'età	ITALIA		Fasce d'età	VENETO		Fasce d'età	SICILIA	
	2003	2023		2003	2023		2003	2023
0-14	5,20%	24,20%	0-14	8,20%	33,60%	0-14	1,90%	6,80%
15-64	5,10%	20,50%	15-64	6,20%	27,40%	15-64	2,30%	7,20%
> 65	1,00%	2,20%	> 65	0,60%	2,50%	> 65	0,20%	0,90%
Totale	4,40%	17,30%	Totale	5,40%	23,20%	Totale	1,90%	6%

Graf.1 – Dinamiche demografiche senza i flussi migratori.
Var. % della popolazione per fasce d'età 2003-2023



Gra

f.2 – Dinamiche demografiche con i flussi migratori.
Var. % della popolazione per fasce d'età 2003-2023



Promozione della salute delle madri immigrate e dei loro bambini nella provincia di Novara.

D. Avanzo, M. Zaffaroni, V. Balossini, S. Mura, S. Zanetta, M. Ferraris, G. Bona

Clinica Pediatrica di Novara – Università del Piemonte Orientale “A. Avogadro”

In Piemonte nascono ogni anno oltre 30.000 bambini, il 10% dei quali figlio di donne immigrate da Paesi in Via di Sviluppo. Dai dati regionali CedAP (Certificati di Assistenza al Parto, anni 2002-2003) si evince che sono ancora numerose le donne straniere che partoriscono senza avere eseguito esami e controlli clinici durante la gravidanza, esponendo perciò esse stesse ed i loro bambini a maggior rischio di morbilità e mortalità perinatale. In particolare in Piemonte i neonati da madre immigrata presentano un'incidenza di nascite ad età gestazionale < a 26 settimane 3 volte superiore (0,27 % vs 0,08 %) ed un tasso di mortalità neonatale quasi doppio rispetto ai nati da madri italiane (5,4 vs 3,2 per mille nati vivi). Una buona parte dei problemi di salute del paziente immigrato non sembra essere legata in modo particolare a fattori etnici o genetici, ma spesso deriva dalla condizione di disagio socio-economico in cui spesso si trovano, che può comportare fattori di rischio sanitario. Per questi motivi, la regione Piemonte ha organizzato riunioni di quadrante con la partecipazione di responsabili ed operatori di tutti i Dipartimenti materno-infantili con il compito di approfondire le problematiche inerenti l'assistenza delle donne immigrate in gravidanza e proporre ed attuare i rimedi ritenuti più idonei ed efficaci.

Quadrante di Novara

Nelle riunioni del quadrante di Novara che comprende le 4 province di Novara, Vercelli, Biella e Verbania, i principali problemi per le gestanti straniere sono risultati essere da un lato le difficoltà linguistiche, le differenti tradizioni culturali e la dipendenza di molte donne dal marito o dai suoi orari di lavoro, dall'altro la scarsa conoscenza delle strutture sanitarie preposte al monitoraggio della gravidanza e le modalità di accesso agli ambulatori, nonché la disinformazione sul diritto alla tutela gratuita della salute durante la gravidanza mediante controlli clinici, sierologici ed ecografici.

A causa di queste difficoltà, nonostante l'ampia disponibilità di strutture consultoriali sul territorio, spesso le donne immigrate non eseguono un adeguato monitoraggio della gravidanza. Sono pertanto frequenti gli accessi ed i ricoveri impropri in ospedale, il ricorso al Pronto Soccorso in ore serali per visite di controllo o per esami di conferma dello stato di gravidanza, in attesa di eseguire approfondimenti diagnostici in presenza di riferita sintomatologia.

L'erogazione delle prestazioni presenta inoltre difficoltà di comunicazione linguistico-culturale, carenze nell'accoglienza e nella disponibilità di materiale informa-

tivo dedicato agli stranieri; infine, spesso, il personale medico ed infermieristico non si sente preparato ad affrontare (oltre alla prestazione sanitaria richiesta) eventuali problematiche sociali, giuridiche e culturali riferite dalla persona straniera.

Per tentare di ovviare a queste carenze si è costituito spontaneamente a Novara nel 2003 un gruppo di lavoro interaziendale formato da operatori ospedalieri e di territorio sensibili al problema della tutela della salute delle gestanti straniere.

Obiettivo di questo gruppo di lavoro è stato quello di promuovere azioni mirate a migliorare l'accoglienza e la comunicazione con gli stranieri grazie alla presenza di mediatori culturali, a fornire alle persone immigrate informazioni su come fruire della rete dei consultori territoriali e degli ambulatori ospedalieri, ad attivare eventi formativi per il personale sanitario al fine di garantire la salute delle madri immigrate e dei loro bambini.

Servizio di accoglienza, ascolto e comunicazione: i Mediatori interculturali

Presso l'Azienda Ospedaliera di Novara è stato creato un servizio di mediazione interculturale, con operatrici di lingua albanese, araba, inglese ed attualmente anche cinese, presenti tutti i giorni in ospedale a disposizione di tutti i pazienti stranieri che afferiscono sia al dipartimento materno-infantile e al Pronto Soccorso sia a tutti i reparti di degenza dell'ospedale.

La presenza dei mediatori interculturali permette, infatti, di facilitare l'accesso ai servizi ospedalieri da parte dei pazienti stranieri. Il loro intervento permette un approccio più sereno ed efficace all'utente straniero che avverte di essere accolto, compreso e, quindi, tutelato all'interno del rapporto medico-paziente; infatti, non sono solo le difficoltà linguistiche ad impedire la comprensione delle informazioni, è necessario ascoltare per capire quale sia il reale bisogno, espresso o implicito, ponendo particolare attenzione a tutte quelle componenti che vanno oltre la parola e che possono rivelare aspetti significativi dell'altro.

I mediatori possono inoltre aiutare a comprendere il significato di tradizioni, abitudini e modi di vita differenti da quelli cui gli operatori sanitari dei Paesi ospitanti sono affini, poiché per ottenere un buon risultato terapeutico è necessaria la reciproca comprensione. Si dovrebbe tenere in considerazione il diverso modo di percepire lo stato di malattia in culture profondamente diverse, per non rischiare di rendere nullo l'approccio terapeutico.

Nel 2004 le richieste di intervento di mediazione culturale sono state circa duecento, mentre nel corso del 2005 tali attività di supporto al paziente straniero hanno avuto un significativo incremento numerico rispetto all'anno precedente. E' stato anche evidenziato un cambiamento della figura professionale del mediatore culturale, che non è più solamente ridotta ad interprete nella relazione tra medico e paziente, ma ha acquisito compiti sempre più specifici e mirati per assicurare la piena comunicazione tra i cittadini di culture differenti ed gli operatori socio-sanitari (Figura 1).

Per comunicazione, infatti, non si intende soltanto quella a livello verbale, che ne rappresenta la forma chiara ed esplicita, ma è costituita anche da una serie implicita

di atteggiamenti, di comportamenti e di espressioni mimiche e verbali che possono essere interpretate in modo eterogeneo a seconda della cultura di provenienza. Pertanto il ruolo della figura professionale del mediatore culturale, può essere di grande aiuto per conoscere più da vicino le tante sfumature di alcuni comportamenti tipici di tradizioni culturali diverse da quelle cui apparteniamo. Non è facile, infatti, saper cogliere gli aspetti impliciti di atteggiamenti che possono sembrare ai nostri occhi insoliti e di scarso interesse. Il ruolo del mediatore culturale è proprio quello di fare nascere nell'operatore sanitario e non soltanto, l'interesse e la capacità di guardare al di là del comportamento tenuto in una determinata circostanza, come può essere la situazione di malattia e di saperlo inquadrare nel corretto contesto culturale.

Senza il contributo dei mediatori interculturali, diventa difficile per gli operatori riuscire a collocarsi su un comune terreno di comunicazione. Soltanto con la conoscenza reciproca è possibile ricevere le adeguate informazioni sui reali bisogni di persone provenienti da Paesi stranieri e pertanto instaurare dei programmi di promozione e tutela della salute realmente efficaci e mirati alle loro esigenze. Spesso il paziente straniero non esprime le proprie convinzioni o gli eventuali motivi di incomprensione poiché si sente in una condizione di disagio psicologico prodotta, da un lato dalla situazione patologica stessa e dall'altro, dall'ostacolo linguistico associato al frequente divario culturale tra medico e paziente. Il mediatore interculturale spesso riesce a colmare tale discrepanza permettendo al paziente e ai suoi familiari di esprimersi in modo libero senza timore di essere frainteso o giudicato per le proprie consuetudini e credenze. Tale figura professionale ha assunto pertanto un ruolo di tramite che va al di là della semplice traduzione letterale di prescrizioni o indicazioni mediche.

L'informazione fornita alle donne straniere

Molte donne straniere giungono al parto senza aver eseguito controlli per valutare il loro stato di salute, il decorso della gravidanza ed il benessere del loro bambino. Spesso, per mancata conoscenza dei servizi territoriali preposti al monitoraggio gratuito delle gestanti, si rivolgono impropriamente al Pronto Soccorso per essere sottoposte a visita o anche solo per eseguire test di gravidanza. In diverse occasioni, quando l'accesso in ospedale avviene alla sera, in presenza di sintomatologia correlata alla gravidanza, la gestante straniera viene ricoverata in attesa di poter eseguire il giorno dopo accertamenti diagnostici specialistici.

Al fine di offrire un aiuto alla popolazione straniera residente nella provincia di Novara, i Dipartimenti materno-infantili dell'Ospedale di Novara e della ASL13 hanno realizzato una lettera informativa tradotta in otto lingue (arabo, albanese, inglese, francese, spagnolo, cinese, russo e rumeno), dedicata alle donne immigrate in età fertile. La lettera contiene l'invito a controllare gratuitamente lo stato di salute in corso di gravidanza, indicazioni sulle modalità di accesso, gli indirizzi, i recapiti telefonici di tutti i consultori territoriali della ASL 13 e degli ambulatori specialistici degli ospedali di Novara e Borgomanero.

In collaborazione con la Provincia di Novara, l'Università, gli uffici anagrafici ed i Sindaci di 88 Comuni, l'informazione è stata inviata a tutte le donne di origine straniera in età fertile (16-50 anni) residenti nella provincia di Novara appartenenti alle diverse etnie (Figura 2). Nel corso dell'anno 2004, sono state spedite complessivamente 3860 lettere: a 1684 donne straniere residenti nel Comune di Novara e 2176 residenti negli altri comuni della ASL 13.

Al fine di far giungere l'invito a rivolgersi ai servizi in corso di gravidanza anche alle donne straniere di recente immigrazione e a quelle non residenti presenti sul territorio, copia della lettera informativa viene inoltre consegnata alle donne di recente immigrazione presso vari sportelli dedicati (ISI, Comuni, Volontariato), ambulatori medici e servizi ospedalieri di Pronto Soccorso.

Percorso nascita e nursing transculturale

Da oltre un decennio il numero delle nascite a Novara presenta un costante incremento. Negli ultimi anni si è osservato un significativo aumento dei bambini nati da genitori immigrati: passati da 11,1 % a quasi il 20 % sul totale dei nati (Figura 3).

Il trend in aumento osservato nei reparti di neonatologia, si riflette anche negli accessi ambulatoriali e nei ricoveri nei reparti del dipartimento materno-infantile ed in generale in una sempre maggiore affluenza di pazienti di origine straniera presso i reparti ospedalieri. Nell'area novarese infatti sul totale dei ricoveri il 65% di questi ha riguardato l'area materno-infantile e circa il 38% di tali ricoveri è avvenuto attraverso l'accesso diretto del paziente. Si è pertanto pensato di cercare di sostenere in modo particolare la salute delle madri e dei loro figli. Per facilitare la promozione della salute, in ambito ospedaliero sono stati tradotti in lingua inglese, francese, araba e albanese i codici di accesso, la segnaletica e altri avvisi nelle aree di Pronto Soccorso e dell'ufficio Accettazione, per rendere più semplice i diversi percorsi burocratici all'interno delle strutture ospedaliere, per evitare spiacevoli incomprensioni tra personale e paziente straniero e per evitare, in situazioni di piena affluenza agli sportelli amministrativi, delle lunghe attese per avere delle spiegazioni dettagliate.

Sono stati predisposti anche opuscoli informativi, consensi informati e prescrizioni alla dimissione resi disponibili e tradotti nelle diverse lingue. In particolare, nei reparti di Neonatologia della Clinica Pediatrica di Novara sono attualmente distribuiti alle mamme straniere degli opuscoli riguardanti le procedure che si svolgono normalmente durante la degenza del neonato, il puerperio e la promozione dell'allattamento al seno.

Alla dimissione vengono consegnate alle neomamme prescrizioni tradotte nelle diverse lingue riguardanti le indicazioni terapeutiche, le profilassi e la disponibilità di usufruire degli ambulatori per il sostegno dell'allattamento materno in caso di difficoltà. Qualora l'operatore sanitario incontri problemi nella comunicazione, intesa nel senso più completo del termine, può chiedere l'intervento delle mediatrici, pre-

senti ogni giorno presso la Clinica per la promozione e il sostegno della salute della madre e del neonato.

Formazione degli operatori sanitari

Sono stati organizzati corsi di formazione per il personale sanitario riguardanti le tematiche inerenti le tradizioni culturali, la gravidanza, il parto e la puericultura nei vari Paesi di origine e nelle diverse minoranze etniche.

La formazione del personale prevede riunioni di reparto in collaborazione con le mediatrici culturali al fine di approfondire gli aspetti umani e culturali propri delle diverse etnie al fine di meglio comprendere quali possano essere gli atteggiamenti e le azioni da intraprendere per una più efficace alleanza medico-paziente.

Particolare attenzione viene anche dedicata alla formazione universitaria, lezioni dedicate ai temi dell'immigrazione e dell'assistenza sanitaria ai bambini ed alle donne straniere rientrano abitualmente nei programmi dei corsi Pediatria e Neonatologia per Medici, Infermiere Pediatriche, Ostetriche, Infermiere Professionali, nella scuola di Specializzazione in Pediatria di Novara dell'Università "Avogadro" del Piemonte Orientale.

Infine, le problematiche legate all'accoglienza ed alla cura dei bambini stranieri in ospedale, vengono approfondite anche nei corsi di formazione per i Volontari ABIO (Associazione Bambini in Ospedale, da molti anni attiva presso la Clinica Pediatrica di Novara).

Conclusioni

La conoscenza delle specifiche necessità sanitarie delle persone immigrate rappresenta la base senza la quale non è possibile attuare delle strategie per la promozione e per la tutela della salute dell'intera società. Poiché oggi una porzione, in continuo incremento, della popolazione residente è costituita da persone provenienti da Paesi stranieri, per poter parlare di benessere sociale sarebbe necessario instaurare dei percorsi di integrazione culturale nel rispetto delle tradizioni e delle etnie di origine. Per salute infatti è necessario ricordare che non si intende solamente una condizione fisica di non malattia ma uno stato di benessere psicofisico che è strettamente dipendente anche dai rapporti interpersonali all'interno della società stessa.

Qualora ci sia difficoltà di comunicazione tra gli operatori sanitari e i pazienti stranieri per motivi linguistici e/o culturali, viene ad essere compromessa in primo luogo la qualità delle cure e delle prestazioni sanitarie. Le difficoltà di inserimento sociale della famiglia straniera diventano spesso più evidenti in situazioni di malattia poiché alla preoccupazione per la salute si associa anche la difficoltà di comunicazione per quanto riguarda diagnosi, indicazioni terapeutiche e prognosi, elementi non sempre di facile comprensione anche per genitori non stranieri.

Un adeguato monitoraggio delle gestanti, potrebbe contribuire a ridurre concretamente la morbilità conseguente al parto pretermine, all'asfissia perinatale ed alle infezioni nei figli di madri immigrate. Pertanto la promozione della salute materna,

della cultura dell'accoglienza e del rispetto delle tradizioni etniche delle famiglie di origine rappresentano i presupposti per il miglioramento della qualità dell'assistenza delle persone straniere ed in particolare alle madri immigrate ed ai loro bambini.

Bibliografia

- AA. VV. "Il bambino immigrato". Vol. I (a cura di G. Bona)
Editeam Gruppo Editoriale, 2003
- AA. VV. "Il bambino immigrato. Vol. II (a cura di F. Cataldo e O. Gabrielli)
Editeam Gruppo Editoriale, 2005
- Bona G., Zaffaroni M. et al. "Immigrazione e bambini stranieri in Italia".
Edit Symposia – Pediatria e Neonatologia 2001; 9(2): 239-250.
- Bona G., Zaffaroni M. "Il bambino immigrato nel terzo millennio"
In: "Pueri Puerorum Pueris" (a cura di V. Fanos, L. Cataldi) Cap. 20 (p. 281-292)
Edizioni Agorà, Lecce. 2003.
- Cattaneo M.L., Dal Verme S. "Donne e madri nella migrazione"
Edizioni Unicopli – Milano, 2005.
- CRINALI "Professione mediatrice culturale"
Ed. F. Angeli – Milano, 2001.
- Geraci S., Martinelli B.
"Il diritto alla salute degli immigrati. Scenario nazionale e politiche locali".
Edizioni Nuova Anterem - Roma, 2002
- Zaffaroni M. "Nascere Stranieri"
Salute e Territorio 2001;126: 111-113,142.

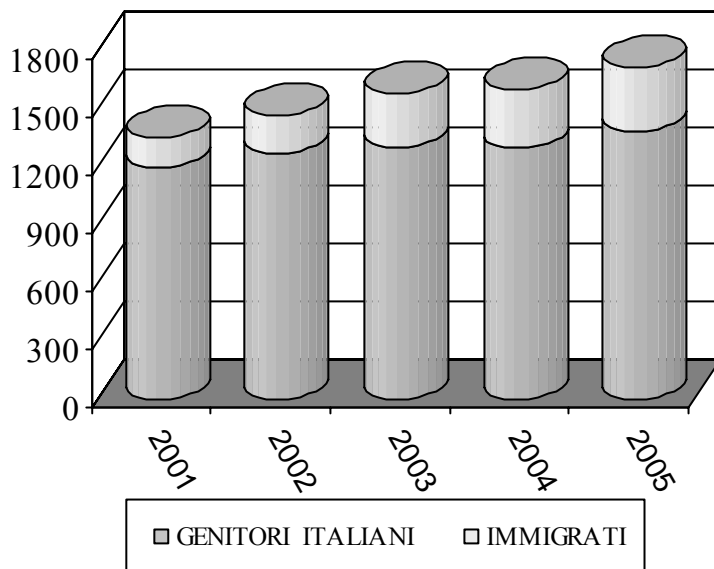
Figura 1 – La presenza delle mediatrici interculturali: un servizio dedicato all'accoglienza della persona immigrata in ospedale ed alla promozione della salute per le madri straniere ed i loro bambini.



Figura 2 – Area di provenienza delle donne immigrate residenti in Provincia di Novara

Area di provenienza	Numero (percentuale)
Paesi Arabi	1008 (25.5%)
America Latina	428 (10.8%)
Africa nera	482 (12.2%)
Asia	369 (9.3%)
Europa Est	1095 (27.6%)
Unione Europea	483 (12.2%)
Paesi Avanzato Sviluppo	94 (2.4%)

Figura 3 - Bambini nati a Novara negli ultimi cinque anni.



ANNO	Totale Neonati	Con genitori immigrati da PVS
2001	1358	11,1 %
2002	1474	14,1 %
2003	1584	17,7 %
2004	1603	18,8 %
2005	1721	19,6 %

Adozione Internazionale: l'esperienza del Servizio di Assistenza al Bambino Adottato dell'Ospedale Pediatrico A. Meyer di Firenze

S. Paganelli, L. Bianchi, MG. Bianchi, E. Sieni, C. Menicalli, S. Marchetto, N. Battiglia, C. Adami Lami, G. Veneruso, L. Galli

Clinica Pediatrica I, Dipartimento di Pediatria, Università degli Studi di Firenze

Negli ultimi anni nel mondo è notevolmente incrementato il numero delle adozioni, in particolare di quelle internazionali, in Italia il picco massimo è stato raggiunto nel 2004 con 3400 adozioni. La consapevolezza che la documentazione sanitaria di questi bambini spesso è carente e scarsamente attendibile ha indotto Centri Pediatrici qualificati ad elaborare protocolli diagnostico-terapeutici da poter eseguire subito dopo l'arrivo del bambino in Italia indipendentemente dall'età e in ogni caso prima dell'inserimento in comunità infantili (Hostetter 1989, Gabrielli 1999, Miller 1999, Bartolozzi 2001, Saiman 2001, Adami Lami 2003). Secondo i dati della letteratura internazionale più del 50% dei Bambini Adottati all'estero è infatti, affetto da una patologia che soltanto nel 20% dei casi è possibile diagnosticare con la sola visita medica; ecco perchè, pur non volendo troppo medicalizzare i bambini, è opportuno seguire un percorso unificato.

Alla fine del 2002 erano operativi in Italia solo 5 Servizi Pediatrici di riferimento per i Bambini Adottati provenienti dall'estero (Ancona, Firenze, Novara, Venezia, Udine), istituiti per iniziativa di pediatri ospedalieri o universitari aderenti al Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato (GLNBI) della Società Italiana di Pediatria. Lo stesso gruppo ha presentato e discusso un protocollo diagnostico-assistenziale per il Bambino Adottato proveniente dall'estero, successivamente approvato e promosso dalla Commissione Centrale Adozioni Internazionale il 15/11/2002 e applicato dai Servizi Pediatrici di riferimento per l'adozione internazionale, presenti in quasi tutte le regioni d'Italia.

Riportiamo qui di seguito il Protocollo dettagliato:

Anamnesi personale e familiare: ricostruzione del vissuto del bambino nel periodo precedente l'adozione con particolare riferimento alla famiglia di origine (componenti, condizioni sociali, abitudini di vita, motivazioni dell'allontanamento del minore) all'istituto/i di accoglienza (tipologia, situazione igienico sanitaria, modalità educative e relazionali, alimentazione), all'accrescimento staturale-ponderale e sviluppo neuroevolutivo, alle vaccinazioni effettuate, a patologie pregresse del bambino.

Esame obiettivo: valutazione clinica generale e auxologica

Indagini di laboratorio: glicemia, creatininemia, emocromo con formula leucocitaria, transaminasi, fosfatasi alcalina, protidogramma, immunoglobuline frazionate, IgE, reticolociti, transferrinemia, sideremia, ferritinemia, PCR, marker epatite B e C, TPHA, anticorpi anti-HIV1-2, esame parassitologico delle feci (su 3 campioni), esame chimico-fisico delle urine, intradermoreazione di Mantoux.

In considerazione del Paese di provenienza effettuare anche:

- per la valutazione della funzionalità tiroidea TSH, FT4 (Bielorussia, Ucraina)
- anticorpi anti-cisticerco (India, America Latina, alcuni Paesi dell’Africa)
- anticorpi anti-toxocara canis (India, America Latina, Africa, Paesi dell’Europa dell’Est)

Indagini di approfondimento :

- Esame radiologico del torace se Mantoux positiva;
- Hb elettroforesi, dosaggio G6PD in base al risultato dell’esame emocromocitometrico, in
soggetti provenienti da zone ad alta prevalenza di emoglobinopatie e/o deficit di alcuni enzimi
dei globuli rossi.

Visite specialistiche:

- Valutazione neuropsicologica infantile – psicologica clinica (in tutti i casi)
- Valutazione Endocrinologica, Dermatologica, Ortopedica, Otorinolaringoiatrica, Oculistica o
di altri specialisti secondo necessità.

Programma vaccinale: valutazione del titolo anticorpale per i vaccini certificati o rivaccinazione.

Valutazione di neuropsicologia infantile / psicologia clinica nei bambini adottati all’estero

Il Servizio Pediatrico di riferimento per le adozioni di Firenze, ad integrazione della cartella clinica standard, utilizza una scheda-questionario specifica per i bambini adottati all’estero. Nella scheda vengono riportati, alla prima visita, dati relativi a:

- **famiglia adottiva:** età e professione dei genitori, figli biologici o adozioni precedenti, condivisione o meno del progetto adottivo da parte della famiglia (genitori, fratelli, figli biologici o adottivi), parenti conviventi e/ o disponibili ad accudire il bambino, corrispondenza o meno dell’adozione a quanto indicato dalla coppia e/o proposto dall’Ente intermediario, partecipazione della coppia a corsi di informazione-formazione preadottivi.
- **istituto (o casa-famiglia) di provenienza** del bambino: caratteristiche strutturali e igienico-sanitarie dell’edificio, possibilità di attività ludica all’aperto, disponibilità di giochi e materiale didattico, rapporto numerico tra assistenti infantili e bambini, modalità relazionali ed educative, scuola (all’interno o esterna), alimentazione, assistenza sanitaria.
- **famiglia di origine:** dati non ufficiali di cui la coppia è venuta a conoscenza (di ordine sanitario, sociale, comportamentale, giuridico).
- **il bambino adottato:** cause della adottabilità (abbandono alla nascita o incapacità di accudimento); provenienza e durata del soggiorno/i (orfanotrofo, casa famiglia, famiglia affidataria); separazione per adozione da fratelli in istituto o da familiari con cui manteneva rapporti; adozione con fratello/i, con altro bambino/i; scolarizzazione.

- **l'incontro col bambino:** comportamento nei confronti dei genitori adottivi al momento della conoscenza e incontri successivi (periodo di ciascuno). Attività svolte col bambino. Atteggiamenti di rifiuto dell'adozione.

- **data dell'affido all'estero e dell'arrivo in Italia.**

- **primo periodo di convivenza col bambino:** abitudini alimentari, caratteristiche del sonno, rapporto con l'ambiente, comportamento con i genitori e con gli estranei, problemi emotivo-relazionali (movimenti stereotipati di dondolamento del corpo, rifiuto del contatto fisico, paure e grida immotivate ecc) e psicologici, patologia di interesse medico-pediatrico.

Al momento del primo approccio con il bambino e la famiglia, il pediatra è affiancato, nel servizio per l'adozione internazionale di Firenze, da uno psicologo infantile che applica il metodo osservativo al fine di cogliere un quadro complessivo sul funzionamento emotivo e relazionale del minore. La precoce osservazione psicologica, col metodo della osservazione prolungata, completa quella clinica ed è in grado di fornire indicazioni sui tempi in cui è opportuno programmare la valutazione di neuropsicologia infantile/psicologia clinica prevista dal protocollo che di solito viene effettuata dopo 4-5 mesi dall'adozione, in modo da consentire ai bambini una sufficiente padronanza della lingua ed una maggiore integrazione nella nuova famiglia. A questa prima valutazione, fa seguito un follow up.

Al termine degli accertamenti viene stilata una dettagliata relazione per i genitori e il pediatra di famiglia con la valutazione complessiva del bambino, la terapia prescritta, le eventuali vaccinazioni da eseguire in base al risultato della valutazione anticorpale e i controlli specialistici previsti.

CASISTICA

Dal 1/1/2000 al 30/6/2005 al Servizio per il bambino adottato della Azienda Meyer di Firenze sono stati sottoposti a visita ed esami, secondo il protocollo prima descritto, 815 bambini di cui 143 (17,5%) nel 2000, 72 (8,8%) nel 2001, 87 (10,6%) nel 2002, 115 (14,1%) nel 2003, 188 (23%) nel 2004 e 210 (25,7%) nel primo semestre 2005 [Figura IA]. La suddivisione per età mostra una netta prevalenza dei maschi con 504 (61,8 %) bambini e 311 (38,1 %) bambine. La data di nascita era presunta nel 5,5% dei casi L'età mediana alla prima osservazione era di 3,18 anni. La suddivisione per classi di età mette in evidenza una prevalenza dei bambini appartenenti alle classi intermedie: 63,4% tra 1 e 4 anni, 25,8% tra 5 e 10 anni. I bambini di età inferiore ad un anno e quelli di età > 10 sono i meno numerosi rappresentando rispettivamente il 5,3% e il 5,2% del totale. I Paesi di provenienza sono rappresentati da: Est Europa (66,3%), America Latina (13,9%), Asia (12,6%) e Africa (6,9%) [Figura IB]. Il 76,3 % dei bambini adottati risultava affetto da almeno una patologia che, nel 74,5% dei casi era di tipo infettivo. Le principali diagnosi di malattie infettive sono risultate: parassitosi (43,2%), tubercolosi (21,5%), epatiti (14,1%), infezioni cutanee (10,5%), infezioni respiratorie (7,1%), infezioni batteriche intestinali (2,9%) e sifilide congenita (0,4%). Non è stato registrato nes-

sun caso di infezione da HIV [Figura II, III, IV, V]. Oltre alle patologie infettive e carenziali come rachitismo (40%) ed anemia (20%) le percentuali delle altre malattie erano: malattie neurologiche 6%; malattie gastrointestinali 5%; malattie congenite 5%; malattie endocrine 4 %; malattie cardiache 2%; malattie osteoarticolari 1%.

In 412 bambini è stata inoltre valutata la documentazione vaccinale e la risposta immunitaria ai vaccini certificati. Abbiamo rilevato in 84 bambini (20,4%) assenza di documentazione vaccinale. Dei 328 bambini con documentazione, le indagini sierologiche hanno evidenziato mancata sieroconversione ad un vaccino nel 26%, a più di un vaccino nel 14% e nel 4,5% a tutti i vaccini di cui si è stata valutata la risposta immune (difterite, tetano, morbillo, parotite, rosolia, epatite B).

I Servizi Pediatrici di riferimento per l'accoglienza sanitaria al Bambino Adottato all'estero sono importanti per la valutazione dello stato di salute del bambino in tempi brevi, con possibilità di approccio multidisciplinare in una stessa sede: riteniamo peraltro indispensabili, per il buon esito dell'adozione, la costante collaborazione col Pediatra di Famiglia, i Servizi Socio-Sanitari locali e la scuola con un lavoro in rete, il solo in grado di rispondere in modo adeguato alle necessità del bambino e dei genitori adottivi.

Il presente studio presenta la più numerosa casistica sui bambini adottati all'estero da cui emerge l'importanza di esami di *screening* all'arrivo nel nostro Paese presso un centro specializzato che possa coordinare le indagini necessarie e possa inoltre offrire una adeguata accoglienza sanitaria a questa popolazione multietnica e ai nuovi genitori,

Bibliografia

- Moretti E. 2005 *Coppie e bambini nelle adozioni internazionali* Istituto degli Innocenti, Rapporto della Commissione per le Adozioni Internazionali, Ministro per le Pari Opportunità, Firenze
- Adami Lami C, Veneruso G. Corso di Perfezionamento Universitario in Etnopediatria, 2005-2006. *L'accoglienza sanitaria al bambino adottato all'estero: l'esperienza del Servizio di Assistenza al bambino adottato dell'Ospedale Anna Meyer*
- Adami Lami C. Bianchi M.G. 2003 *Un Ospedale pediatrico e l'adozione internazionale* in «L'adozione oggi: un obiettivo raggiungibile» a cura di A. G. Miliotti pag. 173-183 e 189-198 ed. Franco Angeli, Milano
- Bartolozzi G. 2001 *Il bambino nato da genitori non italiani* «Medico e Bambino»; 2:101-106
- Frank D et al. 1996 *Infants and young children in orphanage: one view from Pediatrics and child Psychiatry*. «Pediatrics»; 97:569-578
- Gabrielli O. et al. 1999 *Bilanci di salute del bambino adottato all'estero.*»Riv. Ital. Pediatr.»; 25 (Suppl. n.3) 38-41.

- Adami-Lami C. *Le malattie infettive nel bambino immigrato*. Relazione al Congresso «Aggiornamenti in Pediatria», Firenze 10-11 maggio 2002. Atti : pag 75-78.
- Grantham-McGregor S et al. 1983 *«Effect of psychosocial stimulation on mental development of several malnourished children: an interim report.* «Pediatrics»; 72:239-243 .
- Howe D 1997 *Parented reported problems in 211 adopted children: some risk and prospective factors.* «J. Child Psychol Psychiatry»; 38:401-11
- Hostetter M et al .1989 *Unsuspected infectious disease and other diagnosis in the evaluation of international adopted children.* «Pediatrics»; 83:559-64
- Miller L. 1999 *Caring for internationally adopted children.* «New Engl. J. Medicine»; 341:1539-1540.
- Saiman I et al. 2001 *Prevalence of infectious diseases among internationally adopted children* «Pediatrics»; 108: 608-612

ENDOCRINOPATIE NEI BAMBINI IMMIGRATI : LA NOSTRA ESPERIENZA

C. Menicalli¹, S. Losi², G. Veneruso¹, C. Adami Lami¹, N. Battiglia¹, E. Sieni¹, S. Marchetto¹, S. Paganelli¹, L. Bianchi¹, M. De Martino¹

¹Clinica Pediatrica I, Dipartimento di Pediatria, Università degli Studi di Firenze

²Unità di Auxo-Endocrinologia Interdisciplinare, Dipartimento di Pediatria, Università degli Studi di Firenze

Nell'ultimo decennio si è potuto osservare un progressivo aumento del flusso migratorio verso l'Italia. Secondo il Dossier Statistico 2005 della Caritas/Migrantes, attualmente si stimano 3.5 milioni di immigrati presenti nel nostro Paese, di cui circa 500.000 minori (1). I primi cinque paesi da cui essi provengono sono la Romania, l'Albania, il Marocco, la Polonia e la Jugoslavia.

Inoltre dobbiamo considerare la presenza in Italia di 11.826 bambini e adolescenti adottati all'estero da coppie italiane, secondo i dati della Commissione per le adozioni internazionali dell'Istituto degli Innocenti di Firenze. Questi bambini provengono soprattutto dall'Ucraina, Russia, Colombia, Brasile e Bulgaria. Parallelamente a questo fenomeno si è verificato un aumento del numero degli accessi di bambini stranieri presso le strutture sanitarie del nostro territorio.

E' esperienza comune, e la letteratura lo conferma, che i bambini immigrati si ammalano prevalentemente di malattie infettive, in particolare respiratorie e gastrointestinali (2). Pochi invece sono i dati disponibili per le malattie endocrinologiche.

Scopo del lavoro

L'obiettivo è stato quello di valutare numero e percentuale di bambini immigrati affetti da patologie endocrine giunti alla nostra osservazione presso l'Ospedale Pediatrico Meyer. In particolare: pubertà precoce (PP), deficit di GH (GHD), bassa statura (BS), obesità (OB), tireopatie (TIR), alterazioni dello sviluppo puberale, disordini della differenziazione sessuale, irsutismo, sindrome di Turner, rachitismo, alterazioni del ciclo mestruale, sindrome adrenogenitale, etc.

Pazienti e metodi

Nel periodo 1/01/2003-31/12/2005, presso il Day Hospital dell'Unità di Auxo-Endocrinologia Interdisciplinare dell'Ospedale Meyer, sono pervenuti 3150 bambini, di cui 2994 italiani e 156 immigrati, con un'età media di 8.4 anni (range : 1-17 anni).

Risultati

I bambini immigrati rappresentano il 4.9% di tutti i bambini pervenuti presso il nostro servizio, 60 (38.5%) sono bambini adottati all'estero (A), 40 (25.6%) sono nati all'estero ed immigrati in Italia con i loro genitori (I1), 56 (35.9%) sono nati in Italia da genitori immigrati (I2). Si osserva una prevalenza di femmine, il 65.5% (102) contro il 34.6% (54) di maschi. Presentano la seguente distribuzione per fasce di età : n° 33 (21.1%) fra 1-5 anni, n° 95 (60.8%) fra 6-11 anni, n° 28 (17.9%) fra 12-

17 anni. Il 49.4% proviene dall'Est Europa, in particolare dall'Albania e dalla Romania, e si tratta soprattutto di bambini adottati e bambini immigrati con i loro genitori, il 20.5% dall'Asia (Cina e India), il 18.6% dall'Africa (Marocco e Etiopia), per entrambe le aree in prevalenza immigrati, l'11.5% dall'America Latina (Brasile e Perù). Si osserva che i bambini adottati e quelli immigrati con i loro genitori provengono soprattutto dall'Est Europa, mentre i bambini nati in Italia da genitori immigrati mostrano una distribuzione per area di provenienza più omogenea (Tab.1).

Tabella 1. Numero e percentuale di bambini secondo la provenienza per macroaree

Provenienza	A	I1	I2	TOT	%
AFRICA	6	5	18	29	18.6
AMERICA LATINA	9	4	4	17	11.5
ASIA	10	5	17	32	20.5
EST EUROPA	35	26	17	78	49.4

La patologia maggiormente riscontrata è la PP, presente nel 28.8% dei casi (Graf.1), per la gran parte nei bambini adottati e di gran lunga più frequente nelle femmine rispetto ai maschi (F:M = 8:1), confermando la rilevanza della problematica in questo particolare gruppo, come dai dati in letteratura. In tutti i casi si tratta di pubertà precoce centrale idiopatica. La PP è stata diagnosticata nel 3.48% di tutti i bambini adottati seguiti presso il Servizio per il Bambino Adottato dell'Ospedale Meyer, una percentuale sicuramente superiore a quella attesa secondo la stima della prevalenza della pubertà precoce nella popolazione generale. Nel gruppo dei bambini italiani osservati nello stesso arco di tempo, la PP è stata diagnosticata nel 2.7% dei casi.

Significativa è la percentuale di bassa statura (17.3%), ugualmente distribuita fra maschi e femmine e di deficit di GH (7%), contro il 2.8% dei bambini italiani, e prevalente nei maschi, in particolare nei figli di genitori immigrati (Tab.2).

Al terzo posto per frequenza si trovano le tireopatie (11.5%) e l'obesità (11.5%). Le tireopatie sono rappresentate soprattutto dall'ipotiroidismo congenito e si riscontrano nel 50% dei casi nella fascia d'età 1-5 anni (Graf.2). Nei bambini italiani sono state osservate nel 2% dei casi. L'obesità si riscontra maggiormente nei bambini immigrati rispetto agli adottati, in particolare nei maschi (77.7%), nel 67% dei casi si tratta di preadolescenti e adolescenti. L'obesità è stata riscontrata nel 5% dei bambini italiani.

Tabella 2. Numero e percentuale di bambini affetti da patologie endocrine

PATOLOGIE	I1	I2	A	TOT	%
Pubertà Precoce	4	5	36	45	28,8
Deficit GH	5	2	4	11	7
Bassa Statura	11	10	6	27	17,3
Obesità	6	9	3	18	11,5
Tireopatie	3	14	1	18	11,5
Alterazioni Sviluppo Puberale	3	6	7	16	10,3
Disordini Differenziazione Sessuale	1	1	0	2	1,3
Irsutismo	1	1	1	3	1,9
S. Turner	2	2	0	4	2,6
Rachitismo	0	2	0	2	1,3
Alterazioni Ciclo Mestruale	2	0	1	3	1,9
Sag	2	0	0	2	1,3
Altro	0	4	1	5	3,2

Grafico 1. Prevalenza delle principali endocrinopatie diagnosticate in bambini immigrati e italiani (valori percentuali)

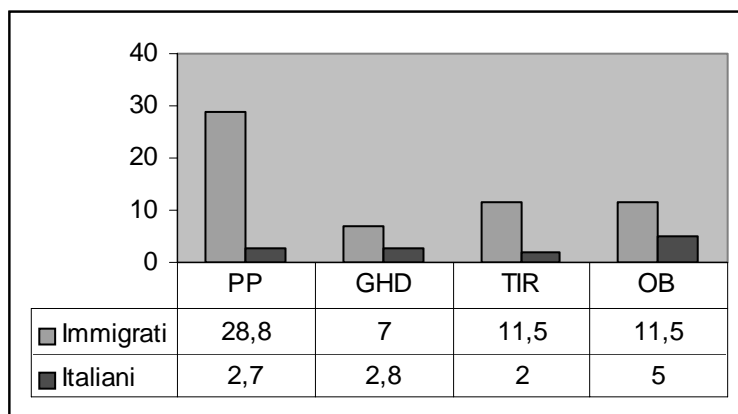
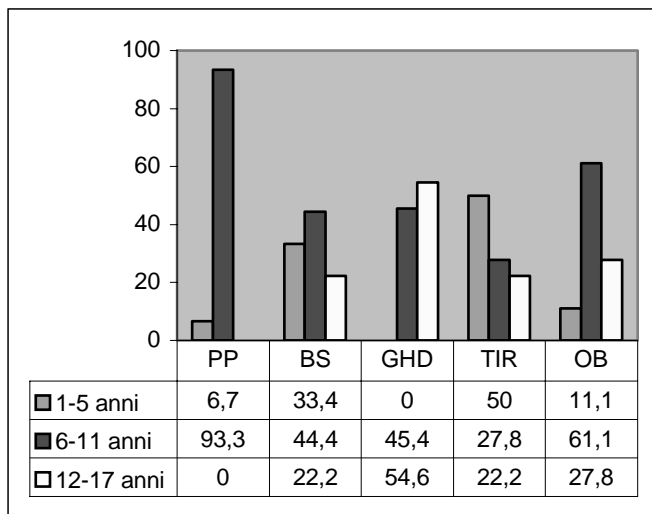


Grafico 2. Distribuzione delle endocrinopatie più frequenti per fasce d'età (valori percentuali)



Discussione

Molti studi hanno osservato un'alta frequenza di sviluppo puberale precoce in bambini adottati provenienti da paesi in via di sviluppo, spesso caratterizzato anche da una rapida progressione. In passato è stata forte l'ipotesi che questi bambini presentassero un'inizio puberale anticipato sulla base di fattori razziali e genetici pre-determinati. Oggi numerosi studi mostrano come, a parità di condizioni socioeconomiche e di alimentazione, l'età media al menarca non è significativamente diversa nella maggior parte dei paesi dei cinque continenti, attestandosi su valori medi compresi fra i 12 e i 13 anni (3,6,7,8). Pertanto nel determinare esordio e progressione della pubertà, accanto a fattori etnici e genetici, sembrano assumere sempre maggior rilevanza fattori geografici, nutrizionali e di benessere affettivo e socio-economico. Perché questo aumento di pubertà precoce non si riscontri, dai nostri dati, in egual misura nei bambini immigrati con la loro famiglia non è del tutto chiaro, ma potrebbe essere legato al fatto che queste famiglie, una volta in Italia, continuano a vivere in una condizione di povertà e spesso mantengono abitudini alimentari del loro paese.

Per quanto riguarda la bassa statura e il deficit di GH abbiamo riscontrato percentuali più alte rispetto a un precedente studio italiano (4) e questo, al di là dei molti fattori all'origine di un deficit di crescita, mostra senz'altro un aumento della sensibilità di queste famiglie a tale problematica. D'altra parte la valutazione staturale viene effettuata sulla base dei percentili di Tanner riferiti alla popolazione europea, mancando in letteratura percentili di riferimento sufficientemente validati per altri

gruppi etnici. Anche noi osserviamo una prevalenza di BS e GHD nei figli di immigrati rispetto ai bambini adottati. E' noto che in questi ultimi si verifica spesso, nei mesi seguenti l'arrivo nella nuova famiglia, un incremento della velocità di accrescimento staturò-ponderale (catch-up growth). Tale fenomeno potrebbe non essere altrettanto rappresentato nei bambini con genitori immigrati e questo potrebbe influire sul riscontro di bassa statura, mentre non è comunque sufficiente per spiegare i casi di deficit di GH. D'altra parte è noto che i fattori che regolano l' accrescimento staturale sono estremamente complessi, comprendendo fattori razziali, familiari, genetici, ormonali, nutrizionali, affettivi.

Le tireopatie sono rappresentate quasi esclusivamente dall'ipotiroidismo congenito, diagnosticato di gran lunga più frequentemente nei bambini immigrati nati in Italia, verosimilmente in conseguenza dello screening neonatale cui questi bambini vengono sottoposti a differenza di quanto avviene in molti paesi in via di sviluppo, dove lo screening neonatale per l'ipotiroidismo non viene normalmente effettuato.

Conclusioni

In ambito endocrinologico i bambini immigrati rappresentano una percentuale di pazienti in aumento, sia per il crescere del flusso migratorio ma verosimilmente anche per la maggior sensibilità delle famiglie a queste problematiche. La valutazione auxologica pertanto rimane un momento irrinunciabile nella visita di questi bambini da parte del pediatra per individuare e trattare patologie importanti.

Bibliografia

1. Caritas/Migrantes, Immigrazione-Dossier Statistico 2005, XV Rapporto
2. Bona G, Zaffaroni M, Bambini immigrati: problemi di salute e assistenza sanitaria. Grandangolo di Edit Symposia - *Pediatria e Neonatologia* 1997;5(2): 57-67
3. Bona G, Castellino N, Petri A . Secular trend of pubertà. *Minerva Pediatr.* 2002 Dec; 54 (6):553-7.
4. Bona G, Petri A, Zaffaroni M, Castellino N, Cadario F . Endocrinopatie nei bambini immigrati. *Il bambino immigrato* Vol.1; Editeam, 2003.
5. Virdis R, Street ME, *et al.* Precocious puberty in girls adopted from developing countries. *Arch. Dis. Child.* 1998;78: 152-154.
6. Junqueira Do Lago M, Faerstein E, *et al.* Family socioeconomicbackground modified secular trends in age at menarche: evidence from the Pro-Saude Study (Rio de Janeiro, Brazil). *Ann. Hum. Biol.* 2003 May-Jun;30(3): 347-52.
7. Hosny LA, El-Ruby MO, *et al.* Assessment of pubertal development in Egyptian girls. *J. Pediatr. Endocrinol. Metab.* 2005 Jun;18(6):577-84.
8. Amrita Bagga, Kulkarni S. Age at menarche and secular trend in Maharashtrian (Indian) girls. *Acta Biol Szeged* 2000;44(1-4):53-57.

Adozione Internazionale: disturbi comportamentali in un gruppo di bambini adottati dall'Europa dell'Est

V.Porcari, L.Parisi, F.Canziani, F.Cataldo

Dipartimento Materno Infantile, Università di Palermo

Negli ultimi anni si è osservato un rapido e progressivo aumento delle adozioni di bambini dall'estero. Le adozioni internazionali infatti erano poco di 300 nel 1982, mentre nel 2001, 2002, 2003 e 2004 sono state rispettivamente 1797, 2225, 2772 e 3398.

Questi bambini provengono di solito da un lungo periodo di istituzionalizzazione in orfanotrofi dove frequentemente hanno subito maltrattamenti, abusi, e deprivazione emotiva. Per tale motivo i bambini adottati dall'estero sono a rischio di presentare turbe comportamentali e difficoltà relazionali con i genitori adottivi, la famiglia allargata, gli insegnanti e la scuola.

Fino ad oggi in Italia gli studi sulle problematiche psico-evolutive e comportamentali dei bambini adottati dall'estero sono stati poco numerosi. L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare le problematiche comportamentali di un gruppo di bambini adottati dall'estero provenienti dall'Est Europa al loro arrivo e durante il primo anno di permanenza in Italia, e di ricercare alcuni fattori di rischio ambientali correlati con queste problematiche comportamentali.

Materiali e Metodi

47 bambini adottati dall'estero (26 maschi e 21 femmine, età media 7 anni e 9 mesi, range 10 mesi-12 anni e 6 mesi) sono stati reclutati dal 1/1/2005 al 31/1/2005 nel Centro per l'Adozione Internazionale della Clinica Pediatrica dell'Università di Palermo-P.O. Aiuto Materno. Provenivano tutti dall'Est Europa: Ucraina (26 soggetti), Federazione Russa (10 bambini), Polonia (4 soggetti), Ungheria (3 bambini), Bulgaria (2 soggetti) e Romania (2 bambini). Essi, dopo l'arrivo in Italia (4-6 settimane) ci sono stati inviati dalle agenzie di adozione e dal Tribunale Minorile di Palermo per un check-up pediatrico che include anche una valutazione Neuropsichiatrica Infantile.

Le famiglie adottive esaminate sono state 35 :32/35 avevano solo bambini adottati (23 famiglie solo 1 bambino, 7 famiglie 2 fratelli biologici, 1 famiglia 3 fratelli biologici, 1 famiglia 2 bambini non consanguinei). Le rimanenti 3 avevano bambini biologici ed adottati (1 famiglia 3 bambini adottati e 1 biologico, 2 famiglie 1 bambino adottato e 2 biologici).

Ciascuna famiglia è stata valutata con un minimo di 3 incontri. Durante il primo incontro il neuropsichiatra infantile poneva domande a ciascuno dei genitori riguardanti il loro stato socio-economico (età, livello di istruzione, lavoro), la loro esperienza adottiva, e la loro storia pre-adottiva con la richiesta di eventuali dati

clinici precedenti od attuali del bambino. Durante il secondo incontro ciascun genitore rispondeva alle domande a risposta aperta dell'operatore, focalizzando l'attenzione sull'attuale funzionamento (gioco, sonno, alimentazione, igiene), emozioni espresse e comportamento del bambino nella società adottiva e nella famiglia dal momento dell'adozione, analizzando soprattutto le relazioni di attaccamento con ciascun membro della famiglia adottiva, ed il comportamento e le relazioni a scuola o con i coetanei. E' stato quindi fornito a ciascun genitore il questionario CBCL, destinato ad ottenere risposte standardizzate dai genitori, riguardanti le competenze e i problemi comportamentali/emotivi del bambino, confrontate con le informazioni ed impressioni precedentemente ottenute direttamente dai genitori. Il terzo incontro era abitualmente un individuale con il bambino, e durante questo l'esaminatore aveva la possibilità di interagire liberamente con lui, di farlo giocare e disegnare. Tutto ciò con l'obbiettivo di valutare il comportamento e le reazioni del bambino durante la separazione e il ricongiungimento con i genitori adottivi, la comunicazione verbale e mimico/gestuale, il tipo ed i contenuti del gioco e dei disegni, l'organizzazione del pensiero, l'orientamento spazio-temporale, le capacità di giudizio e critica, l'organizzazione motoria e le prassi.

Abbiamo ottenuto sufficienti informazioni su 46/47 bambini.

Risultati

L'età media dei genitori al momento dell'adozione era di 42 anni (madri) e 46 anni (padri), e tutte le famiglie erano normo-strutturate, al loro primo matrimonio. La maggior parte di loro (29/35, 83.8%) possedeva un alto livello d'istruzione, con livello socio-economico medio (14/35, 40%) o medio-alto (15/35, 42.8%).

I bambini esaminati provenivano da 39 famiglie biologiche. 29/46 di loro (63%) erano stati allontanati dalle famiglie biologiche prima dei 3 anni, i maschi più precocemente delle femmine, prevalentemente ad un'età di 1-3 anni o di 5-7 anni.

Le motivazioni dell'allontanamento dei bambini dalle loro famiglie naturali erano l'alcolismo dei genitori (47%), l'abbandono durante il primo anno di vita (42%), l'estrema povertà della famiglia (16%), la morte di ambedue i genitori (11%) e la tossicodipendenza di questi (5%). Nel 26% dei casi non si avevano notizie sui genitori naturali.

La maggior parte dei bambini (44/46) provengono da un'esperienza di istituzionalizzazione in orfanotrofio prima dell'adozione e solo 2 da un affido prefamiliare. Essi, durante la permanenza in istituto, coabitavano con almeno 100 altri bambini, e 10/44 (22.7%) con più di 200 bambini. In istituto venivano raggruppati nei dormitori in relazione all'età, e ciascun dormitorio generalmente ospitava da 15 a 30 bambini. Il rapporto degli adulti (educatori) rispetto ai bambini era di 1 su 10/15, con attività organizzate in routines rigide che non tenevano conto delle esigenze dell'età. Giocattoli, vestiti, e spesso la biancheria intima, erano condivise e conseguentemente i concetti di possesso e privacy erano estranei. Le condizioni igieniche e nutrizionali in istituto erano scadenti: alcuni bambini (8/45, 18.2%) al

loro arrivo presentavano dermatiti come conseguenza della scarsa igiene, ed inoltre in alcuni casi la loro alimentazione era costituita da minestre di vegetali e barbabietole, priva di carne, pesce, frutta.

In istituto vi era una tipica organizzazione gerarchica, per cui i bambini più grandi e gli adolescenti erano responsabili di quelli più piccoli. Ciò si verificava con il consenso degli adulti (troppo pochi per accudire tutti i bambini). In alcuni casi (3/26 maschi e 4/21 femmine) venivano riferiti anche maltrattamenti fisici ed abusi sessuali. Tranne per le feste principali, quando venivano ospitati presso famiglie affidatarie volontarie, i bambini trascorrevano la maggior parte del tempo in istituto.

All'arrivo nelle famiglie adottive 30/46 (65.2%) bambini presentavano problemi comportamentali differentemente distribuiti tra femmine e maschi. Il primo gruppo aveva problemi comportamentali "internalizzati" (problemi dell'alimentazione, del sonno, controllo degli sfinteri), il secondo gruppo principalmente comportamenti "esternalizzati" (comportamento oppositivo-provocatorio, iperattività, atteggiamenti di chiusura e/o isolamento, ansia e fobie). Quattro mesi dopo l'adozione numerosi bambini con problemi comportamentali all'arrivo presentavano una regressione di questi, mentre nei successivi 6-12 mesi, 23/46 (50%) bambini hanno presentato altri problemi, quali iperattività, disturbi dell'alimentazione, disturbi del sonno e del controllo degli sfinteri, fobie e ansia, comportamenti sessuali non appropriati all'età, problemi scolastici con disturbi dell'apprendimento e ritardo del linguaggio.

Vi era una chiara correlazione tra il periodo trascorso in istituto e la frequenza dei problemi comportamentali: le percentuali dei bambini che dopo 1, 2, 3 e 4 anni di istituzionalizzazione presentavano problemi comportamentali erano rispettivamente 9%, 18%, 41% e 32%. Anche l'età dell'adozione era correlata con le percentuali dei problemi comportamentali: questi erano presenti nel 4%, 39% e 57% dei soggetti istituzionalizzati rispettivamente nella prima infanzia (< 2 anni), nell'età prescolare (2-6 anni) e nell'età scolare (6-12, 5 anni).

L'analisi della CBCL/6-18 anni evidenziava un'alta concordanza di opinioni di entrambi i genitori sullo stesso bambino. Tuttavia, le femmine erano complessivamente giudicate da entrambi i genitori più problematiche dei maschi in quasi tutti gli items del questionario, ed entrambi riferivano la sindrome da iperattività con deficit dell'attenzione come il più frequente problema, principalmente tra le femmine. I dati riguardanti la CBCL/1,5-5 anni (maschi e femmine nel complesso) evidenziavano che 13/24 bambini superano i limiti che demarcano un comportamento normale da uno patologico, manifestando uno o più problemi comportamentali. Anche in questo gruppo di età i comportamenti "esternalizzati" venivano riferiti più frequentemente, soprattutto i problemi dell'attenzione (13/24) e i comportamenti aggressivi (8/24), mentre meno frequenti erano gli atteggiamenti di chiusura e/o isolamento (6/24), le somatizzazioni (5/24) ed i comportamenti emozionali reattivi (2/24).

Discussione

Le problematiche psico-evolutive dei bambini adottati dall'estero necessitano di interventi appropriati sia all'arrivo che nel follow-up. Per questo motivo abbiamo valutato gli aspetti comportamentali di 46 bambini adottati dall'Est Europa e delle loro famiglie.

Tutte le famiglie valutate erano normo-strutturate, la maggior parte di età media, finanziariamente stabili e con medio o alto livello di istruzione. Questi risultati sono concordi con precedenti indagini nella letteratura internazionale che mostrano un grado socio-economico e culturale medio alto dei genitori adottivi.

I genitori adottivi inoltre avevano adottato quasi sempre un solo bambino e solo alcuni di loro avevano anche dei figli naturali. La motivazione più frequente che induceva i genitori ad adottare quindi non appare essere umanitaria, ma il bisogno di completare la famiglia ed il loro desiderio di genitorialità.

I bambini esaminati provenivano dall'Est Europa, mentre non abbiamo osservato bambini provenienti da altre aree del mondo, in particolare America Latina ed India, come più frequentemente avveniva fino a pochi anni fa. Ciò molto probabilmente dipende dai recenti sconvolgimenti geopolitici dell'Est Europa (caduta del comunismo) che hanno facilitato l'adozione da paesi più vicini all'Italia e dal fatto che i genitori adottivi tendono a preferire i bambini con caratteristiche somatiche più simili alle nostre, piuttosto che quelli di razza diversa a causa della loro più facile integrazione con la nostra società.

Tra i bambini adottati presi in esame l'età al momento dell'allontanamento dalle famiglie biologiche e al momento dell'adozione risulta più alta nella femmine che nei maschi. Questo dato può essere legato probabilmente all'ambiente culturale e sociale dei paesi d'origine dei bambini. Infatti tra le famiglie dell'Est Europa è predominante una struttura matriarcale, dove le donne spesso gestiscono le finanze di casa e svolgono lavori generalmente considerati maschili nel mondo occidentale. In questo contesto, le bambine sin dallo loro più tenera età sono coinvolte nelle faccende domestiche ed anche nel prendersi cura dei fratelli più piccoli. Conseguentemente è facile che esse vadano incontro sia ad un allontanamento più tardivo dalle famiglie biologiche che ad una adozione posticipata..

Le condizioni che determinano l'allontanamento dei bambini dalle loro famiglie biologiche come l'alcolismo e l'uso di droghe da parte dei genitori, l'abbandono, la Povertà estrema etc., evidenziano che le condizioni sociali dei bambini adottati nei loro paesi sono sfavorevoli. La maggior parte di loro inoltre (29/46, 63%) è stata allontanata dalla famiglia biologica prima dei 3 anni di vita, età importante per lo sviluppo di rapporti di attaccamento alle figure di riferimento, e quasi tutti avevano trascorso un lungo periodo in orfanotrofio in condizioni di vita svantaggiose e non adeguate per una corretta crescita emozionale (coabitazione con molti altri bambini, organizzazione delle attività giornaliere in rigide routines, condivisione dei giocattoli e degli indumenti, regime alimentare povero, condizioni igieniche scadenti, educatori adulti insufficienti, ordine gerarchico, maltrattamenti fisici e abusi sessuali etc.). Queste deprivazioni psicologiche e materiali sono in grado di creare di-

sadattamento e possono spiegare i frequenti problemi comportamentali osservati nei bambini adottati dall'estero all'arrivo e nel follow-up.

Complessivamente, i più comuni problemi presentati dai bambini adottati al loro arrivo erano i comportamenti "internalizzati" nei maschi ed "esternalizzati" nelle femmine. Queste ultime inoltre sono state anche giudicate più difficili da gestire da entrambi i genitori. Tale differenza può essere verosimilmente spiegata dalla maggiore età presentata dalle femmine al loro arrivo. Infatti esse, essendo più grandi dei maschi, si adattano con maggiore difficoltà alle nuove regole familiari e più difficilmente rinunciano alle autonomie fino ad allora raggiunte.

La riduzione evidente dei problemi comportamentali pochi mesi dopo l'adozione indica che il progressivo adattamento al nuovo ambiente socio-culturale e il graduale attaccamento ai membri della nuova famiglia offre ai bambini adottati l'opportunità di risolvere i loro problemi comportamentali. Tuttavia, durante il periodo di follow-up frequentemente si sono evidenziano altri problemi comportamentali. A questo proposito, molto i genitori adottivi tendono a dare ai loro bambini adottivi amore e stimolazioni in abbondanza, e che ciò non sempre è corretto. Questi bambini vengono sottoposti ad un'enorme quantità di nuovi stimoli, prima sconosciuti perché provengono da situazioni in cui nessuno si prendeva cura di loro. Per di più devono confrontarsi con una lingua, una cultura, una società ed un modello comportamentale sconosciuti. Quindi, sono ad alto rischio di presentare regressione, dipendenza o, all'opposto, bassa tolleranza alle frustrazioni, irritabilità, comportamenti provocatori e rifiuto della nuova autorità genitoriale.

Tutte le famiglie che intraprendono una adozione internazionale dovrebbero quindi essere informate sulla precoce vulnerabilità emozionale di questi bambini. Sono le caratteristiche dei genitori adottanti (generalmente molto motivati) ed il tipo di relazione genitore-bambino nella vita familiare quotidiana che costituiscono valide risorse per superare gli effetti avversi della vita pre-adottiva. E' importante che i genitori adottanti siano ben preparati prima dell'adozione e adeguatamente supportati in seguito per essere capaci di riconoscere, prevenire e gestire i problemi emozionali e comportamentali dei loro bambini. Il nostro studio suggerisce pertanto la necessità di istituire servizi di educazione preventiva pre-adottiva e di counselling educativo post-adottivo, dove appropriate consulenze possono essere offerte alle famiglie adottive da professionisti specializzati in tema di adozione.

Bibliografia

- Juffer F, Van I Jzendoorn MH. Behaviour problems and mental health referrals of international adoptees. JAMA 2005; 293/20: 2501-15.
- Cataldo F, Accomando S, Porcari V. International adopted children: a new challenge for paediatricians. Minerva Pediatrica 2006; in press.
- Beckett C, Bredekamp D, Castle J, Groothues C, O'Connor TG, Rutter M and English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. Behaviour pattern associated with institutional deprivation: a study of children adopted from Romania. J Dev Behav Ped 2002; 23: 297-303.
- Judge S. Developmental recovery and deficit in children adopted from eastern European orphanages. Child Psych Hum Dev 2003; 34: 49-62.
- Rutter M. Developmental catch-up and deficit following adoption after severe global early privation. English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. J Chil Psychol Psychiatry 1998; 39: 465-76.
- Miller L, Chan W, Kathleen C. Health of children adopted from Guatemala: comparison of orphanage and foster care. Pediatrics 2005; 115: 710-7.
- Groza V, Ryan SD, Cash SC. Institutionalization, behaviour and international adoption: predictors of behaviour problems. Journ of Immigrant Health 2003; 5: 5-17.
- Borders LD, Black LK, Pasley BK. Are adopted children and their parents at greater risk for negative outcomes? Fam Relat 1998; 47: 237-41.
- Rojewski JW, Shapiro MS, Shapiro M. Parental assessment of behaviour in Chinese adoptees during early childhood. Child Psychiatry Hum Dev. 2000; 31: 79-96.
- O' Connor TG, Rutter M. Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extention and longitudinal follow-up. English and Romanian Adoptees Study Team. Amer Acad Child Adolesc Psychiatry 2000; 39: 703-12.
- Kreppner JM, O' Connor TG, Rutter M. English and Romanian Adoptees Study Team. Can inattention over activity be an institutional deprivation syndrome? Abnorm Child Psychol 2001; 29: 513-28.
- Elmunv A, Melin L, A-L von Knorring, Proos L, Tuvemo T. Cognitive and neuropsychological functioning in transnationally adopted juvenile delinquent. Acta Paed 2004; 93: 1507-13.
- Jern A, Lindblad F, Vinnerijung B. Suicide, psychiatric illness and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study. Lancet 2002; 360: 443-8.
- Kim WJ. Benefits and risks for intercountry adoption. Lancet 2002; 360: 423-4.

- Stams GI, Juffer F, Risperts J, Hoksbergen RA. The development and adjustment of 7-year-old children adopted in infancy. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41: 1025-37.
- Stein MT, Faber S, Berger SP, Kliman G. International adoption: a 4 year-old child with unusual behaviours adopted at 16 months of age. *Pediatrics* 2002; 114: 1425-31.
- Groza V. Institutionalization, behaviour and international adoption. *J Immigr Health* 1999; 3: 133-43.
- O'Connor TG, Rutter M, Beckett C. The effects of global severe privation on cognitive competence: extension and longitudinal follow-up. *Child Dev* 2000; 71: 376-90.

**DIVEZZAMENTO NEI BAMBINI IMMIGRATI: UN'INDAGINE
SVOLTA PRESSO IL CENTRO DI SALUTE E ASCOLTO PER LE
DONNE IMMIGRATE ED I LORO FIGLI DELL'OSPEDALE SAN
PAOLO DI MILANO**

D.SALA, G.BANDERALI, M.BRAGA, E.SALVATICI, M.GIOVANNINI

CLINICA PEDIATRICA, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO, OSPEDALE SAN PAOLO

INTRODUZIONE

A fronte di un numero sempre crescente di bambini stranieri nati o riferiti all'Ospedale San Paolo di Milano, è stato attivato nell'Ottobre 2000 l'ambulatorio di Pediatria del Centro di Salute e Ascolto per le donne immigrate ed i loro figli presso l'Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano, come parte integrante del progetto attivato nell'ambito del Centro di Salute e Ascolto per le donne immigrate attivo dal Gennaio 2000 e che si avvale della collaborazione della Cooperativa Crinali di Milano.

Il centro nasce quindi dall'esigenza di fornire interventi sanitari, psicologici e sociali adeguati a fronte dell'incremento delle nascite di bambini con genitori stranieri presso l'Ospedale S.Paolo e del crescente numero di accessi all'ospedale di bambini stranieri, nonché dalla volontà di garantire continuità assistenziale tra il pre ed il postpartum alle donne straniere.

L'utenza è rappresentata da famiglie immigrate che dopo la nascita di un figlio presentano difficoltà a riconoscere i corretti servizi ospedalieri e territoriali cui rivolgersi per l'assistenza e la cura del bambino, sia per mancata conoscenza dei servizi stessi, sia per difficoltà linguistiche e di comunicazione. Il fine è quindi quello di fornire un orientamento all'uso corretto dei servizi territoriali e ospedalieri nonché di accogliere una domanda non solo di tipo sanitario, ma anche di sostegno psicologico, psicoterapeutico o sociale: per questa ragione l'equipe che lavora presso il Centro di Salute e Ascolto è costituita da mediatrici linguistico-culturali, pediatri, ostetriche e ginecologhe, psicologhe ed assistenti sociali.

Le attività dell'ambulatorio pediatrico del Centro di Salute e Ascolto sono focalizzate sulla cura e l'assistenza al lattante nel primo anno di vita con particolare attenzione a crescita, educazione sanitaria, promozione dell'allattamento al seno, educazione nutrizionale, sensibilizzazione alla vaccino-profilassi.

In cinque anni di attività il centro ha seguito all'incirca 1000 bambini. I genitori dei bambini provengono nel 41% dei casi dal Nord africa (Marocco ed Egitto in particolare), nel 29% dei casi dall'Asia (prev. Cinese, Filippina, Sri Lankese), nel 21% dei casi dall'America latina e nell'8% dall'Est Europa.

Obiettivi

In questo contesto la conoscenza delle abitudini nutrizionali nelle diverse etnie è di particolare importanza per comprendere quali elementi influenzino le scelte delle madri nella nutrizione del proprio bambino essendo un presupposto fondamentale per ideare interventi adeguati ed elaborare nuovi e più idonei percorsi assistenziali e di educazione nutrizionale in funzione dei bisogni dei soggetti coinvolti.

Per queste ragioni il Centro di Salute e Ascolto per le Donne Immigrate ed i loro Figli dell'Ospedale San Paolo di Milano ha intrapreso un'indagine volta a valutare il modello di divezzamento seguito dai bambini immigrati che afferiscono all'Ambulatorio Pediatrico del Centro, nonché a comprendere quali siano le modalità di divezzamento tradizionale nelle diverse etnie, e non da ultimo, quale sia il vissuto delle madri in questo momento delicato della crescita del bambino. L'obiettivo di tale indagine è quindi di raccogliere gli elementi necessari per intraprendere un'educazione nutrizionale culturalmente appropriata e volta ad educare le madri e le famiglie che si occupano della cura dei bambini.

Materiali e metodi

L'indagine è stata svolta presso il Centro di Salute e Ascolto per le Donne Immigrate ed i loro Figli dell'Ospedale San Paolo di Milano dal Settembre 2005 al Febbraio 2006 ed ha coinvolto le famiglie ed i bambini dell'età di 12 mesi seguiti presso il Centro di Salute e Ascolto.

I Pediatri della Clinica Pediatrica dell'Ospedale San Paolo, Università degli Studi di Milano, con la collaborazione dell'equipe di psicologi del Centro di Salute e Ascolto hanno realizzato un questionario da somministrare alle madri dei lattanti seguiti presso l'Ambulatorio di Pediatria del Centro, col fine di raccogliere informazioni circa prevalenza e durata dell'allattamento, riguardo il timing ed il modello (italiano o del paese d'origine) di divezzamento seguiti, ma anche riguardo le difficoltà ed i timori delle madri in questo momento delicato della crescita del proprio bambino in un paese straniero.

In particolare sono state raccolte notizie sul livello di scolarità della madre, sugli anni di permanenza in Italia. Sono state inoltre raccolte informazioni sulle abitudini alimentari, sull'epoca di inizio e sulle modalità di divezzamento nei paesi di provenienza confrontandole con quelle che esse e le loro famiglie hanno assunto in Italia (gradimento dei cibi italiani, difficoltà di reperimento degli alimenti del paese di origine, ecc), oltre a quali elementi del modello di divezzamento del paese d'origine siano stati mantenuti, quali alimenti del paese d'origine la madre ha rinunciato ad introdurre nell'alimentazione del proprio bambino perché non rientravano nello schema di divezzamento consigliato dal pediatra.

L'indagine ha coinvolto 38 famiglie: 11 (29%) provenienti dal Nord Africa (Egitto, Marocco, Algeria), 11 (29%) dalla Cina, 12 (31%) dall'America Latina (Ecuador, Perù, Bolivia), 4 (11%) dalle Filippine. Di queste, l'89% ha un livello di scolarità medio-basso. Il 50% delle famiglie risiede in Italia da meno di 3 anni ed il livello

di conoscenza della lingua italiana è mediamente scarso. Solo il 37% delle famiglie ha altri figli, la metà dei quali è nato nel paese d'origine.

Risultati

L'analisi condotta ha messo in luce una prevalenza ed una durata dell'allattamento al seno nonché modalità e timing di divezzamento diversi a seconda del paese di provenienza delle madri. Il 67% delle donne latinoamericane infatti ha allattato al seno in media per 9 mesi, il 17 % è ricorso ad allattamento misto ed il 16% a latte adattato sin dalla prima settimana di vita del bambino per ipogalattia materna. Tutte le mamme di provenienza dal Nord Africa hanno allattato al seno in media per 11 mesi. Il 64% delle donne cinesi ha allattato al seno fino a 8 mesi, il 36 % con latte in formula dalla nascita (per problemi lavorativi) ed una mamma ha dato latte vaccino a 2 mesi. Tra le mamme filippine invece solo il 25% delle donne ha allattato al seno, in media per 4 mesi, il restante 75% ha utilizzato latte formulato dalla prima settimana di vita, prevalentemente per problemi lavorativi.

Per quanto concerne timing e modalità di divezzamento (vedi tabelle 1 e 2) il 33% delle mamme latinoamericane ha iniziato il divezzamento prima dei 4 mesi, seguendo quanto veniva consigliato dalla madre o dai parenti ancora al paese; i primi cibi introdotti sono stati frutta, cereali senza glutine, verdura e formaggio, seguendo nel 92% dei casi nelle modalità lo schema italiano di divezzamento. Tutte le mamme intervistate concordano nel riferire che la prima pappa nel loro paese è fatta con brodo di verdure (patata, zucca), riso bollito, carne e ossa di pollo, olio e sale, cui viene aggiunto come spuntino di metà mattina banana schiacciata con latte e come merenda del pomeriggio massamorraza o qacher (una farina di cereali che viene stemprata in acqua calda), che circa il 40 % delle mamme intervistate utilizza come merenda per il proprio bambino anche qui in Italia.

Tra le mamme provenienti dal Nord Africa solo il 18% ha iniziato il divezzamento prima dei 4 mesi, ed il 90% ha iniziato con pappe preparate secondo lo schema italiano. Nella maggioranza dei casi è stata introdotta carne fresca, comprata nelle macellerie mussulmane e non omogeneizzata/liofilizzata (carne halal). Il 25% ha cominciato a far assaggiare il cibo dei genitori prima dei 7 mesi d'età. Il divezzamento tradizionale (sulla base di quanto emerso dai questionari) prevede l'introduzione al 3-4° mese di una pappa composta da riso schiacciato, con patate, zucchine e carote, insieme a carne fresca (macellata secondo le indicazioni del corano) di pollo o agnello; come merenda frutta fresca. Tradizionalmente poi attorno al 6° mese (o quando il bambino lo richiede) è tempo di liberalizzare la dieta, inizialmente facendo "leccare" al bambino il cibo dei genitori per poi far mangiare il piccolo dallo stesso piatto di portata da cui mangia il resto della famiglia. Il 90% delle famiglie provenienti dal Nord Africa, soprattutto per volere del padre, riferisce di aver deciso di seguire il modello di divezzamento italiano, non tanto perché

ritenuto migliore, quanto piuttosto perché espressione di una volontà di integrazione agli usi e costumi del paese ospitante.

Il 55% delle mamme cinesi ha iniziato il divezzamento prima dei 4 mesi, prevalentemente con brodo di carne, riso o spaghetti cinesi e uovo; solo il 50% ha seguito lo schema italiano.

Anche il 50% delle donne filippine ha iniziato il divezzamento prima dei 4 mesi generalmente adottando un modello di divezzamento intermedio tra quello del paese d'origine e quello italiano. Tutte e tre le mamme hanno concordemente descritto la pappa tradizionale come composta da riso schiacciato con zucca, patate e carote, carne (vitello, pollo, non coniglio e agnello perché considerati animali domestici).

Il 39% delle mamme intervistate (prevalentemente provenienti dal Nord Africa e dal Latinoamerica) ha inoltre riportato di aver avuto molte difficoltà nell'introduzione delle pappe; è infatti idea comune che, seguendo i consigli forniti dal pediatra, abbiano iniziato il divezzamento troppo tardi: oltre i 5 mesi ritengono che sia più difficile far accettare cibi nuovi soprattutto per le donne che allattano al seno, esprimendo così grosse difficoltà nel processo di separazione madre-bambino. Il processo è reso ancor più complesso dalla mancanza di supporto da parte della famiglia che, al paese, suole gestire e supportare questo delicato momento nella relazione madre-bambino.

Altro tema ricorrente nelle interviste svolte è stata la difficoltà da parte delle mamme che hanno seguito lo schema di divezzamento italiano a far accettare in un secondo momento i cibi tradizionali del loro paese perché, come spesso riferiscono, ormai il loro bambino si è "abituato" al cibo italiano.

Conclusioni

Se nel bambino italiano è importante che il divezzamento sia un percorso individualizzato, questo è ancor più vero per il bambino immigrato, in quanto per riuscire ad instaurare un canale di comunicazione con le famiglie è molto importante che il pediatra cerchi una mediazione tra i due modelli alimentari, proponendo soluzioni adatte ad ogni caso e pronto a rispondere ai dubbi della madre, senza mettere in discussione le competenze materne, rese già incerte dal percorso migratorio, monitorando al tempo stesso l'eventuale presenza di deficit nutrizionali (disvitaminosi, sideropenia) o di patologie degenerative tipiche della società moderna (obesità, ipertensione, arteriosclerosi, diabete, intolleranze alimentari, etc...).

Tab 1. Primi alimenti solidi introdotti nella dieta nelle diverse etnie

Alimento (%)	Araba	Cinese	Latinoamericana	Filippina
Frutta	73%	100%	100%	100%
Cereali senza glutine	100%	82%	100%	100%
Vegetali	100%	90%	100%	75%
Carne	55%	27%	20%	50%
Latticini	55%	0%	100%	0%
Cereali con glutine	0%	1%	20%	0%
Uova	27%	28%	1%	0%

Tab 2. Età media (mesi) d'introduzione media di alimenti solidi

Alimento	Araba	Cinese	Latinoamericana	Filippina
	Età (mesi)	Età (mesi)	Età (mesi)	Età (mesi)
Frutta	5	4	5	6
Vegetali	5	4	5	6
Cereali senza glutine	6	4	5	6
Derivati del latte	7	Non ancora introdotto	6	Non ancora introdotto
Uova	8	7	11	10
Pesce	11	Non sanno riferire	9	7
Carne	8	5	7	6
Cereali con glutine	7	5	6	6
Qualsiasi alimento	10	Non sanno riferire	12	12

Immigrazione infantile ed abitudini alimentari. S. Accomando, M. Pacchin , C. Albino, F. Serraino, M. Zaffaroni**, F. Cataldo ed il GLNBI. Dipartimento Materno Infantile Università di Palermo , * Ufficio Valutazione Epidemiologica Azienda ULSS 6 Vicenza, ** Dipartimento di Pediatria,Università di Novara.

Negli ultimi 30 anni si è verificato un notevole aumento dell'immigrazione dai Paesi in Via di Sviluppo (PVS) verso l'Italia e la sua trasformazione nell'ultimo decennio da fenomeno provvisorio in stabile. Infatti buona parte della popolazione adulta immigrata in Italia non è più clandestina ma regolare, si è inserita nel mondo del lavoro ed ha formato nuovi nuclei familiari (1). Queste modificazioni hanno determinato un aumento dei bambini "stranieri" in Italia perchè hanno favorito il ricongiungimento familiare dei minori che ancora risiedevano nel Paese di origine e l'incremento di nuovi nati in Italia da genitori immigrati.

La stabilizzazione del fenomeno migratorio con la formazione di nuove famiglie che portano anche le diverse tradizioni e culture dei Paesi di origine, determina anche problemi di integrazione. Da questo punto di vista, peculiari sono le abitudini alimentari che sono intimamente connesse alla cultura, alle tradizioni, ed alle credenze religiose di ogni popolo, costituendo un forte legame con le proprie origini (2).

Le nostre conoscenze sulle modalità di alimentazione dei bambini immigrati nelle prime epoche della vita e nel bambino della 2° e 3° infanzia, si limitano a casistiche poco numerose e regionali, o relative a gruppi etnici ristretti (3,4,5,6,7). Obiettivo di questo studio multicentrico condotto dal Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato (GLNBI) affiliato alla Società Italiana di Pediatria (SIP), è stato quello di ricercare le abitudini alimentari che il bambino immigrato assume in Italia.

MATERIALI E METODI

Lo studio, retrospettivo, è stato condotto dal 1/1/2003 al 31/12/2004 nei reparti di degenza e negli ambulatori di Cliniche Universitarie e di U.O. Ospedaliere di Pediatria, negli ambulatori dei pediatri di famiglia e nelle scuole delle seguenti città : Ancona, Bassano del Grappa (Vicenza),Catania, Lucca, Mazara del Vallo (trapani),Modena, Napoli,Novara, Palermo, Vicenza..

Un questionario predefinito, a risposte standard, è stato somministrato per mezzo di una intervista diretta alle madri e per alcune informazioni anche ai bambini della 2° e 3° infanzia. Sono state raccolte retrospettivamente notizie: a) sui dati socio-anagrafici del bambino immigrato e dei genitori, sul Paese di provenienza, sui motivi della presenza del bambino in Italia (nato in Italia o arrivato per ricongiungimento familiare e anno di ingresso), sull'anno di ingresso in Italia dei genitori, sul-

la loro istruzione e sulla loro condizione lavorativa (regolare, saltuaria o irregolare, senza lavoro); b) sull'allattamento (inizio e durata dell'allattamento al seno, allattamento misto e allattamento artificiale con latte in polvere o latte vaccino pastorizzato) e sull'epoca di inizio e sulle modalità dello svezzamento; c) sulle abitudini alimentari dei bambini immigrati nella 2° e 3° infanzia, confrontandole con quelle del Paese di origine.

Nel complesso lo studio ha riguardato 1284 bambini. E' stato possibile avere notizie sull'allattamento e sul divezzamento di 629 bambini e sulle abitudini alimentari di 767 bambini della 2° e 3° infanzia. Le aree geografiche di provenienza dei bambini e delle loro famiglie erano le seguenti: Africa Settentrionale (561; 43,7%), Africa Sub-Sahariana (195; 15,2 %), Sub-Continente Indiano (169; 13,2 %), Europa Orientale (166; 12,9%), Estremo Oriente (110; 8,6%), America Latina (52; 4%), Medio Oriente (31; 2,4 %).

RISULTATI

Caratteristiche socio-demografiche.

La maggior parte (1136/1284; 88,5%) dei padri dei bambini studiati ha un lavoro regolare. Il 7,2% (92/1284) di loro è laureato, il 31,2% (402/1284) possiede un diploma superiore, il 61,3% (786/1284) ha frequentato la scuola media, e solo lo 0,3% (4/1284) è analfabeta. 492/1284 madri (38,3%) lavorano: 357/1284 (27,8 %) hanno un lavoro regolare e 135/1284 (10,5%) un lavoro saltuario). Il 5,9% delle madri(75/1284) è laureato, il 32,5% (418/1284) possiede un diploma superiore, il 59,7 % (767/1284) ha frequentato la scuola media e soltanto l'1,9 % (24/1284) è analfabeta. Solo il 4,7% dei padri (61/1284) e il 14% (180/1284) delle madri risiede in Italia da meno di 4 anni. Più della metà (858/1284, 66,8%) dei bambini immigrati è nata in Italia e 319 di loro (il 24,8%) hanno raggiunto i genitori dal paese di origine da più di 4 anni; sono 107(l'8,3%,) i bambini stranieri giunti nella nostra nazione per ricongiungimento familiare da meno di 3 anni.

Allattamento materno e artificiale.

La Tabella 1 mostra la frequenza e la durata delle diverse modalità di allattamento dal 1° al 24° mese di vita nei bambini immigrati.

	Esclusivo al seno		Misto (latte materno e formula)		Misto (latte materno e latte vaccino pastorizzato)		Formula		Latte vaccino pastorizzato	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
1 mese	377 59,9		72	11,5	8	1,3	164	26	8	1,3
2 mesi	360 57,2		78	12,4	8	1,3	175 27,8		8 1,3	
3 mesi	326 51,8		97	15,4	7	1,1	188 29,9		11 1,8	
4 mesi	285 45,3		103	16,4	16	2,5	200 31,8		25	4
5 mesi	245	39	97	15,5	33	5,2	209 33,2		45 7,1	
6 mesi	204 32,4		82	13	52	8,	222 35,3		69	11
9 mesi	138 21,9		73	11,6	55	8,7	233 37,1		130 20,7	
12 mesi	93 14,8		25	4	73	11,6	213 33,9		225 35,7	
18 mesi	44 6,9		25	4	70	11,2	71 11,3		419 66,6	
24 mesi	19	3	21	3,4	69	11	54 8,6		466	74

Tabella 1 : Prevalenze dell'allattamento esclusivo al seno, misto, con formula e con latte vaccino pastorizzato nei bambini immigrati.

Dal confronto con recenti studi nell'intero territorio nazionale su bambini italiani (8,9) emerge che la frequenza e la durata dell'allattamento esclusivo al seno nei bambini immigrati sono di gran lunga più elevate di quelle dei bambini italiani. Tale rilievo è più evidente per le etnie dell'Africa Settentrionale, dell'Africa Sub-Sahariana e del Sub-Continente Indiano. Anche l'allattamento misto (latte materno con l'aggiunta di formula o di latte vaccino pastorizzato) è più comune e più prolungato nei bambini immigrati rispetto a quello che emerge da recenti studi sulla popolazione infantile italiana (8,9).

D'altro canto, le formule e/o il latte vaccino pastorizzato vengono utilizzati in maniera esclusiva sin dai primi mesi di vita in un buon numero di bambini immigrati. Al 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6° e 9° mese di vita rispettivamente 172 (27,3%), 183 (29%), 199 (31,6%), 225 (35,8%), 254 (40,4%), 291 (46,3%) e 363 (57,7%) bambini hanno un allattamento esclusivo con formula o con latte vaccino pastorizzato. Si segnala inoltre una precoce introduzione (prima del 12° mese) di latte vaccino pastorizzato, sia come integrazione al latte materno (179 bambini, pari al 28,3%), sia come allattamento esclusivo (296 bambini, pari al 47,1%).

Divezzamento.

I bambini immigrati iniziano lo svezzamento in alcuni casi (63/629; 10%) tra il 2° ed il 3° mese, altre volte (358/629; 56,9%) tra il 4° ed il 6° mese, ed altre volte più tardivamente, seguendo le tradizioni del Paese di origine: il 7,8% (49/629) tra il 7° ed il 9° mese; il 21,8% (137/629) al 12° mese e il 3,5% (22/629) tra il 12° ed il 18° mese.

La Tabella 2 mostra l'età in cui i bambini immigrati introducono per la prima volta nella loro dieta il frumento, il riso, il mais, la segale, l'orzo e l'avena e la Tabella 3 l'età in cui essi assumono per la prima volta gli omogeneizzati, la carne, il pesce, l'uovo, il formaggio, i legumi, le verdure e la frutta.

Lo svezzamento è stato sempre praticato con prodotti del commercio freschi o confezionati presenti nel mercato italiano e mai provenienti dai Paesi di origine.

Inoltre l'epoca di inizio e le modalità dello svezzamento non sono apparse correlate alle etnie di appartenenza.

	Frumento		Riso		Mais		Segale		Orzo		Avena	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
2 mesi	5	0,8	17	2,7	6	0,9	27	4,2	17	2,7	5	0,8
3 mesi	21	3,3	28	4,4	10	1,6	29	4,6	21	3,3	28	4,5
4 mesi	166	26,4	166	26,4	121	19,2	59	6,4	59	9,4	68	8,5
5 mesi	94	15	93	14,8	81	13	107	17	64	10,2	77	12,2
6 mesi	154	24,5	113	17,8	157	25	127	20,1	122	19,4	133	21,1
7-9 mesi	115	18,3	87	13,8	64	10,2	87	13,9	116	18,4	106	16,9
10-12 mesi	30	4,8	64	10,1	53	8,3	48	7,7	41	6,5	44	7
> 12 mesi	44	7	62	9,8	137	21,8	145	23	189	29,8	169	26,8

Tabella 2. Età di introduzione dei cereali

	Omo-ge-neizzati		Carne Fresca		Pesce fresco		Uova		For-maggi		Legu-mi		Verdure		Frutta Fresca	
	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2 mesi	10	0,3	24	0,6	3	0,4	3	0,4	4	0,5	5	0,8	5	0,8	16	2,5
3 mesi	21	3,3	11	1,7	13	2,1	13	2	15	2,4	9	1,4	18	2,9	20	3,2
4 mesi	94	15	32	5	20	3,2	16	2,5	42	6,7	39	6,2	84	13,3	150	23,8
5 mesi	116	18,4	50	7,9	46	7,3	8	1,3	102	16	32	5	140	22,2	174	27,7
6 mesi	212	33,8	94	14,9	108	17,2	79	12,6	169	27	81	12,9	147	23,4	95	15,2
7-9 mesi	98		157	25	192		176	28	132	21	234		107	17	84	

	15,6		30,5			37,2		13,4
10-12 mesi	22 3,4	107 17	144 23	239 38	87 13,6	103 16,4	81 13	43 6,9
> 12 mesi	59 9,4	176 28	103 16,3	95 15,1	78 12,4	126 20	48 7,7	47 7,4

Tabella 3. Età di introduzione di carne, pesce, uova, formaggi, legumi, verdure e frutta

Abitudini alimentari della seconda e terza infanzia.

Solo una minoranza di bambini immigrati della 2° e 3° infanzia (115/767; 15%) preferisce, senza alcuna differenza tra le varie etnie, i cibi del Paese di origine a quelli italiani, mentre la maggior parte o preferisce i cibi italiani (207/767; 27%) o gradisce indifferentemente quelli del Paese di origine e quelli italiani (445/767; 58%).

I bambini stranieri sono soliti fare la merenda a metà mattina più frequentemente in Italia (714/767; 93%) che nella nazione di origine (663/767; 86,4%). Anche lo spuntino pomeridiano è più frequente in Italia (721/767; 94%) rispetto al Paese di provenienza (669/767; 87,2%) senza differenze fra le etnie.

La Tabella 4 mette a confronto la frequenza con cui i principali alimenti sono assunti dai bambini della 2° e 3° infanzia in Italia e nel Paese di provenienza. In Italia essi consumano meno the, uova, pesce, verdure, legumi (fagioli, ceci, lenticchie) e frutta secca, mentre pasta, pane e fiocchi d'avena sono assunti in misura superiore. In ogni caso, comunque, i bambini hanno una alimentazione varia e completa, in quanto oltre l'80% assume "sempre o spesso" latte, biscotti, pane, pasta, riso, carne, frutta fresca, senza differenze fra le varie etnie

	SEMPRE/SPESSO	RARAMENTE/MAI
LATTE		
Paese di origine	82,7%	17,3%
Italia	84,2%	15,8%
THE		
Paese di origine	69,9% *	30,1%
Italia	57,7% **	42,3%
CAFFE'-LATTE		
Paese di origine	41,5% ooo	58,5%
Italia	36,1% oooo	63,8%
BISCOTTI		
Paese di origine	83%	17%
Italia	86,1%	13,9%
PANE		
Paese di origine	76,7% *	23,3%
Italia	87,8% **	12,2%
FIOCCHI D'AVENA		
Paese di origine	39,2% #	60,8%
Italia	47,5% ##	52,5%
MARMELLATA		
Paese di origine	52,7%	47,3%
Italia	47,7%	52,3%
PASTA		
Paese di origine	60,2% *	39,8%
Italia	82,2% **	17,8%
RISO		
Paese di origine	79,5%	20,5%
Italia	79,3	20,7%
CARNE		
Paese di origine	88,7%	11,3%
Italia	86,9%	13,1%
PESCE		
Paese di origine	80,9% o	19,1%
Italia	73,2% oo	26,8%
UOVA		
Paese di origine	79,5% ***	20,5%
Italia	72,8% ****	27,2%
FORMAGGI		
Paese di origine	64,1%	35,9%
Italia	67,9%	32,1%
VERDURE		
Paese di origine	75,5% ooo	24,5%
Italia	70,6% oooo	29,4%
FAGIOLI		
Paese di origine	58,9% *	41,1%
Italia	48,8% **	51,2%
PISELLI		
Paese di origine	54,6%	45,4%
Italia	52,1%	47,9%
CECI		
Paese di origine	45,1% +	54,9%
Italia	37,9% ++	62,1%
LENTICCHIE		
Paese di origine	52,4% +	47,6%
Italia	45,1% ++	54,9%
FRUTTA FRESCA		
Paese di origine	88,9%	11,1%
Italia	92/2%	7,8%
FRUTTA SECCA		
Paese di origine	47,1% +++	52,9%
Italia	41,3% ++++	58,7%

TABELLA 4. Frequenza con cui i bambini stranieri assumono gli alimenti in Italia e nel Paese d'origine

* vs ** = $p < 0,0001$; o vs oo = $p < 0,0003$; *** vs **** = $p < 0,002$; ooo vs oooo = $p < 0,03$;

+ vs ++ = $p < 0,004$; +++ vs ++++ = $p < 0,02$; # vs ## = $p < 0,001$

Discussione

La crescente trasformazione dell'Italia in una nazione multiethnica e multiculturale con nuove tradizioni e stili di vita ci ha indotto a ricercare le abitudini alimentari del bambino immigrato e della sua famiglia.

Il nostro studio è stato trasversale e retrospettivo, non longitudinale e prospettico, ed ha riguardato solo bambini figli di immigrati regolari (il campionamento è avvenuto nelle scuole, negli ambulatori dei pediatri di Famiglia e nei reparti di degenza dove comunemente afferiscono immigrati con permesso di soggiorno regolare).I soggetti esaminati rappresentano quindi solo una parte dei bambini immigrati presenti in Italia ed i nostri rilievi non ci consentono conclusioni definitive. Tuttavia questa è la prima indagine svolta in Italia con modalità omogenea e su una casistica numerosa (1284 bambini) distribuita nelle diverse aree geografiche della nostra Nazione. Essa pertanto costituisce una premessa indispensabile per prossimi interventi di integrazione tra tradizioni diverse.

La nostra indagine mostra che la percentuale dei bambini immigrati allattata in maniera prolungata al seno (allattamento materno esclusivo e/o allattamento misto) è più elevata di quella dei bambini italiani (8,9).Tuttavia, nei bambini immigrati l'allattamento al seno appare di gran lunga meno frequente e duraturo di quello che di solito si osserva nei paesi di origine (10,11,12,13). Per di più una percentuale non trascurabile di loro assume precocemente (durante i primi 12 mesi), in alternativa al latte materno e/o alle formule, latte vaccino pastorizzato, che secondo le linee guida internazionali deve essere utilizzato solo dopo il 1° anno .

Questi rilievi, che appaiono contrastanti, sono da mettere in relazione a diversi fattori socio-demografici delle famiglie immigrate. Il loro reddito per esempio è apparso soddisfacente (la maggior parte dei padri ha un lavoro regolare ed a questo, in diverse famiglie, si aggiunge anche quello della madre), ed il livello di istruzione dei genitori esaminati è buono e mediamente più alto di quello osservato nelle famiglie italiane (1). Tali fattori favoriscono l'allattamento al seno (14), ed insieme al desiderio che hanno le madri immigrate di mantenere le tradizioni del paese di origine spiegano perché in molti bambini stranieri la frequenza e la durata dell'allattamento al seno sono più elevate della popolazione infantile italiana.

Viceversa, il periodo piuttosto lungo trascorso dopo l'arrivo in Italia dei genitori (buona parte di questi è immigrata da più di 4 anni) che favorisce la perdita degli stili di vita del Paese di provenienza , la mancanza in Italia del supporto culturale e psicologico della famiglia allargata della Nazione di origine (nei PVS le mamme dopo il parto sono solite tornare per 4-6 settimane nella famiglia paterna dove si dedicano soltanto ad allattare il figlio, sostenute dalle donne anziane della famiglia), la necessità per molte madri immigrate di riprendere a lavorare (il progetto dei migranti è infatti quello del guadagno) che non consente di seguire le linee guida

sull'allattamento dell'OMS (15) e la errata convinzione di molti genitori immigrati che le formule ed il latte pastorizzato sono migliori di quello materno (16), costituiscono importanti fattori di rischio che possono spiegare la diminuita frequenza e la breve durata dell'allattamento al seno numerosi bambini immigrati.

Recenti indagini (17,18) hanno mostrato che un importante fattore in grado di ridurre l'allattamento al seno è l'assimilazione della cultura e degli stili di vita del paese dove si emigra, e ciò risulta più evidente man mano che aumentano gli anni trascorsi dopo l'immigrazione e nelle seconde generazioni di immigrati rispetto alle prime. In Italia il fenomeno migratorio è troppo recente per avere determinato modificazioni significative delle modalità dell'allattamento al seno nelle popolazioni immigrate. Tuttavia è probabile che tra qualche decennio il naturale processo di integrazione con i nostri stili di vita le renderà simili a quelle Italiane.

L'età di inizio e le modalità dello svezzamento indicano ancor più dell'allattamento che le madri dei bambini immigrati tendono ad avvicinare le abitudini alimentari dei loro figli a quelle italiane. Infatti, senza particolari differenze tra le etnie esaminate, l'inizio dello svezzamento è stato quasi sempre anticipato rispetto a quello dei paesi di origine (10,12,13,16), cioè tra il 4° ed il 6° mese, secondo le consuetudini italiane (9). Inoltre, lo svezzamento è stato sempre praticato con prodotti freschi o preconfezionati del commercio presenti in Italia. Questi rilievi appaiono correlabili non solo al tempo trascorso dopo l'immigrazione dei genitori (più di 4 anni nella maggior parte di loro) che favorisce l'acquisizione di nuovi stili di vita ma anche alla difficoltà di reperire in Italia gli alimenti dei paesi di origine.

Il nostro studio mostra inoltre che anche i bambini immigrati della 2° e 3° infanzia tendono ad uniformarsi alle abitudini alimentari italiane. Infatti solo una ridotta percentuale di loro preferisce i cibi del paese di provenienza, mentre le merende mattutine e pomeridiane che sono, consumate da buona parte dei bambini italiani (19) vengono da loro assunte più spesso che nel paese di origine. I bambini stranieri inoltre in Italia consumano meno frequentemente alcuni cibi che sono più comunemente assunti nelle aree di provenienza (verdure, legumi, the, pesce, uova, frutta secca) e più spesso altri (pasta e pane,), tipici della cucina italiana. Questi rilievi probabilmente sono la conseguenza degli anni trascorsi in Italia dopo l'immigrazione (la maggior parte dei bambini studiati risiede nella nostra nazione da più di 4 anni e/o è nata in Italia) e sono simili a quelli di precedenti indagini in altre nazioni, dove anzi l'assimilazione da parte della popolazione immigrata (sia in età pediatrica che in quelle successive) delle nuove abitudini alimentari è apparsa più evidente ed in relazione al fatto che erano stati studiati numerosi soggetti appartenenti a famiglie immigrate da 2 o 3 generazioni nelle quali l'integrazione con i nuovi stili di vita è più facile . E' quindi ipotizzabile che nel tempo anche in Italia i bambini provenienti da famiglie immigrate perderanno sempre più le abitudini alimentari del paese di origine per assumere quelle italiane.

In conclusione, l'Italia è ormai diventato un paese multietnico con nuove culture e stili di vita, tra cui quelli alimentari. Il nostro studio suggerisce che in Italia, come si è verificato in altre nazioni nelle quali il fenomeno migratorio da PVS è inizia-

to molti anni prima, i bambini immigrati tendono ad assumere le abitudini alimentari della popolazione infantile italiana. Molte evidenze suggeriscono che questo fenomeno si farà più palese man mano che aumenta il tempo trascorso dopo l'immigrazione, per effetto della integrazione con i nostri stili di vita. Di conseguenza, dobbiamo aspettarci che in futuro i bambini immigrati tenderanno ad abbandonare sempre più le abitudini alimentari dei paesi di origine per acquisire quelle del mondo occidentale, con i possibili rischi sanitari (obesità, malattie cardiovascolari, diabete, intolleranze ed allergie alimentari, etc) ad esse connesse.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Caritas di Roma. Dossier Statistico immigrazione 2005. Edizioni Anterem ,Roma.
- 2) Cataldo F, Presti L. L'alimentazione infantile nelle diverse culture. *Bambini e Nutrizione*. 2002; 9 /4 : 145-9.
- 3) Assimadi JK, Atakuma Y, Ategbro S. Tradizioni ed abitudini alimentari nel bambino immigrato e suo inserimento nella vita europea. *Il Pediatra* 1992; 35 : 36 - 9.
- 4) Ambruzzi AM, Morino G, Marino D. Alimentazione nel primo anno di vita. Confronto tra due gruppi di bambini extracomunitari ed italiani. *Bambini e Nutrizione* 1995;2 : 55-8.
- 5) Ambruzzi AM, Morino G, Lucibello M. Inchiesta alimentare in un gruppo di bambini extracomunitari. *Atti 49° Congresso Italiano di Pediatria, Riv Ital Ped* 1993; 19 (S/-2) : 265-6.
- 6) Quattrino P, Nosotti L, Zacchè C. et al. Problematiche relative al divezzamento nei bambini immigrati. *Atti 3° Congresso Nazionale del Gruppo di lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato. Milano, 16-17 Maggio 2003* : 8.
- 7) Bosco N, Cataldo F, Mazzaresse C et al. Abitudini alimentari del bambino immigrato. Indagine multicentrica in Sicilia (dati preliminari). *Atti 3° Congresso Nazionale del Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato. Milano, 16-17 Maggio 2003* : 9.
- 8) Giovannini M, Banderali G, Radaelli G, Carmine V Riva E, Agostoni C. Monitoring breast-feeding rates in Italy : national surveys 1995-99. *Acta Paed* 2003; 92 : 357-363..
- 9) Giovannini M, Riva E, Banderali G, Scaglioni S, SHE Veehof, Sala M, Radaelli G, Agostoni C. Feeding practices of infants through the first year of life in Italy. *Acta Paed* 2004; 93 : 492-7.
- 10°) Pacchin M. Povertà e nutrizione nei PVS. Obiettivi per lo sviluppo. *Atti 61° Congresso Nazionale di pediatria, Montecatini 28 Sett.-2 Ott. 2005. Quaderni di Pediatria* 2005;: 4/1 : 233.
- 11) Cataldo F. Problemi alimentari del bambino immigrato. *Relazione 59° Congresso Nazionale di Pediatria, Roma Settembre 2003. Atti del Congresso* : 46-9.

- 12) Cataldo F, Presti L, Pitarresi N. Le tradizioni alimentari del bambino nell'area islamica del Maghreb. *Bambini e Nutrizione* 2003; 10/2 : 66-70.
- 13) Giorgi PL. Abitudini alimentari nel subcontinente indiano. *Bambini e Nutrizione* 2004; 11/1 : 32-5.
- 14) Grijibovski AM, Yngue A, Bygren LO, Sjostrom M. Socio-demographic determinants of initiation and duration of breastfeeding in northwest Russia. *Acta Paed* 2005; 94 : 588-94.
- 15) Vallenas C, Savage-King F. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva : WHO Child Health and Development Unit 1997.
- 16°) Mazzetti M. *Bambini in cammino. Il dialogo transculturale in Pediatria. Percorsi Editoriali di Carrocci Editore* 2002.
- 17) Celi AC, Rich-Edwards JW, Richardson MK, Kleinman KP, Gillman MW. Immigration, race/ethnicity and social and economic factors as predictors of breastfeeding initiation. *Arch Ped Adol Med* 2005; 159 : 255-60.
- 18) Gibson MV, Diaz VA, Mainous AG, Geesey ME Prevalence of breastfeeding and acculturation in Hispanics : results from NHANES 1999-2000 study. *Birth* 2005; 32 : 93 – 8.
- 19°) Faldella G, Galletti S. Alimentazione dell'adolescente. *Bambini e Nutrizione* 2003; 10 : 77-82.

Indagine epidemiologica sugli accessi in Pronto Soccorso di una popolazione pediatrica di provenienza extracomunitaria

G. Cremonini

Unità Operativa di Pediatria, Ospedale S.Orsola-Malpighi, Bologna.

Lo studio affrontato si è basato su un'indagine epidemiologica riguardante gli accessi in Pronto Soccorso di una popolazione pediatrica di provenienza extracomunitaria.

Ci si è chiesti quale fosse il profilo sanitario del bambino straniero, perché arrivasse in ospedale, se vi fossero differenze in malattia con la popolazione pediatrica autoctona od un'eventuale maggiore incidenza di complicanze e se da parte di queste famiglie vi fosse un adeguato uso del Pronto Soccorso pediatrico.

L'anno studiato è stato il 2004, nel quale in Italia è stata registrata un'incidenza del 6,6% di stranieri presenti rispetto all'intera popolazione. Il 21,3% degli stranieri era rappresentato da minori (rispetto al 13,5% del 1998), e ben il 15,6% di tutti i minori residenti in Italia erano stranieri. L'Emilia Romagna rientrava nelle regioni ad alta incidenza di minori stranieri, seconda solo alla Lombardia.

Per quanto riguarda il metodo d'indagine si è partiti dalla valutazione di tutte le dimissioni dal **Pronto Soccorso medico pediatrico dell'anno 2004**, selezionando unicamente gli assistiti aventi *cognome* d'origine straniera o cittadinanza extracomunitaria.

Dal materiale considerato non potevano emergere informazioni riguardo alla cittadinanza dei genitori, enorme limite questo nella valutazione precisa della condizione giuridica del piccolo paziente, perché secondo la legge italiana è considerato italiano chi ha almeno un genitore italiano, mentre in letteratura sono considerati stranieri i figli di madre straniera e padre italiano, ma non il contrario.

Non potendo risalire alla cittadinanza materna, se non tramite un'anamnesi accurata in corso di eventuale ricovero, attraverso uno studio statistico effettuato su un campione è emerso un deficit dello 0,5% dei nostri dati: perdita questa di pazienti, impossibile da recuperare, per mancata anamnesi familiare, nel contesto e nei tempi del presidio di emergenza. Volendo seguire la letteratura in materia di immigrazione i nostri dati contengono un surplus, in quanto presente un 1,8% di assistiti aventi padre straniero, ma madre italiana e quindi cittadini italiani per legge, ma non secondo la letteratura. Per quanto riguarda i pazienti ricoverati, i dati riportati sulle cartelle cliniche di reparto sono invece più consistenti ed è quindi stata possibile un'anamnesi familiare più precisa: nazionalità di entrambi i genitori, cittadinanza e residenza del bambino. In questi casi, è stato possibile conoscere a quale punto del processo migratorio si trovasse il nucleo familiare del piccolo paziente ricoverato e di conseguenza valutare meglio lo stato di salute del bambino.

Sono stati appunto i dati anamnestici ottenuti dalla maggior parte dei ricoveri (12% su tutti gli accessi in Pronto Soccorso pediatrico), che ci hanno permesso di consi-

derare come valida la selezione, basandoci appunto su un campione statisticamente attendibile. I dati ottenuti sono stati posti a confronto con *controlli italiani*, assistiti nel medesimo anno all'interno dell'Ospedale S.Orsola-Malpighi e con elementi di studi affrontati negli anni '90 all'interno di Pronto Soccorsi pediatrici italiani dal **GLNBI (Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato)**, costituito all'interno della *Società Italiana di Pediatria*).

I **parametri** valutati sono stati:

- ✓ sesso
- ✓ età
- ✓ luogo di nascita
- ✓ eventuale area geografica di provenienza della famiglia
- ✓ diagnosi di dimissione dal Pronto Soccorso
- ✓ eventuale reparto di ricovero
- ✓ diagnosi di dimissione dal reparto di degenza

Gli accessi totali al Pronto Soccorso pediatrico medico (non sono stati inclusi quelli dell'ambulatorio chirurgico) dell'*Ospedale S.Orsola-Malpighi della città di Bologna* sono stati 14.027, dei quali 2.949 da parte di bambini di provenienza extracomunitaria, ovvero il 21%, ben 1/5 del totale. Lo studio precedente, riferito alla seconda metà degli anni '90, aveva registrato una percentuale del 4,7%. L'85% dei bambini stranieri assistiti dal Pronto Soccorso pediatrico nel 2004 erano nati in Italia, a conferma che il termine "immigrato" non si addice più alla condizione della maggior parte di questi minori.

Luogo di nascita	Unità	Percentuali
<u>Italia</u>	<u>2499</u>	<u>85,0%</u>
Bangladesh	72	2,4%
Marocco	47	1,6%
Serbia-Montenegro	45	1,5%
Romania	42	1,4%
Albania	40	1,3%
Pakistan	31	1,0%
Tunisia	24	0,8%
Repubblica Moldava	14	0,5%
Equador	13	0,4%
Perù	13	0,4%
Filippine	12	0,4%

Figura 1. Luoghi di nascita riferiti all'indagine sugli accessi in PS Pediatrico nel 2004.

Per quanto riguarda l'età è stata registrata la presenza di un 27% di pazienti sotto all'anno di vita, il 55% aveva una età compresa tra 1 e 5 anni, il 14% tra i 5 e 10 anni ed il restante 4% sopra i 10 anni. L'82% aveva quindi una età compresa tra i 0 e 5 anni. Rispetto allo studio della seconda metà degli anni '90 la percentuale di pazienti sotto all'anno di vita è aumentata da un 21% al 27% del 2004. La percentuale di pazienti appartenenti alla fascia di età compresa tra 1 e 5 anni è rimasta pressoché invariata.

Minori risultano le percentuali di pazienti di età compresa tra 5 e 10 anni, 14% contro il precedente 18%, e sopra i 10 anni, 4% contro il 6% degli anni '90.

La lieve differente distribuzione per fasce d'età è attribuibile ai numerosi ricongiungimenti familiari e conseguenti nascite in territorio italiano di bambini figli di immigrati, nonché alla presenza di famiglie di migranti con bambini un po' più grandi a carico, nei primi flussi rispetto ad oggi.

L'età media valutata nei bambini di origine straniera nati in Italia è di anni 3, mentre per i bambini realmente immigrati sui 6 anni.

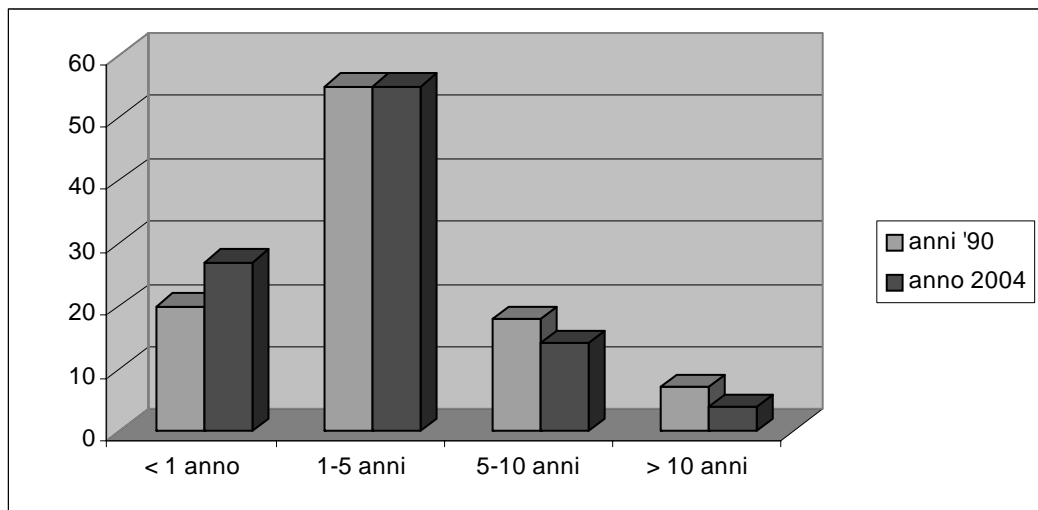


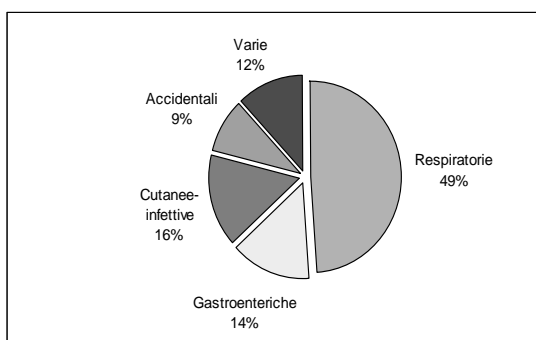
Figura 2. Età pazienti stranieri ricoverati in Pronto Soccorsi Pediatrici.

Le **patologie di accesso** al Pronto Soccorso pediatrico dell'Ospedale S.Orsola-Malpighi riscontrate sono state prevalentemente (53%) relative all'apparato respiratorio ed otorinolaringoiatriche, per il 21% patologie dell'apparato gastrointestinale e per il 16% malattie dermatologiche comprese le infettive esantematiche come varicella e scarlattina.

Nei controlli italiani del medesimo anno sono state riscontrate patologie respiratorie nel 49% dei pazienti presentatisi al Pronto Soccorso, stessa percentuale del 21% per le affezioni gastrointestinali, mentre leggermente minore il rilievo di malattie dermatologiche e ed esantematiche rispetto ai casi stranieri (14%).

Il confronto con le percentuali osservate nella seconda metà degli anni '90 dal GLNBI non indica sostanziali di differenze se non un passaggio dal 14% al 21% di patologie dell'apparato gastroenterico nel paziente di provenienza extracomunitaria; meno rilevante la crescita dal 49% al 53% delle affezioni respiratorie.

Figura 3. Patologie anni '90



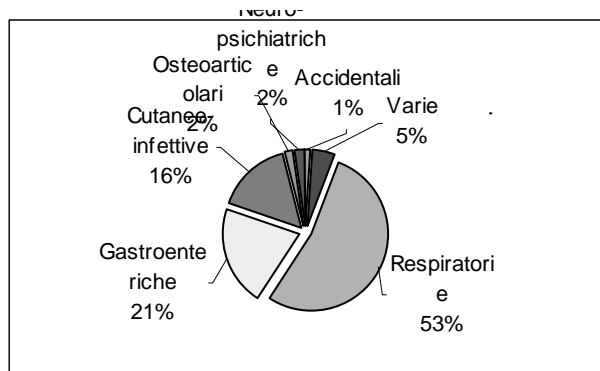


Figura 4. Patologie anno 2004.

Nella valutazione del 2004 percentuali del 2% sono state riscontrate per patologie reumatologiche e dell'apparato osteoarticolare e sempre del 2% per patologie neurologiche e psichiatriche in bambini stranieri. Un 4% dei piccoli pazienti si è presentato al Pronto Soccorso con iperpiressia, febbre o lieve rialzo termico; lo 0,7% per linfoadenopatie ed adenomegalie; sempre uno 0,7% per pianto inconsolabile; lo 0,8% per difficoltà nell'alimentazione e problemi alimentari (anoressia, iperalimentazione). Al di sotto dello 0,5% rispetto al totale si collocano accessi per patologie del sistema endocrino (diabete mellito di tipo I all'esordio o scompensato, sospetto di pubertà precoce), patologie oculistiche (frequenti le congiuntiviti), disturbi ematologici come anemie (ingravescenti), piastrinopenie (ricorrenti), difetti del sistema coagulativo (epistassi da Malattia di Von Willebrand); frequenti le epistassi (essenziali, in corso di infezioni della alte vie respiratorie, da difetti coagulativi). Lo 0,5% dei bambini visitati era portatore di una patologia cardiaca congenita, mentre lo 0,3% era in terapia per Leucemia Acuta Linfoide (LAL) o Mieloide (LAM). E' stato registrato un solo decesso, presso il Pronto Soccorso pediatrico medico in tutto il 2004, per arresto cardio-circolatorio da probabile sepsi fulminante.

Le patologie considerate accidentalì, date dalla somma di 23 traumi (cranio, arti), 5 ingestioni accidentalì (farmaci, corpi estranei) e 23 ustioni di I e II grado, rappresentano l'1,7% del totale. Questo dato così inferiore rispetto al 9% rilevato nella seconda metà degli anni '90 per lo stesso gruppo di urgenze è indicativo di disposizioni imposte all'utenza sull'utilizzo di altri presidi ospedalieri per le succitate emergenze pediatriche (Ospedale Maggiore ed Istituto Rizzoli), ma probabilmente anche di migliori condizioni abitative e maggiore attenzione da parte dei familiari nell'evitare incidenti, prevalentemente domestici. E' inoltre da considerare che in questa indagine non sono stati valutati gli accessi al Pronto Soccorso pediatrico chirurgico.

Attraverso uno studio statistico delle patologie (ne sono state esaminate 130 singolarmente, poi raggruppate per affinità) con cui si sono presentati i pazienti al Pronto

Soccorso medico pediatrico nell'anno 2004, è stato possibile individuare lievi differenze nella incidenza di queste nella popolazione extracomunitaria ed autoctona. La motivazione principale di accesso in Pronto Soccorso per entrambi i gruppi è stata la flogosi delle alte vie respiratorie con un 29% di incidenza nella popolazione straniera mentre del 16% in quella autoctona.

Differente è invece stata la presentazione, per incidenza, di patologie come otiti, bronchiti, enteriti, infiltrati polmonari, dermatiti, vomito e febbre, nei due gruppi considerati.

Le patologie riscontrate come maggiormente incidenti (con $p < 0,05$), seppure solo lievemente, nella **popolazione pediatrica di provenienza extracomunitaria** sono state:

- ✓ *flogosi alte vie respiratorie*
- ✓ *patologie gastroenteriche, compresi i dolori addominali (episodici e ricorrenti)*
- ✓ *broncopneumopatie (infiltrati polmonari, bronchioliti, difficoltà respiratorie)*
- ✓ *vomito*
- ✓ *scabbia*
- ✓ *stipsi*
- ✓ *ascessi e carie dentarie*
- ✓ *traumi*
- ✓ *controlli in neonati (medicazione di cordone ombelicale)*

L'esiguità di dati per alcune patologie non ne ha permesso una validazione dal punto di vista statistico, ma ne è emersa comunque una "tendenza" ($p > 0,05$) maggiore nei bambini stranieri extracomunitari a presentarsi per:

- ✓ *ustioni fino al II grado*
- ✓ *disidratazione*
- ✓ *micosi (candidosi)*
- ✓ *dermatiti di n.d.d.*
- ✓ *punture d'insetto*

La *Sindrome mani-piedi-bocca* è stata riscontrata in 7 bambini stranieri ed in nessun paziente italiano.

Nella **popolazione pediatrica autoctona** è stata evidenziata una maggiore incidenza di *bronchiti asmatiche, asma e broncospasmo*, in quanto malattie su base atopica e probabilmente legate a condizioni di igiene ed "attenzioni", appartenenti ad un modello di vita più occidentale. Le forme asmatiche nei pazienti stranieri visitati risultano spesso più complicate da seguire, principalmente per la difficile compliance terapeutica. Non sono emerse sostanziali differenze, invece, per quanto riguarda la dermatite atopica.

Otalgia ed *otiti* rappresentano la motivazione di accesso principale nei bambini italiani, seconde solo alle flogosi delle alte vie respiratorie.

Maggiore è stato il riscontro nella popolazione pediatrica autoctona di:

- ✓ *infezioni delle vie urinarie*
- ✓ *linfadenopatie*
- ✓ *eritemi, esantemi, eczemi, eruzioni cutanee*

Nella diagnosi di dimissione dal Pronto Soccorso di alcuni pazienti stranieri erano presenti più patologie concomitanti o forme complicate; questo per una probabile attesa prima della presentazione ad una struttura sanitaria e quindi il conseguente aggravamento del quadro clinico del bambino (un esempio ne è l'incidenza del 6% nei piccoli stranieri, rispetto al 3% nei bambini italiani di focolai broncopneumonici).

E' stato rilevato, da parte della popolazione extracomunitaria, l'accesso contemporaneo in Pronto Soccorso di fratelli o comunque bambini conviventi e di un consistente numero di "ritorni", quindi visite successive alla prima, spesso per la medesima patologia, recidivante.

I **ricoveri** che si sono resi necessari su 2.949 accessi in Pronto Soccorso pediatrico nel 2004 sono stati 434, ovvero un 15% sul totale dei bambini stranieri visitati; 27 i rifiuti di ricovero da parte dei familiari dei piccoli pazienti, quindi 6,2% di tutte le richieste di ricovero. (Non è stato possibile pervenire a tutte le diagnosi di dimissione, riguardanti i ricoveri ospedalieri, per ritiro da parte dei familiari dei piccoli pazienti in corso di ricovero o per alcune incongruenze relative ai cognomi di origine straniera. Questo spiega la differenza tra questo 15% ed il succitato 12%, considerato come campione attendibile da un punto di vista statistico.)

Solamente 3 sono stati i trasferimenti ad altro Ospedale mentre all'interno del S.Orsola-Malpighi i ricoveri sono stati divisi principalmente tra:

- ✓ *Reparto Lattanti (48%)*
- ✓ *Medicina Generale Pediatrica (45%)*
- ✓ *Neonatologia (4%)*

Per un esiguo numero di bambini è stato necessario il ricovero in ambiti specialistici quali la Cardiologia Pediatrica, l'Oncoematologia Pediatrica, la Neuropsichiatria Infantile e la Rianimazione.

Il 13% dei bambini ricoverati nel reparto di Medicina Generale era di origine straniera, mentre nel reparto Lattanti lo era il 23%, dati che superano decisamente la percentuale del 5%, rispetto ai ricoveri, rilevata negli anni '90 dal GLNBI.

Motivo di ricovero per il 30% dei piccoli stranieri sono state le *affezioni respiratorie*, su 129 casi sono state curate:

- ✓ *37 broncopolmoniti*

- ✓ 30 *peribronchiti*
- ✓ 19 *bronchioliti*
- ✓ 16 *focolai broncopneumonici*
- ✓ 8 *otiti*
- ✓ 4 *otomastoiditi* come complicanza su 251 accessi totali di bambini extracomunitari in Pronto Soccorso per otiti.

Le patologie dell'apparato digerente come causa di ricovero si sono divise tra *gastroenteriti* e *reflussi gastroesofagei*, a volte concomitanti, per un totale di 84 casi, rappresentanti il 20% dei ricoveri. Presenti tra i casi: episodi di vomito, accertamenti su alterazioni degli indici epatici ed infiammazioni o litiasi a carico della colecisti.

Hanno inoltre portato ad una valutazione ulteriore e quindi al ricovero patologie a carico di rene (pielectasie), vie genitourinarie (infezioni delle vie urinarie, cistiti emorragiche), patologie neurologiche (convulsioni febbrili, crisi convulsive in corso di apiressia, cefalee, episodi lipotimici) e disturbi psichiatrici (psicosi) e comportamentali (turbe comportamentali da difficoltà di adattamento), casi di dermatite atopica e congiuntivite, in compresenza con altre patologie.

Le *malattie infettive* che hanno portato a ricovero sono state singoli casi di Malaria da Plasmodium Falciparum, setticemia da Salmonella Tiphys, pertosse complicata, varicella impetiginizzata, scarlattina, infezione da Parvovirus e da Citomegalovirus.

Sono stati ricoverati nel reparto di Endocrinologia Pediatrica, all'interno della Medicina Generale, 4 pazienti che presentavano sintomi di diabete mellito di I tipo all'esordio o scompensato.

La valutazione delle diagnosi di dimissione del reparto Lattanti ha portato al riscontro di un 8%, sul totale dei bambini ricoverati, di *carezza marziale* (33 casi). Sideropenia, unita ad anemia microcitica (12 casi) e rachitismo carenziale (6 casi) hanno messo in rilievo quadri disnutrizionali causa di *difetto dell'accrescimento ponderale*.

Dall'analisi delle patologie, come motivazioni d'accesso al Pronto Soccorso e cause di ricovero, non sono emerse differenze sostanziali tra popolazione pediatrica autoctona ed extracomunitaria, se non come tendenze o, lievemente diverse, incidenze.

Premettendo che non chiara risultava la presenza di eventuali piccoli stranieri irregolari nel numero di accessi totali, perché non riportata la dicitura di STP, unitamente al probabile ricorso al Pronto Soccorso dell'Ospedale S.Orsola –Malpighi di cittadini residenti in aree della provincia di Bologna (questo valido sia per la popolazione straniera che autoctona) risulta rilevante il dato del 21% di accessi da parte della popolazione pediatrica extracomunitaria rispetto alla percentuale del 10,8% di minori stranieri residenti a Bologna sul totale dei minori residenti.

Ne deriva una considerazione di inappropriato uso del Pronto Soccorso pediatrico da parte delle famiglie di origine extracomunitaria.

I pazienti stranieri si presentano ai servizi territoriali e soprattutto ospedalieri in orari compatibili con le loro esigenze familiari (orari di lavoro, disponibilità dei mezzi di trasporto). Ne consegue il ricorso frequente a visite “urgenti” o comunque in luoghi e tempi inappropriati che diminuiscono la qualità della prestazione. La difficoltà per queste famiglie aumenta per esami strumentali o di laboratorio, per i quali gli orari sono più rigidi.

Il ricorso al pediatria di base e alle visite specialistiche ambulatoriali rappresentano di solito un significativo indicatore di integrazione, ma ancora troppo frequentemente vengono utilizzati l’accesso diretto al Pronto Soccorso, ai distretti ospedalieri o ai servizi di consultori familiari, perché punti di riferimento, che più di ogni altra struttura si avvicinano alle esigenze delle famiglie immigrate. Sono ancora scarsi l’affidamento e l’attenzione alla medicina preventiva e generica.

Le **motivazioni di inadeguato uso del Pronto Soccorso pediatrico** e del consistente numero di accessi da parte di famiglie di provenienza extracomunitaria sono da ricercarsi nella:

- ✓ differente percezione della malattia e quindi possibile allarmismo rispetto a patologie assolutamente curabili, ma che nei Paesi in via di sviluppo possono causare pericolo imminente di vita;
- ✓ mancata comprensione del sistema di servizi sanitari presente sul territorio bolognese, che porta quindi le famiglie immigrate a rivolgersi al Pronto Soccorso perché segnalato e conosciuto, anziché presso ambulatori, ASL e pediatri di base;
- ✓ probabile “abitudine” acquisita nel paese d’origine, dove i luoghi di primo soccorso rappresentano a volte l’unica struttura sanitaria fuori dalle grandi città;
- ✓ maggiore fiducia nella struttura ospedaliera rispetto a quella ambulatoriale (possibilità di eseguire esami strumentali e di laboratorio immediati) e presenza, su richiesta, di mediatori culturali;
- ✓ difficoltà nel mantenere una continuità con il pediatra di base da parte dei genitori, spesso per i frequenti spostamenti, e nel rispettare orari e giorni previsti dagli ambulatori a causa delle poco flessibili e spesso numerose ore di lavoro;
- ✓ apertura 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 del Pronto Soccorso; come infatti fu rilevato dallo studio del GLNBI, negli anni ’90, in 1/3 dei casi, l’accesso al Pronto Soccorso, da parte di famiglie di provenienza extracomunitaria per visita urgente, avvenne nelle ore notturne (fra le 20 e le 8); si evidenziò quindi una maggior tendenza, rispetto agli italiani, a presentarsi in ospedale in orario serale o notturno;

- ✓ presenza di una corposa quota di minori stranieri irregolari (condizione non rilevabile dai fogli di dimissione del pronto soccorso pediatrico), non inseriti all'interno del nostro Sistema Sanitario Nazionale, cui non è concesso l'accesso ai servizi territoriali ,ma solo ai presidi d'urgenza;
- ✓ tendenza maggiore del bambino extracomunitario ad ammalarsi, per via delle spesso precarie condizioni di vita connesse allo stato di immigrato.

LAPOSS & HEALTH SYSTEM: UN MODELLO DI RETE PER I SERVIZI AGLI IMMIGRATI A CATANIA

M. Raspagliesi¹, A. Agodi², M. Barchitta², L. Sucato³, A. Casciaro⁶, F. Mazzeo Rinaldi⁶, M.P. Castro⁶, S. Cosentino⁴, L. Mariani⁴, E. Caltabiano⁵, C. Pennisi⁶

¹U.O. Malattie Infettive Az. Osp. Cannizzaro Catania, ²Dipartimento di Scienze Biomediche, Università degli Studi di Catania, ³S.P.D.C. Nucleo Operativo Psichiatria Transculturale ASL3 Catania, ⁴U.O. Malattie Tropicali Università degli Studi di Catania, ⁵Istituto Malattie Infettive Az. Osp. Garibaldi Catania, ⁶Dipartimento di Sociologia Università degli Studi di Catania

Come è noto la Legge 328/2000, che utilizza strumenti di programmazione, coordinamento, concertazione, cooperazione, partecipazione nonché l'integrazione dei servizi sociali e una strategia operativa volta a definire e consolidare l'indirizzo socio-sanitario come punto di coesione di una rete territoriale e pertanto ha sviluppato il principio di partecipazione andando verso la solidarietà non solo istituzionale ma anche comunitaria.

La problematica che concerne la difficoltà di accesso ai servizi viene sottolineata nelle Linee Guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana D.P. del 04/11/2002 che ha avviato nella nostra Regione un processo mirato a ridefinire la politica sociale alla luce dei principi innovativi introdotti della legge 328/00. Il sistema definito dalle linee guida tende a coinvolgere tutti i soggetti interessati alla politica sociale.

Ciò implica non solo l'opportunità, ma anche la necessità di lavorare insieme da parte delle istituzioni e degli attori sociali diversi; nasce così l'esigenza di poter disporre di strumenti operativi che facilitino il partenariato, la collaborazione, la complementarità e la sinergia. La molteplicità dei bisogni dei cittadini immigrati, la varietà degli interventi (spesso sovrapponibili), progettazioni già avviate, ma anche la frammentarietà delle stesse rendono oggi necessario definire un processo di lavoro di rete tra i diversi attori istituzionali per lo sviluppo di programmi di pianificazione coordinata che si pongano l'obiettivo di evitare sovrapposizioni e dispersione di risorse

Per tale motivo il LAPOSS (Laboratorio di Analisi, Progettazione e Sperimentazione di Politiche Pubbliche e Servizi alle Persone) ha istituito il "tavolo sanità, con l'istanza di sperimentare l'integrazione tra le istituzioni presenti nella città di Catania in aree di interesse comune in modo da aggregare le risorse dei servizi che attualmente si presentano disgregate

Il panorama istituzionale, presentando uno altissimo pluralismo dell'offerta, impone la riflessione degli esperti sull'esigenza di ricondurre le varie risposte organizza-

tive dei diversi enti (di una unica area) al raggiungimento di uno obiettivo condiviso.

E' emersa pertanto all'interno del gruppo di lavoro del "tavolo sanità" l'istanza di promuovere una cultura progettuale nell'ambito delle politiche sociali che realizzasse un universalismo all'interno del distretto socio-sanitario, che omogeneizzasse, rendendole qualitativamente più efficaci, le prestazioni sociali e che agevolasse l'accesso ai servizi tenendo conto delle differenti richieste dell'utenza

Compito arduo questo per gli attori presenti al tavolo che hanno inizialmente tentato di standardizzare procedure, decodifica della domanda di servizi in tema di "salute" e strumenti di valutazione. L'omologazione e la standardizzazione delle procedure rappresenta un passaggio necessario in vista della pianificazione delle informazioni relative all'accesso ai servizi delle istituzioni presente al tavolo. E' sembrato indispensabile realizzare un sistema informativo territoriale dove la sinergia delle istituzioni che si occupano di "salute" e nello specifico di "salute in tema di immigrazione" possano offrire vantaggi in termini di gestione che di circolazione dell'informazione disponibile.

I modelli organizzativi nel settore sanitario ad esempio stanno attraversando una fase rapida di evoluzione orientata verso lo sviluppo di nuove formule gestionali e modelli a rete/o integrati. Il lavoro del "tavolo sanità" del Laposs rappresenta uno strumento per una nuova politica socio-sanitaria a livello locale, con requisiti atti a superare la logica della settorialità e della frammentazione degli interventi.

Hanno partecipato alla progettazione ed alla sperimentazione le seguenti istituzioni: L'Università degli Studi di Catania con il LAPOSS; L'Az. Osp. Garibaldi, S.Luigi-Currò, Ascoli Tomaselli; L'Az. Osp. Vittorio Emanuele, Ferrarotto e S. Bambino; L'Az. Osp. Cannizzaro; L'Az. Unità Sanitaria Locale 3; L'Assessorato ai servizi sociali del Comune di Catania.

Il progetto d'azione sociale richiede un'elevata tecnicità in termini di "dettaglio ordinato", di razionalità interna, di rigore metodologico, nello stesso tempo, trattandosi di persone che investono in persone, richiede una forte intenzionalità, un investimento di desiderio che può, se non assicurare, almeno permettere la mobilitazione dell'intenzionalità altrui, il desiderio al cambiamento da parte di tutti i soggetti implicati, siano essi attori o beneficiari.

Si è percepita l'esigenza di introdurre nella cultura gestionale e nei metodi di lavoro un nuovo stile che potesse conferire maggiore autonomia ad ogni attore, in un'ottica sinergica e interdisciplinare.

Per la realizzazione di un progetto con simili caratteristiche occorre introdurre nuove strategie. La strategia utilizzata è stata quella dell'introduzione di tecnologie informatiche che consente di classificare e rendere accessibili tutte le modalità di erogazione dei servizi, delle prestazioni e di conoscere bene il nostro target di riferimento per ciò che concerne i suoi bisogni e il suo grado di integrazione nella città di Catania. Il processo di informatizzazione ci permetterà di superare la frammentarietà delle rilevazioni e la disuguaglianza del trattamento dei dati

Partendo da questa analisi il “tavolo sanità” ha iniziato a lavorare tenendo conto della complessità sia del tema da trattare (immigrati) sia delle istituzioni (sul piano organizzativo).

E' stato necessario approfondire la conoscenza sia della realtà progettata che della realtà progettante per consentire un confronto e una co-progettazione (non sempre fluida) tra le istituzioni, attraverso un processo di continua destrutturazione e ristrutturazione dei significati man mano attribuiti alle ipotesi di lavoro proposte.

L'università ha svolto il ruolo di conduttore ma soprattutto di mediatore e/o facilitatore del processo di integrazione interistituzionale attraverso la definizione di un linguaggio e di obiettivi comuni.

In questo contesto, il tavolo ha discusso tutti i problemi legati all'accesso nelle diverse istituzioni avendo come scopo quello di definire progressivamente:

- problemi da affrontare
- target da raggiungere
- obiettivi condivisibili
- esigenze, interessi e contributi dei singoli attori coinvolti
- individuazione di ipotesi comuni di interpretazione e di intervento
- modelli di sviluppo e “abilità di sistema”

Il modello di riferimento è stato quello concertativo da cui ha origine il modello di progettazione partecipata che tiene conto da un lato della dimensione processuale, del grado di interazione sociale, del livello cognitivo ed emotivo.

All'inizio si è tentato di condividere il problema e di definire il target di riferimento. La difficoltà che è emersa era legata al fatto che ogni attore conosceva il mondo dell'immigrazione (complesso, multiproblematico, difficile da decifrare) e per tale motivo erano influenzati dai loro valori, dalle convinzioni, e dagli interessi personali. Durante gli incontri si constatavano le differenti modalità di accesso ai servizi, le diverse organizzazioni interne ai servizi (ad esempio l'accoglienza dell'utente ai servizi in alcuni era curata dal medico in altri dall'assistente sociale ed in altri ancora mancava completamente l'assistente sociale).

Questa fase è stata caratterizzata dalla ricerca di comuni strategie al fine di integrare le differenti operatività dei differenti servizi. Da questo lavoro sono stati individuati i seguenti obiettivi:

- aumentare le informazioni e la conoscenza da parte degli utenti sulle patologie e le strategie di prevenzione;
- individuare percorsi specifici volti a facilitare l'accesso ai servizi Sanitari per

- offrire un servizio di assistenza sanitaria di base e specialistica ai cittadini stranieri non iscritti al SSN e che necessitano di interventi specifici;
- favorire lo scambio di informazioni tra enti aderenti al progetto in modo da permettere una circolarità e condivisione di dati;
 - definire in modo più consapevole e trasparente le finalità dei servizi offerti e valutare i risultati;
 - facilitare la condivisione delle conoscenze tacite, ed una loro trasformazione in esplicite (es. documentazione, circolarità di best practices), finalizzata alla veloce risoluzione dei problemi;
 - valorizzare le expertise presenti in determinate aree della singola organizzazione rendendole disponibili all'interno ed all'esterno con lo scopo di stimolare l'innovazione e generare nuove opportunità di salute;
 - agevolare la collaborazione tra i componenti di team potenziali dispersi su territorio;
 - sviluppare un processo sistematico di individuazione ed organizzazione dell'informazione per lo sviluppo delle competenze dei diversi attori del processo di accesso;
 - fornire dati conoscitivi a supporto delle decisioni, sia degli attori istituzionali, sia della comunità tutta;
 - Organizzare la disponibilità e l'accessibilità di grandi quantità di informazioni in tempo reale.

Il punto in comune che gli operatori hanno elaborato tra la facilitazione all'accesso e la difficoltà all'accesso è nella scarsa circolarità dell'informazione e problematiche annesse al proprio utilizzo, pertanto ha individuato e che hanno dato origine ad alcune ipotesi strategiche di azione, riguarda la realizzazione di un sistema informativo (web-based) creato per uniformare sul territorio le modalità di acquisizione dati e gestione delle prestazioni fornite agli immigrati da parte di tutte le strutture ed i servizi socio-sanitari presenti

La successiva fase di lavoro è stata caratterizzata pertanto dall'implementazione di un sistema informatico standard in rete che permettesse la condivisione delle informazioni e delle conoscenze, in grado di favorire in tempo reale i dati sugli indicatori ed una corretta interpretazione dei bisogni dell'utenza.

Il Sistema è stato progettato in linea con quanto indicato dalla legge 328/2000, in quanto concretizza dimensioni di integrazione socio sanitaria tra servizi di una stessa Azienda e tra servizi appartenenti a strutture ed aziende diverse.

Il sistema è composto da una base di dati relazionale che funge da Back-End e da uno strato di Front-End. ed è in grado gestire diversi livelli d'accesso utente

Al momento esistono due tipologie di utenza che ha accesso al sistema:

- 1) Medici;
- 2) Assistenti Sociali

Sono stati elaborati dei “prototipi di interfaccia sia per l’aria medica che sociale” per la gestione dei dati relativi ai pazienti con una elaborazione congiunta tra tutti i componenti del tavolo (ognuno dei quali si è confrontato con gli altri attori sulle priorità rispetto ai dati da richiedere al fine di ridurre i tempi nella propria operatività quotidiana).

>Laposs Home -> Laposs Sanità -> Progetti -> Laposs & Health

Europa
Africa
Asia
Oceania

LAPOSS
& HEALTH
SYSTEM V. ALFA

con il supporto informatico del Dipartimento di Matematica e Informatica dell'Università di Catania

Username

Password

Login

Pagina iniziale di accesso al sistema

Il lavoro svolto attraverso incontri periodici mirava alla condivisione tra dati sociali e medici. Il confronto ha sollevato una serie di difficoltà nel processo di elaborazione dei dati più significativi, sulla condivisione degli stessi (quali dati, in che modo condividerli, con quali priorità, chi doveva occuparsene e con quale modalità operativa). Il problema veniva superato dando:

1) Al Medico libero accesso ai dati anagrafici di tutti i pazienti inseriti all'interno del sistema. Può, cioè, inserire, modificare e cancellare i dati anagrafici di tutti i soggetti registrati nel sistema. Per quel che riguarda i dati sanitari, ogni medico può inserire, modificare e cancellare solo i dati dei pazienti da lui seguiti. Il medico può accedere anche ai dati sociali dei pazienti del proprio ente, ma a differenza dei dati sanitari, questi possono solo essere visualizzati.

Home Medico

Codice Archivio Generale: LH35		Home
Codice Archivio Interno: CA33		
Data Primo Contatto: 16-04-2005		
Codice: STP1909050000543		

2) All'assistente sociale libero accesso ai dati anagrafici di tutti i pazienti inseriti nel sistema, e può effettuare su tutti le operazioni di inserimento, modifica, cancellazione. L'assistente sociale può, inoltre, inserire, modificare e cancellare i dati degli utenti da lui seguiti, e può prendere visione dei dati sanitari dei propri utenti che usufruiscono di prestazioni sanitarie all'interno della stessa azienda.

● La domanda ha una risposta (Dopo che la risposta è stata inserita il pallino cambia in verde e il pulsante è relativo alla visualizzazione)	
● La domanda non ha una risposta	
 Documenti	
AREA PROGETTO MIGRATORIO	
● 1) Per quale motivo si trova in Italia?	Visualizza/Modifica Risposta
● 2) Da quanti anni è in Italia?	Inserisci Risposta
● 3) Catania è stata la sua prima destinazione?	Inserisci Risposta
● 4) Prima di partire aveva dei contatti a Catania?	Inserisci Risposta
● 5) Per quanti anni vuole ancora rimanere in Italia?	Inserisci Risposta
 Chiudi Area  Area Economico/Lavorativa  Area Socio/Familiare  Area Presa in Carico	

Area Progetto Migratorio

Codice Archivio Generale	LH34	AREA PROGETTO MIGRATORIO	Apri Area
Codice Archivio Interno	US1	AREA ECONOMICO/LAVORATIVA	Apri Area
Data Primo Contatto	12-04-2005	AREA SOCIO/FAMILIARE	Apri Area
Data Primo Contatto Sociale	10-03-2005	AREA PRESA IN CARICO	Apri Area
 Stampa Informazioni Raccolte		 Home	 Scheda Assistito

Area Intervista

La legge sulla privacy ha posto dei limiti sulla progettazione del sistema informativo. Infatti la nuova legge entrata in vigore nel Gennaio 2004 ha apportato delle modifiche sul trattamento dei dati personali e sanitari rispetto alla precedente (L. 675/96 e Dpr. 318/99). Le nuove misure prevedono l'utilizzo del documento programmatico di sicurezza obbligatori per tutte le organizzazioni, pubbliche e private che trattano dati sensibili con l'uso di strumenti elettronici. Superato il problema legato alla privacy si è cominciato ad implementare il sistema informativo.

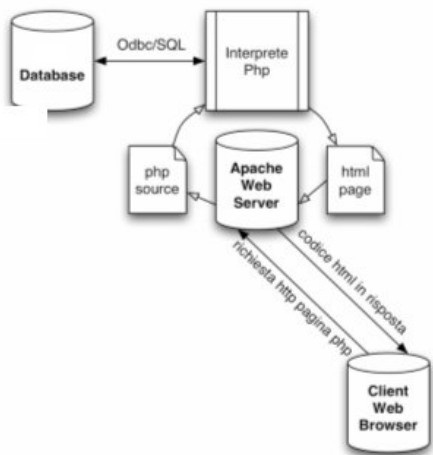


Fig. 1 Schema architettura software.

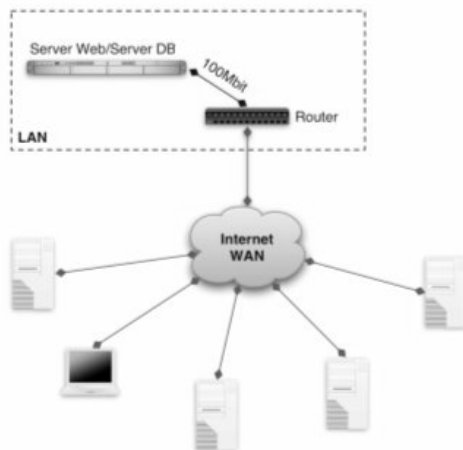


Fig. 2 Schema di interconnessione fisica

Dall'analisi di ciò che era richiesto per sviluppare questo sistema si è passati alla fase di progettazione della base di dati, quindi alla scelta delle tecnologie più consone e all'implementazione.

Per quanto concerne l'interazione utente si è scelto un sistema client-server, in cui, cioè, il sito e i dati risiedono in un unico computer remoto, che funge da server (Fig. 2), e gli utenti possono accedere tramite interfaccia web da qualunque computer dotato di connessione internet.

I principali vantaggi sono:

1. Accesso contemporaneo al sistema da parte di più utenti.
2. Possibilità di accesso da qualunque PC dotato di connessione internet e di un browser web (es. Internet Explorer).
3. Le pagine web sono state create utilizzando il linguaggio Php e come database di supporto si è scelto il DBMS MySQL, è comunque prevista una migrazione del DB sul DBMS DB2, per le sue note caratteristiche di affidabilità e velocità. Insieme al codice Php si è fatto uso del linguaggio HTML. Il meccanismo di funzionamento è presentato nella Fig. 1. Particolare attenzione è stata posta nel rendere il più possibile fruibile il sistema con gli attuali sistemi operativi, cercando di massimizzare la compatibilità e la velocità.

L'adozione del Sistema Informativo "LAPOSS & HEALTH SYSTEM" ha richiesto una fase di sperimentazione dello stesso, al fine di uniformare sul territo-

rio le modalità di acquisizione dati e gestione delle prestazioni fornite agli immigrati extracomunitari da parte delle strutture socio-sanitarie presenti nel territorio, e con l'obiettivo principale di ampliare progressivamente i contenuti informativi e i servizi in collaborazione con le amministrazioni ed enti erogatori diversificando contenuti e modelli di erogazione, in funzione delle diverse esigenze degli utenti e delle indispensabili modalità operative integrate tra le organizzazioni. L'oggetto della sperimentazione riguarda la verifica delle principali funzionalità legate all'applicativo sviluppato, l'analisi delle problematiche relative alla piattaforma tecnologica *web-based* scelta, l'implementazione di protocolli e sistemi hardware e software per la sicurezza dei dati trattati, la facilità di esecuzione organizzativa. La sperimentazione dovrà inoltre individuare e documentare, i principali requisiti necessari per passare alla successiva fase di ingegnerizzazione del sistema.

CONCLUSIONI:

Dal percorso di ricostruzione effettuato finora sembra affermarsi l'idea che il modello che interpretava la progettazione in termini standardizzate deve necessariamente cedere il passo ad un modello che concettualizza l'effetto di un campo di forze dinamiche e in continua trasformazione come l'effetto di una rete d'azione (action-net). Infatti la disponibilità dei partecipanti al "tavolo sanità" a "reticolare" fra loro li ha trasformati in nodi di una rete e così facendo hanno cercato di creare agganci tra forze diverse, le quali pur perseguendo insieme precisi obiettivi e operando in regime di partnariato mantengono tuttavia la loro autonomia.

Il lavoro inizialmente si è presentato complesso perché rivolto all'integrazione degli interventi e delle diverse competenze istituzionali con l'ottica di un passaggio da una dimensione erogativa dei servizi alle persone immigrate ad una ottica di sviluppo delle istituzioni preposte alla tutela della salute dei cittadini-utenti. Inoltre la sperimentazione, che ha avuto inizio a gennaio di quest'anno, e tuttora in corso, ha dato i primi risultati in termini di acquisizione dei dati relativi agli accessi finora registrati ed in termini di formazione e di rodaggio della rete del sistema informativo.

BIBLIOGRAFIA

1. G. Bonazzi – “ Storia del pensiero organizzativo” Ed. Franco Angeli – 2002
2. Ghepari, Nicolini – “ Apprendimento e conoscenza nelle organizzazioni” Ed. Carocci Le Bussole 2004
3. Brizzi, Cava – “ L’integrazione socio-sanitaria” Ed. Carocci Faber 2004
4. C. Detoni – “ Manuale di progettazione sanitaria (tecniche per la formulazione di un intervento sanitario e per stilare il documento progettuale) Ed. Franco Angeli 2001
5. L.Leone, M. Prezza – “Costruire i progetti nel sociale” (manuale operativo per chi lavora su progetti in campo sanitario, sociale, educativo, culturale) Ed. Franco Angeli 2002
6. Motta, Mondino – “Progettare l’assistenza” . Ed. N.I.S. 1994
7. S. Geraci – “Approcci transculturali per la promozione della salute” – Ed. Anterem 2000
8. M.Raspagliesi, A.Agodi, F. Milana, M. Barchetta, A.Casciaro, T. Consoli, S.Cosentino, L.Mariani, F. Mazzeo Rinaldi, P. Di Gregorio, C.Pennisi.
“ Accesso ai servizi per pazienti extracomunitari: Software dedicato per la gestione delle informazioni e la progettazione degli interventi” Atti VIII Consensus conference sull’immigrazione – VI Congresso Nazionale SIMM Lampedusa Maggio 2004 p.328-335

DIECI ANNI DI ATTIVITA' DEI CENTRI ISI IN PIEMONTE

Mondo Luisa

Altri autori:

Manuela Del Savio, Paola Ghiotti, Stefano Dacquino, Orazio Barresi, Nicoletta Ricci, Piergiorgio Maggiorotti, Matteo Bagatella, Maria Pia Chianale, Mara Fani, Piera Salvano, Vincenzo Fratantonio, Guido Buffa, Sebastiano D'Agosta, Biagio Zappulla, Caterina Modafferi, Assunta Tassone, Alessandro De Risi

Gruppo di Coordinamento regionale dei centri ISI, Assessorato sanità, Regione Piemonte - Servizio Regionale di Epidemiologia, ASL 5, Regione Piemonte

Premessa

La Regione Piemonte, Delibera di Giunta Regionale n. 56-10571 del 15/7/1996 ha approvato, in maniera sperimentale, le misure organizzative e le modalità operative per l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al SSN attraverso la costituzione dei Centri di Informazione Sanitaria per gli Stranieri (Centri ISI).

L'assessorato alla sanità con circolare del 13/2/1998 ha stabilito i requisiti di minima dei centri ISI, le ASL individuare per aderire a tale iniziativa hanno presentato i progetti per la realizzazione, i quali sono stati approvati previo esame di apposito gruppo di lavoro.

All'inizio dell'attività sono stati attivati 9 centri ISI: Torino I e IV, Valle di Susa, Vercelli, Biella, Novara, Verbanco-Cusio-Ossola, Cuneo, Asti.

Ogni centro è stato dotato di un programma di elaborazione statistica preimpostato al fine di ottenere un'omogenea raccolta ed elaborazione dei dati anagrafici e statistici di interesse, la gestione di una scheda sanitaria degli assistiti.

I Centri Informazione Salute Immigrati (Centri ISI) attivi attualmente in Piemonte, sono 12 di cui 6 in Provincia di Torino (ASL 1, ASL 2, ASL 3, ASL 4, ASL 5, con 4 sedi, e ASL 8).

Dai circa 10.000 passaggi registrati nel corso del primo anno di attività di è passati, nello scorso anno, al seguente numero di accessi:

Centro ISI	Passaggi
ASL 1	21.815
ASL 2	4.519
ASL 4	8.418
ASL 5	1.388
ASL 8	1.138
ASL 11	450
ASL 12	1.332
ASL 13	2.211
ASL 14	475
ASL 15	828
ASL 19	1.965
	44.539

Caratteristiche degli utenti

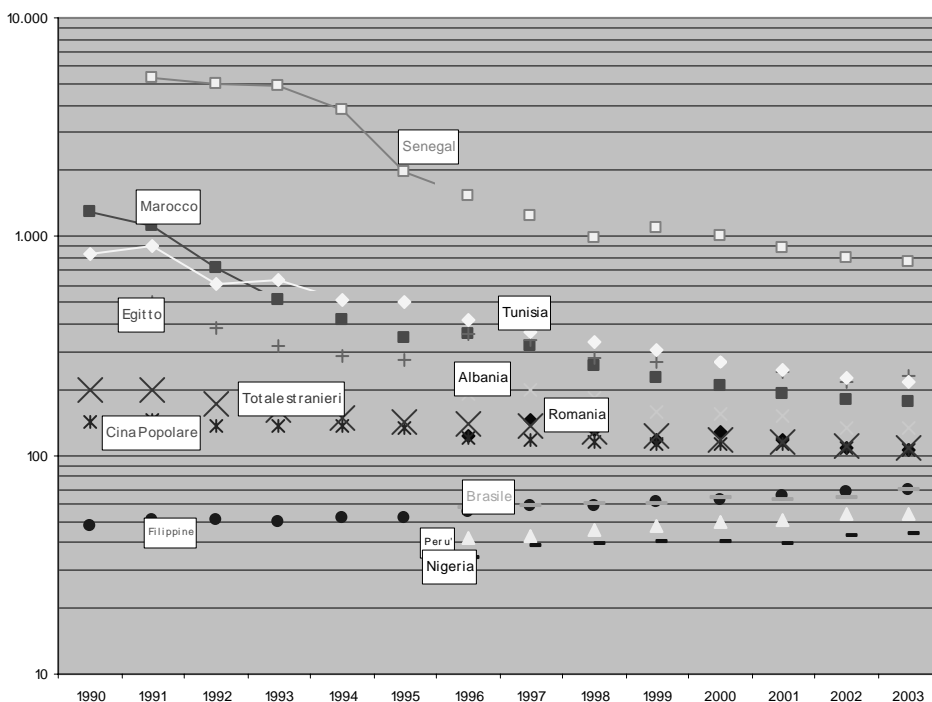
per una salute senza esclusioni

Gli “Stranieri Temporaneamente Presenti” (STP), nel 92% dei casi privi del permesso di soggiorno, trovano presso i Centri ISI un accesso facilitato al Servizio Sanitario sia per gli aspetti terapeutici che per quelli preventivi e spesso anche burocratici grazie alla presenza dei mediatori culturali.

Oltre l'80% dei soggetti ha un'età compresa tra i 18 ed i 65 anni, per il resto si tratta di giovani e bambini, ma gli anziani ultra sessantacinquenni, pur continuando a rappresentare una piccola quota della popolazione immigrata, risultano, negli ultimi anni, in costante aumento.

La distribuzione per genere ha visto aumentare nettamente la presenza di donne (62%). Nella figura 1 è riportato il rapporto di mascolinità tra le comunità immigrate in provincia di Torino.

figura 1: Rapporto di mascolinità delle comunità immigrate a Torino, 1990-2003
numero di uomini ogni 100 donne, dall'anno in cui la comunità oltrepassa la soglia dei 500 residenti



Per quanto riguarda il livello di istruzione si passa dal 3% di analfabeti al 5.3% di laureati attraverso il 28% di soggetti con diploma di scuola media inferiore ed il 36% di scuola media superiore. Tuttavia, solo in un 20% dei casi il loro titolo di studio ha valore legale anche in Italia.

Le popolazioni dell'Est si confermano in crescita rispetto alle nord africane e, in particolare, un calo del loro accesso ai centri ISI potrebbe anche essere spiegato dal fatto che essendo le popolazioni immigrate più anziane sono quelle che hanno maggiormente beneficiato della regolarizzazione, così come illustrato in figura 2.

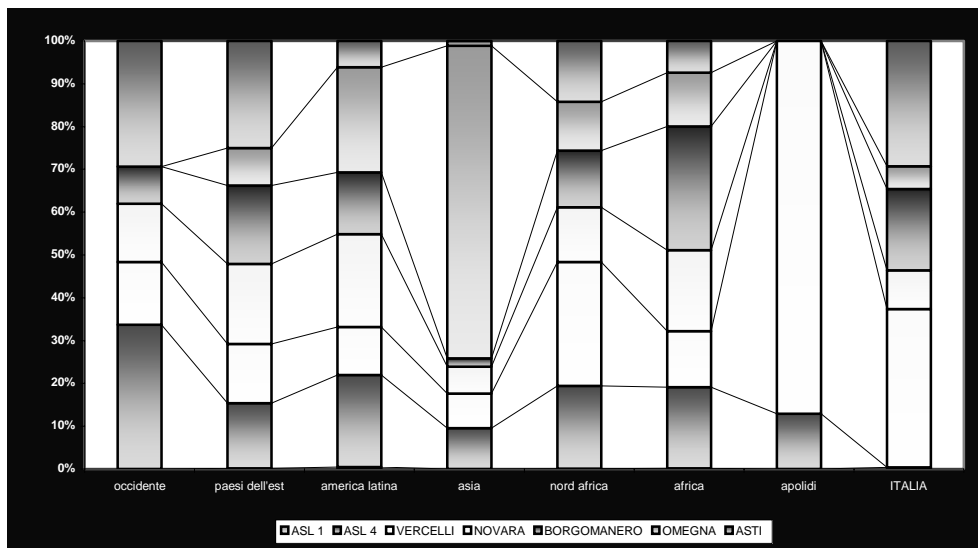


figura 2: provenienza dei pazienti STP presso i centri ISI

Al momento del primo accesso presso i centri ISI ai soggetti viene rilasciato un codice alfanumerico che, per effetto delle vigenti normative, è denominato “codice STP “ ed ha validità semestrale, rinnovabile.

Contestualmente se l’utente si dichiara privo di risorse economiche sufficienti viene rilasciato un modulo per l’attestazione di indigenza. Grazie a questo il paziente paga solo il ticket a parità di condizioni con i cittadini italiani.

Originariamente, in assenza di disposizioni normative i farmaci erano resi disponibili tramite armadietto farmaceutico direttamente nella sede dei centri ISI, attualmente le prescrizioni dei farmaci in fascia A vengono effettuate sul ricettario mutualistico, indicando, anziché il codice fiscale, il codice STP mentre le prescrizioni per farmaci in fascia C vengono redatte su carta bianca del medico prescrittore. Lo stesso vale per la richiesta di esami o indagini diagnostiche.

A titolo d’esempio riportiamo il numero di prescrizione per ogni singola classe farmaceutica in base alla classificazione ATC.

Tabella 1: prescrizioni farmaceutiche con codice assistito STP in Piemonte, 2003

CLASSE	DESCRIZIONE	NUMERO PEZZI
--------	-------------	--------------

		PRESCRITTI
A	<i>Apparato gastrointestinale e metabolismo</i>	856
B	Sangue ed organi emopoietici	536
C	Sistema cardiovascolare	1208
D	Dermatologici	42
G	Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	1476
H	Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	164
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	1750
L	Farmaci antineoplastici ed immunosoppressori	177
M	Sistema muscolo-scheletrico	180
N	Sistema nervoso centrale	502
P	<i>Farmaci antiparassitari</i>	59
R	Sistema respiratorio	174
S	Organi di senso	23
V	Vari	4
		TOTALE 7151
	SPESA TOTALE 172.832,08	

Tabella 1: prescrizioni farmaceutiche, 2003

I bambini

Durante tutta l'infanzia, si osservano differenze statisticamente significative nella distribuzione delle degenze per malattie infettive, in particolare otite e bronchite, possibili segnali di maggior esposizione a fattori di rischio ambientali e di un accesso all'assistenza primaria non tempestivo rispetto alla comparsa dei sintomi. Per tale ragione alcuni centri ISI si stanno organizzando in modo da permettere l'iscrizione dei piccoli STP presso i pediatri di libera scelta.

Le donne

Nelle donne adulte, tra le prime 10 cause di ricovero quelle legate alla gravidanza rappresentano circa l'81% tra le italiane, il 91% tra le straniere ed il 97% per le straniere STP.

In Piemonte si registra un progressivo e costante aumento del ricorso all'IVG tra le straniere, in particolare, analizzando il Paese di provenienza, si nota il l'incremento di questa scelta tra le donne provenienti dall'Est Europa ed una riduzione tra le nigeriane

Il ricorso all'IVG da parte di donne immigrate è spesso in netto contrasto con la loro cultura d'appartenenza generalmente orientata verso maternità ricercate e ripetute. Tale scelta è attribuibile ad una scarsa conoscenza dei metodi contraccettivi o

del loro corretto utilizzo, all'assenza di un nucleo familiare stabile, alla precarietà in ambito lavorativo, all'inadeguatezza delle condizioni abitative, alla carenza di figure parentali che possano supportare nell'accudimento e nella crescita dei bambini.

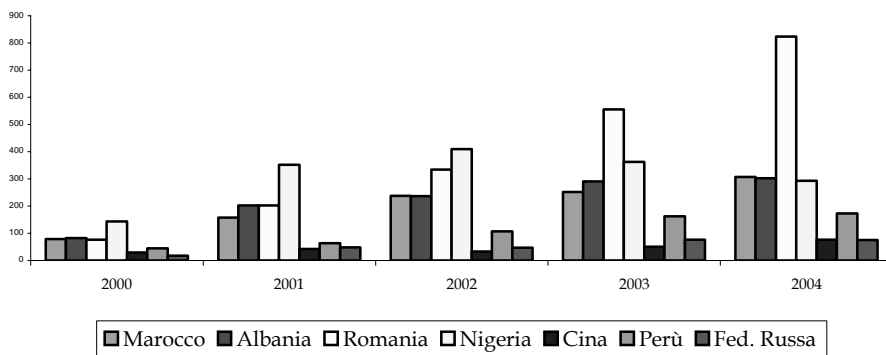


Figura 3: Andamento delle IVG per le prime sette nazionalità straniere – anni 2000-2004

Nella consapevolezza che per arrivare ad una procreazione responsabile sono necessari interventi di educazione e prevenzione svolti in modo culturalmente sensibile ed accettabile dalle dirette interessate (fertilità e maternità hanno profonde radici nelle culture di provenienza), i centri ISI ed i consultori familiari si avvalgono, da anni, delle mediatrici culturali.

Per quanto riguarda la gravidanza, il parto ed il puerperio, negli ultimi 20 anni si è registrato in Italia un notevole incremento della nascita da stranieri. All'analisi per paese d'origine delle coppie che, lo scorso anno, hanno avuto un figlio, in Piemonte, risulta che, in oltre il 15% dei casi almeno uno dei genitori non è italiano: l'unione tra un uomo italiano ed una donna straniera è molto più frequente (19% delle nascite da madre non italiana) rispetto alla combinazione inversa (1% circa delle nascite da madre italiana).

Uno dei punti critici del confronto tra donne italiane e straniere è quello dell'assistenza in gravidanza dove il 7.6% delle straniere contro l'1.6% delle italiane non si è mai sottoposta a controlli, il 30.7 contro il 14.8% ad un controllo ed il 61.7 a 4 o più contro l'83.6% così come illustrato in figura 5.

Le donne che sono state seguite hanno effettuato alcuni dei controlli previsti dalle linee guida relative al percorso nascita: il 70% (contro il 76.7% delle italiane) si è sottoposta ad ecografia morfologica e il 4.6% (contro il 13.7% delle italiane ad amniocentesi).

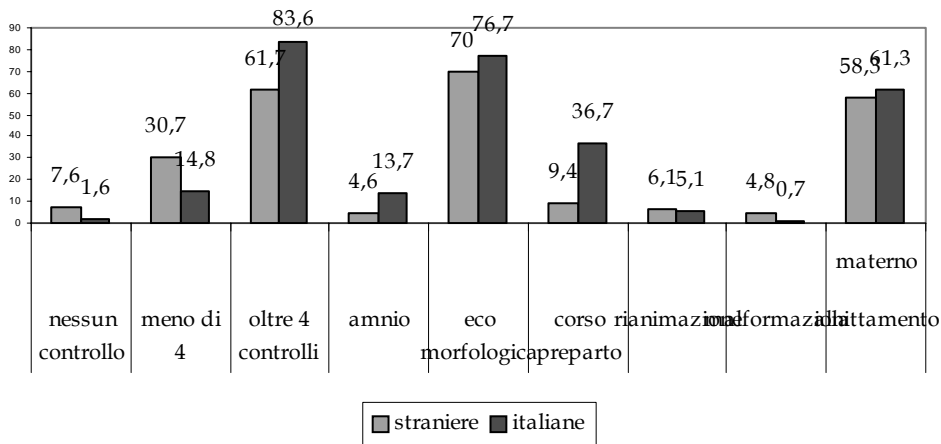


Figura 4: confronto, tra italiane e straniere, di punti critici del percorso nascita.

Per quanto riguarda il neonato si registra un eccesso, statisticamente significativo, di nati prematuri, di malformati, di natimortalità e di ricorso a tecniche di rianimazione in sala parto.

Dal punto di vista sanitario questo maggior rischio è spiegato dal fatto che molte gestanti incontrano barriere culturali e linguistiche all'accesso alla diagnosi e all'eventuale cura e finiscono per ricorrere in misura insufficiente (o assente) alle metodiche di diagnosi prenatale, alle visite ostetriche, al corso di preparazione al parto. Dal punto di vista sociale queste donne vivono una gravidanza difficile rispetto alle italiane ed anche alle connazionali in patria poiché generalmente non possono contare del sostegno della famiglia d'origine durante il periodo della gestazione, spesso vivono in abitazioni insalubri o sovraffollate ed hanno un apporto calorico insufficiente o sbilanciato.

Per quanto riguarda il percorso nascita sono necessari approfondimenti sul problema dell'alto numero di donne che non riceve assistenza durante la gravidanza e sull'eccesso di bambini che nascono con malformazioni.

Poiché meno del 10% delle donne straniere ha seguito un corso di accompagnamento alla nascita sarebbe opportuno ed estremamente utile sfruttare i giorni di degenza post parto per attività di informazione (allattamento al seno, prevenzione SIDS, contraccezione in puerperio) avvalendosi di mediatrici culturali nei punti nascita e, successivamente alle dimissioni, nei consultori.

Proprio per la grande fiducia che le donne accordano ai centri ISI questi potrebbero rivelarsi una preziosa risorsa per l'accesso tempestivo agli esami durante la gravidanza e per i corsi di accompagnamento alla nascita.

Gli anziani

Gli anziani immigrati, di entrambi i sessi, sottoposti a ricovero ordinario rappresentano una piccolissima percentuale dei ricoveri (0.16% tra gli stranieri regolari e appena lo 0.04% tra gli STP) durante la terza età: si riscontrano, in ogni caso, nette analogie con gli italiani: problemi cardio-respiratori, patologie neoplastiche e vasculopatie cerebrali per quanto riguarda il regime di ricovero, cura della cataratta ed il ricorso alla chemioterapia per il day-hospital.

Proprio la fiducia che questi soggetti tendono ad accordare ai centri ISI permetterà un'accurata sorveglianza delle loro patologie senili.

Iniziative recenti

Dato il crescente numero di accessi, e tra questi di pazienti affetti da patologie croniche e d invalidanti, con circolare del 3/8/2004, sono state impartite le disposizioni in materia di esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa sanitaria confermando il percorso già previsto per i cittadini italiani, ma attribuendo al medico del centro ISI, in quanto depositario dell'intera documentazione sanitaria relativa al paziente STP preso in carico, l'attivazione delle pratiche per il rilascio dell'attestato di esenzione per patologia e/o malattie rare. Tale attestazione viene rilasciata dall'ASL del domicilio di fatto dell'assistito.

Per quanto riguarda l'assistenza protesica ed integrativa, relativa a pochi pazienti (ma comunque in aumento, in seguito al depauperamento dell'effetto migrante sano e ad infortuni di trasporto o sul lavoro) una corretta interpretazione delle disposizioni vigenti ha condotto all'adozione di una deliberazione di giunta regionale che ha previsto le modalità per la prescrizione e l'erogazione dei presidi.

Rilevati gli esiti positivi della sperimentazione, con delibera di giunta regionale, il 20/12/2004 è stata dichiarata la conclusione della sperimentazione ed i centri ISI sono passati a regime.

Le attività di mediazione interculturale

La presenza di mediatori culturali permette di migliorare la qualità delle prestazioni socio-sanitarie.

La mediazione interculturale permette la connessione tra le culture che si confrontano, garantendo il rispetto di entrambe

Oltre alla consueta attività d'accoglienza ed accompagnamento, il ruolo delle mediatrici si è rivelato utilissimo nel far emergere alcuni casi di disagio che si sono potuti conoscere solo grazie alla fiducia che esse hanno saputo conquistare.

Questo permette di avere una visione più globale delle persone, collocandole nell'ambiente dove vivono e lavorano e valutando meglio gli ostacoli che possono frapporsi, ad esempio, a una contraccezione sicura, una gravidanza serena, un allattamento soddisfacente ed un buon accudimento del proprio bambino, prevenire situazioni di depressione post-partum, di maltrattamenti in famiglia, di induzione alla prostituzione o al lavoro nero.

Osservatorio regionale della Lombardia per l'integrazione e la multietnicità: utilizzo di dati correnti per la costruzione di indicatori utili alle politiche sanitarie

A. Pullini

L'uso epidemiologico dei dati correnti che costituiscono un debito informativo dovuto dalle Aziende Sanitarie alla Regione⁸⁴ può rappresentare un primo livello di attenzione su eventi inattesi e/o costituisce un monitoraggio delle situazioni critiche esistenti. Il loro uso è interessante soprattutto perché si tratta di una mole notevole di dati, perché si tratta di dati completi e sottoposti al doppio controllo tecnico ed amministrativo. Si tratta, infatti del report completo dei dati di tutti i ricoveri ospedalieri in degenza ordinaria e day hospital. Le diagnosi di dimissione da cui si ricavano i numeri nosologici vengono compilate dai sanitari che nel farlo sono sottoposti al principio di responsabilità, ed hanno direttamente in cura i propri pazienti. Le osservazioni ricavate da questo tipo di ricerca, che annualmente costituiscono parte del contributo del Settore salute della Fondazione ISMU, vengono successivamente consegnate alla osservazione clinica diretta e alla ricerca sul campo per ulteriori approfondimenti.

Mentre il DRG, costituito dall'accorpamento di più diagnosi, risponde a bisogni diversi, nella fattispecie a criteri economico-gestionali, può essere utilizzato per report di sintesi e con maggiore difficoltà può invece essere utilizzato per approfondimenti. La SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) rappresenta una singola diagnosi e costituisce l'atto medico conclusivo nell'iter diagnostico-terapeutico. Per questo motivo può essere meglio utilizzata anche a fini più complessi di ricerca.

Utilizzando le SDO in un precedente lavoro⁽²⁾ sui dati del 2002 si è potuto verificare come la costruzione di indicatori basati sul confronto tra le due popolazioni, italiani e stranieri, possa risultare utile per confermare e riconoscere diversi fattori di rischio e differenze presenti. Riproducendo quel lavoro con i dati del 2004 e mettendoli a confronto si possono confermare quelle differenze delineando nel contempo eventuali linee di tendenza.

Lo scopo è quello di dimostrare che fattori di rischio maggiormente presenti tra gli immigrati piuttosto che differenze genetiche, od altro possano condizionare prevalenze differenti per quanto riguarda il ricorso alle cure ospedaliere e indirettamente a tutti quelle condizioni in relazione alle variazioni dello stato di salute.

I fattori di rischio differentemente presenti tra gli immigrati rispetto alla popolazione autoctona sono molto numerosi e in gran parte hanno non poca influenza sullo stato di salute. Per citarne alcuni: la disoccupazione o precarietà occupazionale,

⁸⁴ Quali DRG (gruppi di diagnosi relazionate) e SDO (schede di dimissione ospedaliera)

l'inadeguatezza alloggiativa, il sovraffollamento, le carenze igieniche, l'alimentazione insufficiente e/o sbilanciata, le diversità climatiche, la lontananza dagli affetti, la mancanza di supporto psico-affettivo, lo sradicamento culturale, la diversità di costumi e valori, la difficoltà comunicativa e di inserimento sociale, il fallimento o minaccia di fallimento del progetto migratorio e infine la discriminazione nell'accesso e/o nell'utilizzo dei servizi socio-sanitari

Per far fronte a questi ed altri fattori di rischio nel solo 2004 in Italia sono stati spesi ⁽¹⁾ 29 milioni di euro a sostegno della immigrazione regolare a fronte di 115 milioni di euro per contrastare l'immigrazione irregolare. Non esiste una voce di spesa: "sostegno alla popolazione irregolare", che sicuramente è la più soggetta ai sopra citati fattori di rischio. Nel presente lavoro, studiando le linee di tendenza degli indicatori sanitari legati ai ricoveri degli immigrati vogliamo verificare, su un piano di una ipotesi astratta, se e quanto questi ultimi si siano modificati per effetto di eventuali interventi in campo socio-sanitario.

La popolazione di riferimento

Per costruire indicatori che avessero un denominatore, cioè un riferimento concreto alla consistenza delle diverse popolazioni, italiana e straniera si è cercato di definirle secondo la composizione per genere e classi di età

Le fonti di dati a disposizione sono le seguenti:

- La composizione per genere e classi di età della popolazione generale residente della Regione Lombardia aggiornata al 31/12/2002 (ISTAT)
- La composizione per genere e classi di età della popolazione generale residente della Regione Lombardia aggiornata al 31/12/2004 (ISTAT)
- La composizione per genere e classi di età della popolazione straniera residente e non ufficialmente residente della Regione Lombardia. (Settore statistico della Fondazione ISMU) ⁸⁵

Utilizzando queste tre fonti di dati abbiamo ottenuto la composizione per genere della popolazione degli italiani e degli stranieri per l'anno 2002.e per l'anno 2004 La composizione per genere degli stranieri è stata suddivisa per classi di età utilizzando tavole di contingenza fornite dal settore Statistica della Fondazione ISMU⁸⁶.

⁸⁵ Fonte: elaborazioni su dati Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità - Regione Lombardia, Fondazione ISMU, 2002 e 2004

⁸⁶ Di anno in anno il settore di Statistica dell'ISMU costruisce indicatori sintetici che riguardano anche la consistenza della presenza straniera regolare ed irregolare e che riguardano le caratteristiche strutturali della corrispondente popolazione, anche con riferimento alle classi di età

Tabella 1 Regione Lombardia. Distribuzione della popolazione italiana e straniera suddivisa per genere e classi di età.

anno 2002				
	maschi		femmine	
	italiani	stranieri	italiane	straniere
popolazione 00-00	41499	3589	39250	3491
popolazione 01-14	526554	44739	498138	40265
popolazione 15-44	1734888	258096	1709055	181461
popolazione 45-64	1170761	22311	1211792	18916
popolazione 65+	631370	546	987249	364
totale	4105072	329281	4445484	244497

anno 2004				
	maschi		femmine	
	italiani	stranieri	italiani	stranieri
popolazione 00-00	41525	4715	39275	4452
popolazione 01-14	552146	56618	518038	53359
popolazione 15-44	1726332	265641	1632492	214370
popolazione 45-64	1182109	25467	1208761	32760
popolazione 65+	723720	271	1072525	1085
totale	4225832	352712	4471090	306026

Nel confronto tra le popolazioni dei due anni considerati (2002 e 2004) si evince un incremento della popolazione italiana particolarmente a carico delle ultime due classi di età, mentre l'incremento della popolazione straniera è a carico soprattutto delle due prime classi di età. È interessante notare anche il maggiore incremento generale delle femmine straniere rispetto ai maschi stranieri, dovuto presumibilmente ad un maggior numero di ricongiungimenti. Familiari e ad altre dinamiche immigratorie

I DRG e le SDO⁸⁷

Per ricavare da DRG e SDO indicatori è necessario trattare questo tipo di dati con opportune attenzioni. Per la natura stessa dei DRG infatti gli indicatori che si possono ricavare devono essere più semplici e di carattere generale. Potremmo comunque avere indicazioni generali su un numero notevole di informazioni suddivise per genere, nazionalità classi di età. Il numero dei ricoveri per singolo Istituto, in DH e degenza ordinaria, il numero dei nuovi nati, il numero dei singoli raggrup-

⁸⁷ SDO: "scheda di diagnosi di dimissione ospedaliera. È formata da un numero nosologico che precede la diagnosi vera e propria.

pamenti diagnostici. In taluni casi si tratta di informazioni esaustive che non necessitano di ulteriori approfondimenti.

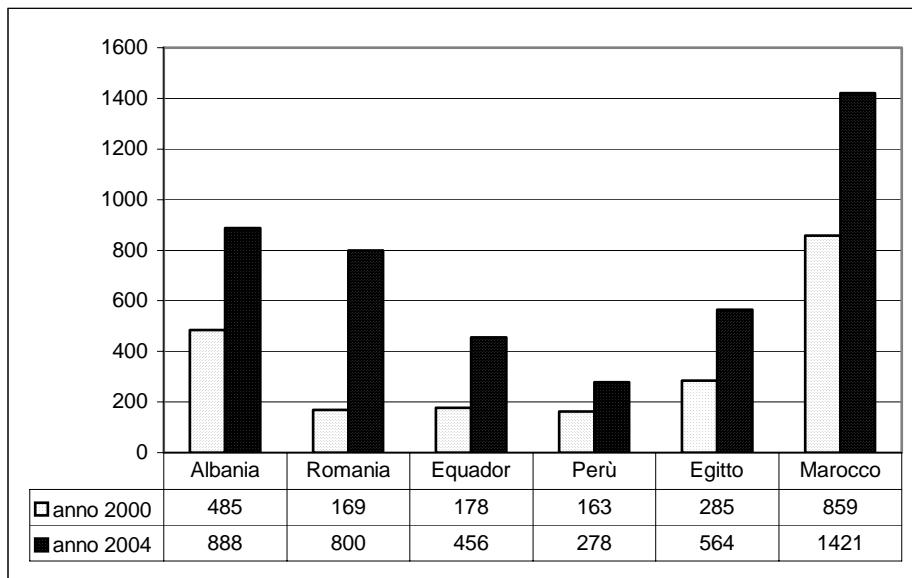
Tabella 1 Regione Lombardia anno 2004: gravidanza, parto, aborto per nazionalità

	<i>n°</i>	<i>parto</i>	<i>parto</i>	<i>gravidanza</i>	<i>minaccia</i>	
	<i>gravidezze</i>	<i>con TC</i>	<i>vaginale</i>	<i>ectopica</i>	<i>aborto</i>	<i>Aborto</i>
Europa Est	6864	758	2982	62	278	3062
Africa Nord	4756	840	2626	29	234	1261
Africa Occid.	2304	381	740	37	115	1146
Corno Africa	235	39	52	3	6	141
Altro Africa	308	53	89	5	17	161
Am Latina	6050	726	1651	74	149	3599
Medio Oriente	304	39	182	1	13	82
Sud Est Asiatico	1631	297	672	10	31	652
Estremo Oriente	97	14	56	1	2	26
Asia Altro	3182	449	1644	29	83	1060
Europa Ovest (Italia)	106522	21399	55652	1071	4087	28400
Am Nord	80	21	40	1	1	18
Oceania	28	2	17	0	0	9
Ex URSS	1713	88	457	49	40	1119
Apolidi	5	0	2	0	1	3
ND	615	60	169	4	9	382

In altri casi invece è più utile ricorrere alle indicazioni ricavate dalle SDO che costituendo ciascuna una singola diagnosi caratterizzata dal proprio univoco numero nosologico permettono approfondimenti ulteriori.

Nella tabella 1 i dati che si riferiscono a gravidanza, parto, aborto per nazionalità sono ricavati dai DRG. In questo caso per avere una informazione generale sulla conclusione della gravidanza e costruire semplici indicatori (aborto su gravidanza, parto strumentale sul totale dei parti, ecc...) è sufficiente ricorrere ai dati ricavabili dai DRG.

Figura 2⁸⁸ - Regione Lombardia. Cittadinanze con maggior numero di nascite. Confronto tra l'anno 2000 e il 2004



Nella fig. 2 appare immediatamente evidente come la nazionalità rumena, in particolare, ha incrementato le nascite in modo consistente quadruplicandole nel quinquennio considerato. E che le altre abbiano raddoppiato le nascite o siano vicine al raddoppio. Questo non può che essere messo in relazione, almeno in parte, con un incremento della presenza di queste popolazioni condizionato da un numero maggiore di arrivi.

Tabella 2 – Anno 2004 - Aborto. Percentuali di aborto sul totale delle gravidanze per area geografica

Ex URSS	65,3
Corno Africa	60,0
Am Latina	59,5
Altro Africa	52,3
Africa Occid.	49,7
Europa Est	44,6
Sud Est Asiatico	40,0
Asia Altro	33,3
Medio Oriente	27,0
Europa Ovest (Italia)	26,7
Africa Nord	26,5

⁸⁸ Dal capitolo “La salute” del “Rapporto 2005 – Gli immigrati in Lombardia” Osservatorio Regionale per l’integrazione e la multietnicità- 2006

Sulla conclusione di una gravidanza con l'aborto si possono costruire molti indicatori. Alcuni semplici come le percentuali di aborto sul totale delle gravidanze che evidenzia come le donne straniere abbiano un numero di aborti tre volte superiore a quello delle donne italiane. Questo dato si può ricavare dai DRG. In questo modo si possono distinguere popolazioni a maggiore o minore rischio di aborto. Nella tabella 2 appare evidente che le donne dell'ex URSS, dell'Africa sub-saariana, dell'America Latina hanno percentuali estremamente elevate. Le donne italiane e quelle del Nord Africa sono invece quelle che hanno una percentuale più bassa. Questo basta per una definizione di rischio di aborto generica. Ma se vogliamo approfondire e verificare con maggior dettaglio quale sia questo rischio dobbiamo utilizzare le SDO. Nelle SDO la distinzione tra i vari tipi di aborto è completa: aborto spontaneo, aborto legalmente indotto (IVG), aborto illegale ecc.

Tabella 3 Regione Lombardia. Diagnosi di aborto legalmente indotto Distribuzione per classi di età. Confronto tra italiane e straniere, anni 2002/2004

Anno 2002 Classe di età	femmine			P value
	italiane	straniere	odds r.	
01- 14	29	6	2,6	0,0297
15-44	16302	8194	4,9	<0.0001
45-64	98	11	7,2	<0.0001

Anno 2004 Classe di età	femmine			P value
	italiane	straniere	odds r.	
01- 14	30	9	2,9	0,0032
15-44	15165	9135	4,7	<0.0001
45-64	115	15	4,8	0,5769

L'aborto spontaneo, inteso come interruzione spontanea della gravidanza, che si verifica cioè indipendentemente dalla volontà della donna, rappresenta la conclusione di circa il 15% delle gravidanze e si ritiene che sia abbastanza costante nelle diverse popolazioni, incrementandosi solamente nelle età più avanzate. Confrontando i dati dell'aborto spontaneo delle donne italiane e straniere si evince che quello delle donne straniere è di poco superiore a quello delle donne italiane, ma se si confrontano i dati dell'aborto legalmente indotto appare subito evidente che la differenza è molto più importante. . Nella classe di età più rappresentativa (15-44) della tabella 3, l'odds ratio tra le donne italiane e straniere evidenzia che queste ultime hanno aborti legalmente indotti quasi 5 volte superiori alle donne italiane e che questa differenza è sostanzialmente costante nei due anni considerati. (2002 – 2004) E' probabile che anche parte degli aborti considerati spontanei siano in realtà provocati a domicilio e poi risultino al momento del ricovero come aborti involontari. E' anche possibile che una parte di donne in particolare quelle che vivono

in clandestinità abbiano aborti provocati a domicilio illegalmente e clandestinamente senza ricorrere all'ospedalizzazione. Nei due casi è verosimile pensare che siano soprattutto le donne immigrate ad essere coinvolte. Quindi quella differenza tra donne italiane e straniere, già molto consistente, potrebbe risultare sottostimata.

Un altro dei disagi che colpisce in modo più accentuato la popolazione di immigrati è quello relativo alla situazione abitativa. Un indicatore interessante che indirettamente può essere correlato alla situazione abitativa può essere ricavato dall'avvelenamento da ossido di carbonio. Mentre, infatti per tutti gli altri casi di avvelenamento gravi che richiedono ospedalizzazione (da farmaci, da sostanze tossiche, ecc...) non mostrano una significativa differenza tra italiani e stranieri, per l'avvelenamento da CO questa differenza è rilevante.

Tabella 4 Regione Lombardia. Diagnosi di avvelenamento da CO. Distribuzione per genere e classi di età. Confronto tra italiani e stranieri, anni 2002/2004

anno 2002								
Classe di età	maschi			P value	femmine			P value
	italiani	stranieri	odds r.		italiane	straniere	odds r.	
00-00	3	0			2	1		
01- 14	40	8	2,4	0,0227	37	12	4,0	<0,0001
15-44	60	35	3,9	<0,0001	78	28	3,4	<0,0001
45-64	35	6	9,0	<0,0001	35	5	9,2	<0,0001
65+	17	0			23	2		
totali	158	54	4,3	<0,0001	175	48	5,0	<0,0001

anno 2004								
Classe di età	maschi			P value	femmine			P value
	italiani	stranieri	odds r.		italiane	straniere	odds r.	
00-00	3	0			4	3		
01- 14	36	11	3,0	0,0009	33	12	3,5	0,0001
15-44	31	25	5,2	<0,0001	41	33	6,1	<0,0001
45-64	27	2	3,4	0,0727	20	1	1,8	0,5438
65+	12	0			21	0		
totali	109	38	4,2	<0,0001	119	49	6,0	<0,0001

Dalla tabella 4 si evince che l'avvelenamento da CO della popolazione straniera è 3-4 volte superiore a quello della popolazione italiana e che è superiore tra le donne rispetto agli uomini che passano in maggior numero più tempo tra le mura domestiche. Questo potrebbe essere messo in relazione con le soluzioni abitative, soprattutto quelle degli immigrati che vivono in clandestinità: Ambienti non adeguati stu-

fette e scaldacqua non a norma e perfino l'uso riferito di semplici bracieri sul pavimento rappresentano un elevato rischio di avvelenamento da CO.

Altro problema interessante; cresce il numero di immigrati assunti, ma spesso ne va della sicurezza e del salario percepito. Lo stereotipo comunemente accettato è che agli immigrati vengono riservati i posti più pericolosi, quelli che gli italiani rifiutano. Gran parte del lavoro per gli immigrati è in “nero”, al di fuori dei contratti e delle regole, anche a causa della impossibilità di offrire un lavoro regolare a chi regolare non è. Tutto questo non può che avere conseguenze anche in ambito sanitario.⁸⁹

Il 17% degli immigrati lavora nel commercio il 32% in agricoltura, il 45% nell'industria, il 6% nei servizi. In particolare in agricoltura e nell'industria, come attestano i dati INAIL esiste un reale rischio di infortunio e di morte per motivi di lavoro.

Per verificare se esisteva una correlazione tra un ipotetico maggior rischio sui luoghi di lavoro per gli immigrati e diagnosi di “traumatismi”⁹⁰ siamo ricorsi alle SDO. Sono stati presi in esame solamente i traumatismi gravi, quelli che hanno avuto bisogno di ricovero ospedaliero in degenza ordinaria. Naturalmente si tratta di diagnosi da cause indistinte e non si tratta quindi solamente dei traumatismi da incidenti sul lavoro ma anche ad esempio quelli molto più numerosi da incidenti della strada. Se si prendono in considerazione tutti i tipi di traumatismi (77 diagnosi), nella classe di età più significativa per il lavoro, 15-44, nel 2002 i maschi italiani hanno avuto 8851 diagnosi di traumatismi e nel 2004 6980 con una evidente spiccata diminuzione. I maschi stranieri 1867 diagnosi di traumatismi nel 2002 e 1785 nel 2004. Le femmine italiane 2623 nel 2002 e 2048 nel 2004. Le femmine straniere 426 nel 2002 e 395 nel 2004. Da questi dati si ricava una diminuzione generalizzata nel 2004 rispetto al 2002 ed una grande differenza di genere. Ma la differenza tra italiani e stranieri non è eclatante. Risulta, infatti un odds ratio di 1,4 nel 2002 e 1,7 nel 2004 per i maschi e 1,5 costante nei due anni per le femmine. Cioè a dire una complessiva lieve differenza a sfavore degli stranieri.

Se invece prendiamo in esame le diagnosi di amputazioni agli arti superiori questa differenza risulta più importante. Perché le “amputazioni agli arti superiori”? Gli arti superiori sono più facilmente in relazione con tutti i tipi di lavorazioni a rischio

⁸⁹ Non esiste una casistica sulla medicina del lavoro per gli immigrati. Diversi studi settoriali descrivono il fenomeno. Uno studio sulle schede di dimissione ospedaliera (SDO) di Luigi Toma rileva come ci sia una maggiore frequenza dei ricoveri causati da traumatismi in ‘stranieri non residenti’, categoria che comprende quasi esclusivamente gli irregolari, rispetto alla popolazione italiana.¹¹

⁹⁰ Traumatismi: all'interno di questa generica definizione sono stati inseriti numerosi numeri nosologici relativi a diagnosi specifiche che vanno dalle ferite, dalle contusioni e dai traumatismi veri e propri alle ustioni ai corpi estranei e alle amputazioni.

di tipo agricolo, ma soprattutto industriale. La correlazione con stati morbosi che richiedono l'amputazione è meno significativa.⁹¹

Tabella 2 Regione Lombardia. Diagnosi di amputazione agli arti superiori. Distribuzione per genere e classi di età. Confronto tra italiani e stranieri, anni 2002/2004

Classe di età	anno 2002							
	maschi				femmine			
	italiani	stranieri	odds r.	P value	italiane	straniere	odds r.	P value
00-00	3	0			0	0		
01- 14	29	2	0,8	0,7749	13	0	0,0	0,3053
15-44	298	81	1,8	<0,0001	43	3	0,7	0,4787
45-64	236	13	2,9	0,0001	19	1	3,4	0,2081
65+	70	0			20	0		
totali	633	96	1,9	<0,0001	95	4	0,8	0,5996

Classe di età	anno 2004							
	maschi				femmine			
	italiani	stranieri	odds r.	P value	italiane	straniere	odds r.	P value
00-00	0	0			0	0		
01- 14	17	5	2,9	0,0301	7	6	8,3	<0,0001
15-44	253	88	2,3	<0,0001	30	1	0,3	0,1451
45-64	152	11	3,4	<0,0001	16	0	0,0	0,5102
65+	76	0			7	0		
totali	498	104	2,5	<0,0001	60	7	1,7	0,1767

I dati presenti nella tabella 5 mostrano che per i maschi è presente una significativa differenza tra italiani e stranieri, che è di circa il doppio nel 2002 e oltre al doppio nel 2004. Per le femmine la esiguità del campione impedisce di considerare la differenza significativa.

Conclusioni

Molte altre sono le malattie che rivestono interesse e che vengono indagate nell'ambito delle attività per L'Osservatorio Regionale della Lombardia per

⁹¹ Nel diabete mellito, ad esempio, la necessità di amputazione è soprattutto correlata con patologia agli arti inferiori.

l'integrazione e la multiethnicità. La tubercolosi, l'epatite virale, l'HIV, le malattie sessualmente trasmesse, i tumori, ecc...

I bisogni emersi da questo tipo di lavoro epidemiologico integrato con tutta la attività di ricerca sul campo condotto dal settore salute della Fondazione ISMU per conto dell'Osservatorio Regionale della Lombardia per l'integrazione e la multiethnicità, sono molteplici: informazione, comprensione, liberazione dalla paura, sostenibilità dei costi per cure e assistenza, sostegno psicologico, lotta contro la discriminazione, rispetto della privacy, ascolto, appartenenza, protezione della madre e del bambino. In molti casi gli stranieri immigrati hanno evidenziato un difficile accesso ai servizi, così come non risultano essere comprensibili tutte le procedure burocratiche richieste, anche a causa delle difficoltà linguistiche. Sono soprattutto le donne ad avere meno fiducia nella possibilità di capire e di essere comprese dai medici. Particolari difficoltà sono state evidenziate, dalle donne di tutte le etnie coinvolte, rispetto all'iscrizione nei sistemi sanitari. Quando poi non in possesso di regolari documenti, gli immigrati hanno timore di essere denunciati alle forze dell'ordine dai servizi sanitari. Tutto questo diventa un ostacolo nei confronti dell'accesso ai servizi e, in ultimo, nei confronti della prevenzione e della cura. La prevenzione, in particolare, se ben condotta, costituisce il primo importante strumento per diminuire, se non annullare le differenze esistenti tra italiani e stranieri nel nostro paese.

L'uso costante di indicatori ricavati dai dati correnti può essere di utilità per monitorare nel tempo l'efficacia della prevenzione e degli altri strumenti adottati.

Bibliografia:

1. Fondazione Migrantes Caritas di Roma “*DOSSIER STATISTICO IMMIGRAZIONE 2005*” Roma, 2006
2. Pullini A “Analisi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO): confronto tra i cittadini italiani e gli stranieri in Lombardia” in “La salute degli immigrati in Lombardia. Problemi e prospettive” a cura di Nicola Pasini . Fondazione ISMU e Regione Lombardia, Osservatorio regionale per l’integrazione e la multietnicità, Milano, 2004
3. Pullini A. “*La Banca dati per i bambini immigrati*” Salute e Territorio n° 126 - 2001 135-138
4. Pasini N., Pullini A., *Nascere da stranieri. I Punti Nascita in Lombardia*, Fondazione ISMU e Regione Lombardia, Osservatorio regionale per l’integrazione e la multietnicità, Rapporto 2001, Milano, 2002
5. Pasini N., Pullini A. (a cura di), *Immigrazione e salute in Lombardia. Una riflessione interdisciplinare*. Fondazione ISMU e Regione Lombardia, Osservatorio regionale per l’integrazione e la multietnicità, Rapporto 2002, Milano, 2003
6. Regione Lombardia, Assessorato alla Sanità, Struttura Flussi Informativi, *Dati 2002 e 2004 su dimissioni di cittadini stranieri e italiani, classificati in base alla cittadinanza, al sesso, distribuiti per province, per strutture ospedaliere, per raggruppamento diagnostico, età*, 2003, 2005
7. *INAIL: Banca dati, Rapporto annuale 2004*, Inail, Direzione Centrale Comunicazione ROMA
8. Spinelli A, Donati S, Grandolfo M, Baglio G. *Maternità e aborto volontario tra le donne immigrate in Italia*. Atti della XXIV riunione annuale dell’Associazione Italiana di Epidemiologia. Roma, 2000
9. Donati S, Spinelli A, Grandolfo M, et al. *L’assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio*. Ann.Ist. Superiore Sanità, vol. 35, n.2; 1999: 289-296.
10. Osservatorio provinciale delle immigrazioni di Bologna, “*Immigrati, salute e sanità*”, Bologna 2002
11. Morrone A., Spinelli A., Geraci S., Toma L., Andreozzi S.: *Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze* Rapporti ISTISAN 3/4, 2003

Ricorso ai servizi ospedalieri della popolazione immigrata straniera residente nel territorio dell'Ausl di Cesena nel periodo 2002-2004.

E. Bakken, M. Palazzi, P. Vitali, F. Righi, N. Bertozzi
Dipartimento di Sanità Pubblica Ausl Cesena

La popolazione del territorio cesenate si sta arricchendo in maniera sempre più consistente di persone e famiglie immigrate da Paesi a forte pressione migratoria, soprattutto europei ed africani.

Nelle liste anagrafiche dei 15 Comuni del territorio cesenate, al 1.1.2005 risultano iscritti 10.237 residenti stranieri (il 5,3% del totale), provenienti soprattutto dall'Albania (n. 2.201, pari al 22% degli immigrati), Marocco (n. 1.627, pari al 16%), Bulgaria (n. 799, 8%), Tunisia (n. 595, 6%), Cina (n. 505, 5%) e Senegal (n. 456, 4%). La popolazione immigrata è giovane e fortemente caratterizzata dal prevalere di persone in età lavorativa, sia uomini sia donne; cresce la presenza di minori, segno del carattere di stabilità che il fenomeno migratorio sta acquisendo anche nel territorio cesenate¹. In questo contesto emergono i bisogni legati alla sfera della salute riproduttiva e dell'infanzia che si affiancano a quelli del "migrante sano", sostanzialmente sovrapponibili a quelli dell'italiano di pari età, sul quale può gravare l'effetto di condizioni di vita e di lavoro precarie oltre che di un difficile utilizzo dei Servizi². Studiare nel contesto cesenate la domanda di assistenza ospedaliera degli immigrati risponde ad esigenze di organizzazione e programmazione dei Servizi e permette di evidenziare eventuali aree di bisogno legate a possibili fattori di fragilità sociale.

In questa prospettiva è stata effettuata un'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera e dell'archivio informatizzato degli accessi al Pronto Soccorso considerando i ricoveri e gli accessi avvenuti nelle strutture dell'Ausl di Cesena nel corso del triennio 2002-2004 a carico di persone residenti nel territorio. Sono stati calcolati tassi medi annui di ospedalizzazione e di accesso al PS utilizzando come popolazione di riferimento quella dei residenti iscritti in Anagrafe Sanitaria al 31/12/2003. Sono stati considerati stranieri tutti coloro con cittadinanza non italiana, ad esclusione dei Sammarinesi.

I ricoveri di immigrati nel periodo 2002-2004 sono stati 3.775, pari al 4% del totale. Nell'arco del triennio tale percentuale è cresciuta parallelamente alla percentuale di stranieri tra i residenti.

Come atteso in base ai dati demografici la quota più consistente di ricoveri di immigrati (76%) è si è avuta in persone con meno di 50 anni. Particolarmente numerosi sono i ricoveri delle donne in età fertile e dei minori, soprattutto nel primo anno di vita: il 33% dei ricoveri degli stranieri sono stati a carico di persone minorenni (19% bambini con meno di un anno e 14% tra 1 e 17 anni), mentre il 46% ha interessato donne con 18-49 anni.

Escluse le “nascite fisiologiche”, (in media 777 all’anno ogni 1000 residenti con meno di un anno per gli stranieri e 807 per gli italiani), i minorenni figli di immigrati vengono ricoverati più spesso degli italiani (150 vs 83 casi medi annui per 1000). Le patologie perinatali rappresentano le diagnosi più frequenti nel primo anno di vita (154 casi medi annui ogni 1000 residenti per gli stranieri vs 102 per gli italiani), seguite dalle patologie delle vie respiratorie superiori (152 casi medi annui per 1000 vs 73) e dai disordini elettrolitici, metabolici, nutrizionali (74 casi medi annui per 1000 vs 33). I tassi di ospedalizzazione dei bambini stranieri per questi ultimi due gruppi di patologie sono più che doppi rispetto a quelli degli italiani.

Nella fascia d’età 1-17 anni i ricoveri più numerosi sono quelli per disordini idroelettrolitici, 3 volte più frequenti tra i figli di immigrati piuttosto che tra gli italiani (in media 13 casi all’anno per 1000 vs 4), mentre quelli per asma sono 4 volte più frequenti (8 vs 2 casi medi annui per 1000) e quelli per altre infezioni e malattie delle vie respiratorie superiori sono più che doppi (11 vs 5), così come quelli per traumatismi superficiali e contusioni (5 vs 2). I tassi di ospedalizzazione per tonsillite acuta o cronica sono più elevati, invece, tra gli italiani (7 vs 5 casi medi annui per 1000). Le minorenni straniere sono ricoverate otto volte più spesso delle coetanee italiane per gravidanza (0,4 casi all’anno per 1000 vs 0,05) e aborto volontario (2,7 casi all’anno per 1000 vs 0,35).

Le donne straniere tra 18 e 49 anni sono ricoverate più spesso delle italiane (211 vs 117 casi medi annui per 1000), soprattutto a causa delle condizioni correlate alla sfera riproduttiva. L’incidenza di ricovero per gravidanza e/o parto, infatti, è più che doppia per le donne immigrate, che ogni 1000 residenti fanno registrare 119 casi di ospedalizzazione (vs 51 casi delle italiane), mentre quella per aborto volontario è 8 volte più elevata: in media 24 casi all’anno ogni 1000 residenti straniere vs 3 casi ogni 1000 residenti italiane. I tassi di ospedalizzazione per altri gruppi di patologie non sono molto differenti da quelli delle italiane con l’eccezione dei traumatismi e avvelenamenti, per i quali le donne immigrate sono ospedalizzate due volte più spesso delle italiane (6 vs 3 ricoveri annui per 1000).

Gli uomini stranieri tra 18 e 49 anni sono ricoverati meno spesso delle donne e con frequenza simile agli italiani (58 vs 62 casi medi annui per 1000). Le diagnosi più frequenti appartengono al gruppo dei traumatismi e avvelenamenti, per il quale l’incidenza di ricovero è superiore a quella degli italiani (13 casi medi annui per 1000 vs 8). In ordine di frequenza seguono le patologie dell’apparato digerente (8 casi medi annui per 1000 vs 10), in particolare appendicite (2 vs 0,9 per 1000) ed ernia addominale (1,9 vs 3,3 per 1000). I tassi di ospedalizzazione per malattie dell’apparato respiratorio (5 per 1000) e per disturbi psichici (4 per 1000) sono sovrapponibili a quelli degli italiani, mentre quelli per malattie infettive sono circa doppi (4 vs 2 casi medi annui per 1000).

I ricoveri di immigrati con 50 anni o più sono poco numerosi e le cause principali sono sovrapponibili a quelli degli italiani, sia per le donne che per gli uomini: malattie cardiovascolari e tumori.

Gli accessi al PS di residenti stranieri sono stati 11.246, pari al 7% del totale. Nel triennio 2002-2004 tale percentuale è cresciuta proporzionalmente alla percentuale di immigrati tra i residenti, mantenendosi, però, rispetto a questa su valori costantemente più elevati. Ancor più dei ricoveri, gli accessi al PS degli immigrati sono indicativi di una popolazione giovane: nel 96% dei casi si è trattato di persone con meno di 50 anni. Gli accessi di minori sono stati il 25% del totale, quelli delle donne con 18-49 anni il 32% e quelli degli uomini con 18-49 anni il 39%.

Al di sotto dei 50 anni, i tassi di accesso al PS degli immigrati sono superiori a quelli degli italiani in ogni fascia d'età, sia per i maschi sia per le femmine.

I valori più elevati si sono registrati per i bambini nel primo anno di vita (1071 accessi medi annui per 1000 residenti vs 746 degli italiani), mentre tra 1 e 17 anni gli accessi sono stati in media 454 all'anno ogni 1000 residenti stranieri di tale età (vs 301 degli italiani). Il 71% degli accessi di minori figli di migranti sono dovuti a condizioni genericamente indicate come "malattia" (vs 49% dei minori italiani), per un numero medio di 354 casi all'anno ogni 1000 residenti, pari a più del doppio di quello che fanno registrare gli italiani (155 casi medi annui per 1000). Seguono gli accessi ascrivibili a trauma accidentale, che sono meno frequenti per gli stranieri (80 all'anno per 1000 residenti vs 94), quelli per incidente stradale, abbastanza simili (14 vs 12 accessi medi all'anno per 1000), e quelli per traumi sportivi, quasi il doppio più frequenti tra gli italiani (7 vs 13). La probabilità di esito in ricovero per i figli di migranti è leggermente più elevata che per quelli di italiani (23% degli accessi vs 19%), ma appare particolarmente alta per i minori con cittadinanza di Paesi dell'Africa Nera (32%), dell'Asia/ Medio Oriente (30%) e dell'Africa Magrebina (26%).

A fronte di un maggior utilizzo del PS non corrisponde un maggior numero di accessi impropri: i codici d'urgenza assegnati all'ingresso sono infatti "bianchi" (indicativi, cioè, di situazioni non urgenti) nel 7% dei casi sia per gli stranieri che per gli italiani. Procedendo in scala di gravità ed urgenza ai minori stranieri sono assegnati codici "verdi" nel 68% dei casi e "gialli" nel 25% (agli italiani rispettivamente nel 72% e nel 21% dei casi). I codici "rossi", attribuiti a condizioni estremamente critiche, sono assegnati in meno dell'1% dei casi sia agli italiani che agli stranieri. In base a questi dati gli stranieri utilizzano pertanto il PS per situazioni non sono molto diverse da quelle degli italiani per criticità ed urgenza.

Le donne straniere tra i 18 e 49 anni si recano al PS quasi due volte più spesso delle coetanee italiane (433 accessi medi annui ogni 1000 residenti vs 228). Anche per loro nella maggior parte dei casi il motivo dell'accesso è la "malattia" (circa 259 all'anno per 1000 vs 113 delle italiane). Segue la gravidanza a termine, causa in media di 30 accessi all'anno ogni 1000 residenti straniere e 15 accessi ogni 1000 italiane. Gli accessi per traumi accidentali hanno un tasso sovrapponibile a quello delle italiane (27 vs 28 casi all'anno per 1000), mentre quelli per infortuni lavorativi hanno un tasso più alto (27 vs 20). Gli accessi per opera terzi, pochi dal punto di vista numerico, tra le straniere risultano quasi 5 volte più frequenti che tra le italiane. In questa fascia d'età le donne straniere hanno ricevuto codice d'urgenza bian-

co in percentuale molto simile a quella delle italiane (12% dei casi vs 11% dei casi, +10%), mentre vengono ricoverate con probabilità lievemente superiore (20% dei casi vs 18%, +14%), probabilmente anche in ragione del maggior frequenza di accessi per gravidanza a termine.

Gli uomini stranieri con 18-49 anni hanno effettuato in media 442 accessi al PS ogni 1000 residenti stranieri in questa fascia d'età (vs 249 per gli italiani). Il motivo più frequente è ancora una volta la “malattia” (185 accessi medi annui per 1000 vs 86). Anche gli infortuni lavorativi in servizio sono motivo di accesso frequente per gli stranieri, in misura più che doppia rispetto agli italiani (105 casi medi annui per 1000 vs 50), seguono i traumi accidentali, per i quali i tassi di accesso di immigrati e italiani sono uguali (48 casi annui per 1000) e gli incidenti stradali, per i quali i tassi degli stranieri tornano ad essere più che doppi rispetto a quelli degli italiani (41 vs 19 accessi medi annui per 1000). Gli uomini stranieri in questa fascia si presentano impropriamente al PS un po' più spesso degli italiani (14% dei casi vs 11%, +33%) e vengono ricoverati meno spesso (5% dei casi vs 7%, -29%). La distribuzione degli accessi degli immigrati nelle diverse ore del giorno mostra un andamento abbastanza sovrapponibile a quello degli italiani, ma con una più spiccata tendenza all'afflusso nelle ore serali post-lavorative (dalle 19 alle 24 ed oltre), in particolare per quanto riguarda i bambini con meno di un anno e gli adulti maggiorenni.

Come già sottolineato, il profilo dell'assistenza ospedaliera fornita agli stranieri è tipico di una popolazione giovane e fortemente caratterizzato dai bisogni dell'infanzia e della salute riproduttiva. Sono comunque emersi aspetti problematici a cui dedicare particolare attenzione per comprendere il fenomeno ed attuare una risposta adeguata.

L'elevata frequenza di ricoveri tra i figli di immigrati, il tipo di patologie riscontrate, la frequenza e le modalità di accesso al PS potrebbero essere riconducibili a vari fattori:

- maggior esposizione a fattori di rischio in ambienti di vita insalubri (case umide, fredde, con scarsa ventilazione naturale, con presenza di fumi, sovraffollate), a problemi di igiene degli alimenti e a comportamenti nutrizionali non adeguati;
- difficoltoso o ritardato accesso ai Servizi sanitari di base, per problemi di informazione sull'esistenza di Servizi disponibili e gratuiti o per problemi di altra natura (orari, trasporti, comprensione linguistica);
- ricorso preferenziale all'Ospedale quale luogo di cura più compatibile con le esigenze e le aspettative delle famiglie immigrate;
- difficoltà nella gestione domiciliare dei casi, legate alla mancanza di una rete di sostegno prossimale alla famiglia, alla faticosa comunicazione con gli operatori sanitari e al difficile inserimento nei percorsi di assistenza di base.

Le criticità da sottolineare per gli adulti riguardano soprattutto l'elevato numero di accessi al Pronto Soccorso per infortuni lavorativi: inevitabile pensare a lavoratori stranieri che ricoprono mansioni più esposte a rischi e che hanno spesso una inadeguata formazione alla sicurezza e alla prevenzione per la precarietà e saltuarietà dei rapporti lavorativi³. L'eccesso di ricoveri per traumatismi potrebbe essere correlabile a infortuni sul lavoro regolare o, in taluni casi, irregolare.

L'elevato numero di ricoveri per aborto volontario registrato per le donne immigrate va letto anche in relazione ad abitudini "importate" dai Paesi di provenienza, in alcuni dei quali è utilizzato come metodo di controllo delle nascite. Il fenomeno tuttavia rappresenta un problema di salute, soprattutto nel caso delle minorenni, per le quali sarebbe opportuno migliorare la conoscenza dei servizi, ed in particolare del Consultorio, e incentivare le iniziative di educazione sessuale e alla contraccezione.

Il quadro complessivo del ricorso ospedaliero dei residenti immigrati fa trasparire l'effetto di fattori di rischio socio-economici sullo stato di salute di questa sempre più importante parte di popolazione. La risposta ai problemi evidenziati richiede un intervento intersettoriale da parte di più attori sociali volto al miglioramento delle condizioni abitative, di lavoro e più in generale di vita; al miglioramento dell'integrazione sociale e della capacità di fruizione dei servizi disponibili anche attraverso la realizzazione di iniziative di formazione ed educazione. La necessità di migliorare l'accesso ai Servizi richiede una risposta molto concreta, che preveda una riorganizzazione delle attività e dei percorsi assistenziali oltre che un "investimento formativo" sugli operatori per accrescere e sostenere la loro capacità di rispondere ai bisogni della popolazione immigrata.

Bibliografia.

1. Regione Emilia-Romagna *Lo sviluppo demografico in Emilia Romagna - Quaderni di Statistica, 2005*
2. Caritas Migrantes *XXIII Rapporto sull'immigrazione, Dossier statistico 2003*
3. Antares-Serinar *Economia, lavoro e società. Rapporto 2002.*

La discriminazione come valore positivo **MARKETING ETNICO E SERVIZI SANITARI**

D'Alena M.*, Dallari G.V.*, Previti D.*, Ricci S.*, Riboldi F.**.

*U.O. Progetto Speciale Migranti e Indigenti, Azienda USL di Bologna

**Direttore Generale, Azienda USL di Bologna

La popolazione straniera è oggi riconosciuta dal mercato come risorsa.

La nuova politica britannica in tema d'immigrazione seleziona infatti i migranti in grado di contribuire maggiormente allo sviluppo e alla competitività dell'economia britannica e allo scambio culturale.

Anche in Italia assistiamo ad un cambiamento della prospettiva verso gli immigrati: da problema a risorsa. I dati sull'imprenditoria immigrata rivelano un aumento annuale delle attività imprenditoriali delle persone straniere presenti sul territorio del 15,6 % (fonte Unioncamere) che a Bologna, e più recentemente nella zona appenninica, ha indotto alla creazione del "Centro CNA per l'imprenditore straniero" (<http://www.bo.cna.it/>). La stessa CNA di Roma ha siglato un accordo con la Caritas: la sinergia tra mondo sociale e organizzazioni professionali favorisce il lavoro imprenditoriale degli immigrati come garanzia di un proficuo inserimento.

Numerosi sono i prodotti specifici costruiti per l'utenza immigrata - *marketing etnico* - : un mercato di 3 milioni di persone, quantità destinata a salire, oramai è riconosciuto come attrattivo.

Ad esempio:

-“migrant banking”, ovvero servizi bancari dedicati tra islamicamente correct e mutui agevolati (<http://www.etnica.biz/>).

-Imprese di telefonia.

-Agenzie legate alle rimesse degli immigrati.

-Call center.

I dati sulle presenze e l'interesse sempre più dedicato dalla parte delle imprese dimostrano l'utilità e la convenienza di dedicarsi a questa fetta sempre più rilevante di popolazione.

In letteratura è ampiamente dimostrato che focalizzare interventi preventivi sulle minoranze comporta vantaggi in termini economici e di salute: la discriminazione assume pertanto un valore positivo (“The economic value of cultural diversity. Evidence from Us Cities”, di Ottaviano e Peri;). In particolare la ricerca denominata teoria delle 3T (tecnologia, talento, tolleranza) di R. Florida

(<http://www.creativeclass.org>) ammette che la presenza immigrati, gay o altre minoranze in un luogo sia un segnale della facilità con cui persone e idee “diverse” possono trovare spazio in una società.

All'interno delle maggiori aziende mondiali assistiamo alla comparsa del *diversity manager*: la diversità, di genere e di provenienza culturale, deve essere gestita e valorizzata come risorsa.

In ambito sociale lo studio effettuato presso gli operatori sociali della periferia parigina, “Discrimin'Actions: les centres sociaux s'engagent” (2005), conferma l'inadeguatezza del modello basato sull'*égalité* e ammette la possibilità e la necessità di operare discriminazioni per lavorare su target definiti.

L'Azienda USL di Bologna, spinta dalle associazioni di volontariato convenzionate nel corso degli anni (Biavati, SOKOS, Salute senza Margini), già a partire dal 1988, riconosce gli immigrati come target specifico.

Lunedì Monday	14,30 - 16,30 Bologna Ospedale Maggiore	Giovedì Thursday	9,00 - 12,30 Ospedale di San Vito	14,30 - 16,30 Bologna Ospedale Maggiore
Martedì Tuesday	14,30 - 16,30 Bologna Ospedale Maggiore	Venerdì Friday		14,30 - 16,30 Bologna Ospedale Maggiore
Mercoledì Wednesday	9,00 - 12,30 Casalecchio - Via Cimarra, 52	Sabato Saturday	9,00 - 12,30 Bologna Ospedale Maggiore	



Infatti una ricerca commissionata dalla Pubblica Amministrazione (<http://www.istitutopiepoli.it/>) sui bisogni degli operatori in base alle richieste degli immigrati ha individuato gli uffici dove si registra la più alta affluenza di stranieri: Questura (69%), uffici sanitari (41%) e Prefettura (23%).

La differenza tra patologie che colpiscono gli italiani, legate all'invecchiamento, rispetto alle patologie degli immigrati, legate alla salute riproduttiva femminile e a patologie da “disagio”, ha determinato la nascita di servizi dedicati:

Centro per la Salute delle Donne Straniere e dei Loro Bambini,
Spazio donne straniere “Tutela Salute Femminile” in Provincia,
Centro di etnopsichiatria “Georges Devereux”,

e come supporto per tutti gli utenti e professionisti:
spazio di mediazione culturale per bambini stranieri,
Numero Verde in 6 lingue (800.663366)

sportello Informativo per stranieri e professionisti in 6 lingue
mediazione a chiamata (servizi che dispongono di circa 10.000 ore l'anno di mediazione).

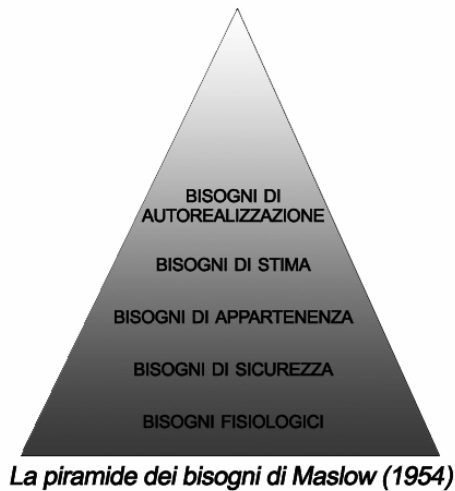


Stranieri provenienti da PVS dimessi dai Presidi dell'Azienda USL di Bologna, per età e genere (esclusi i dimessi dal Nido), anno 2004

CLASSI DIETÀ	CDC			PUB			TOTALE			% di colonna		
	F	M	TOT	F	M	TOT	F	% di riga	M		% di riga	TOT
0	-	-	-	73	120	193	73	37,8	120	62,2	193	4,4
1-4	1	2	3	50	100	150	51	33,3	102	66,7	153	3,5
5-14	-	10	10	73	91	164	73	42	101	58	174	4
15-44	159	106	265	2.232	762	2.994	2.391	73,4	868	26,6	3.259	74,2
45-64	49	28	77	227	188	415	276	56,1	216	43,9	492	11,2
65-74	11	4	15	29	28	57	40	55,6	32	44,4	72	1,6
75-84	4	2	6	18	7	25	22	71	9	29	31	0,7
85 e oltre	3	1	4	8	4	12	11	68,8	5	31,3	16	0,4
TOTALE	227	153	380	2.710	1.300	4.010	2.937	66,9	1.453	33,1	4.390	100

Un ulteriore passo in questa direzione è stato fatto con la creazione del Progetto Salute Immigrati e Indigenti che, già dal '98 presso l'AUSL di Bologna, svolge attività di "mediazione" tra i diversi servizi socio-sanitari, le Istituzioni pubbliche e del volontariato (<http://www.ausl.bologna.it/stranieri/>).

E' chiaro che AUSL e Enti Locali devono offrire, e in parte offrono, tutela giuridica e sanitaria, di assicurazione e di informazioni utilizzando gli strumenti della mediazione culturale e della comunicazione multilingue. E' in tale fase che si forma il primo giudizio di soddisfazione dei migranti nei confronti della realtà italiana. Ma se consideriamo la piramide di Maslow



e che più del 50% degli immigrati vive in Italia da più di 5 anni e il 25% da più di 10 anni. (Fonte "Censis 2003") dobbiamo considerare necessario il passare da una fase emergenziale (*marketing emergenziale*) ad una progettazione che tenga conto anche di questi nuovi elementi.

Nella seconda fase volta all'integrazione cominciano a essere percepiti nuovi bisogni

- il lavoro continuativo,
- l'abitazione duratura,
- la regolarizzazione giuridica,
- la disponibilità di credito bancario,
- il ricongiungimento della famiglia,
- di appartenenza
(l'inserimento scolastico dei figli, l'adesione ad associazioni etniche o locali, a sindacati, a movimenti politici),
- di stima
(la dimostrazione alla famiglia di origine del successo del progetto attraverso le rimesse finanziarie e le visite nelle ferie),
- di autorealizzazione
(la frequenza di corsi di formazione professionale e universitari, l'avvio di un'attività imprenditoriale, un lavoro migliore).
(<http://www.etnica.biz/>)

Le realtà descritte mettono in luce la valenza estremamente positiva che assumono “attività di discriminazione” a favore della popolazione straniera. Con vantaggio anche per gli italiani.

Sul piano strategico, l’AUSL di Bologna, che ha dimostrato la capacità di rispondere tempestivamente alle molteplici richieste della popolazione immigrata, come evidenziato dalla ricerca sulla P.A., deve continuare a scegliere strategie mirate:

- passare ad un “lavoro di prossimità”, ovvero focalizzare gli interventi su gruppi di pazienti (per nazionalità, per distribuzione territoriale, ecc.) o di professionisti (per Unità Operativa, per servizio, ecc.);
- lavorare in rete con le Associazioni di volontariato, i Comuni, la Provincia, la Consulta per la lotta all’esclusione sociale, ecc., per condividere criticità, obiettivi e risorse e programmare percorsi innovativi e condivisi (vedi esempio Caritas e CNA);
- progettare gli interventi formativi come “luoghi” di incontro e di sintesi fra popolazioni target, professionisti e gestori (sinergia tra strategia e operatività);
- il continuo monitoraggio degli accessi e delle patologie offre l’opportunità di pianificare attività per il raggiungimento degli obiettivi preposti: PA-BO e BO-PA e la ricerca sulla condizione abitativa e social-sanitaria dei lavoratori stranieri in programma testimoniano la volontà di puntare obiettivi sensibili, scelti per la loro rilevanza nei dati emersi;
- lo strumento informativo multilingue diffuso nel territorio deve essere accompagnato da azioni comunicative ad hoc: parlare di immigrati è riferirsi a 192 origini culturali diverse. E’ chiaro che la popolazione maghrebina residente a Bologna da anni e la comunità rumena ospite del Comune in una struttura appostita hanno differenti approcci rispetto alla prevenzione, con orari e abitudini alimentari e patologie diverse: quindi, per fare prevenzione verso la comunità marocchina, sarebbe auspicabile aprire ambulatori il sabato pomeriggio e magari sensibilizzare le famiglie alla salute orale mentre per la comunità rumena è utile un medico in camice bianco, riconoscibile come autorità competente, ma capace di stabilire una relazione interpersonale profonda con le pazienti che presentano richiesta di effettuare IVG.
- questi punti nodali devono essere accompagnati da una comunicazione diversificata, evitando esperienze che ritroviamo in altri paesi vicini a noi, sfruttando il vantaggio dell’arretratezza:
 - la Francia e il *marketing de la negation* dove fino a pochi anni fa il target immigrati semplicemente non esisteva;
 - gli USA e il *segregated marketing*: molti sono i prodotti targettizzati, cioè volti ad una particolare cultura

(latino target) ma le stesse agenzie di comunicazione etnica sono caratterizzate dalla ridottissima presenza dei non-white: solo il 4,3% (di cui l'1,4% black e 1,3% asian) : il mondo della comunicazione statunitense non è quindi “*diverse, multicultural, inclusive*” ma “*white, middleclass and exclusive*”.

La nostra esperienza indica che ci deve essere un punto fermo nella progettazione e nella realizzazione di qualsiasi attività volta agli immigrati: la presenza del mediatore culturale evita errori che possono causare un fallimento totale nella formulazione di una campagna di assistenza sanitaria agli immigrati.

Il progetto non è per gli immigrati ma è assieme agli immigrati: a Bologna il Forum delle associazioni dei cittadini extracomunitari di Bologna e Provincia ha promosso attività sociosanitarie con l'AUSL di Bologna come partner. Lo scopo è capire le nuove esigenze di una fetta di popolazione sempre più alta che si differenzia in modo sostanziale rispetto agli autoctoni e sensibilizzare di conseguenza i legislatori e quindi il piano strategico. La popolazione italiana sta cambiando e con essa i valori di riferimento.

E' indispensabile che le persone immigrate che hanno scelto di stabilirsi in modo definitivo nel nostro paese siedano al tavolo dove si elaborano strategie e proposte e divengano i primi ideatori e veicoli di diffusione di buone prassi.

Imprendere. Lavorare. Vivere a stretto contatto.
Social Inclusion

io?

**sostengo
l'edilizia**

**Cambiare prospettiva
conviene.**

A tutti.

grafici: Paolo Bonatti - Via Miano, Palermo

pub

CONVIVIAMO PER LO COESISTO

Campagna realizzata da pub-Lab
Laboratorio del Centro di Educazione Telematica e Comunicazione Pubblica Scuola Pubblica Università di Bologna

PARTENERI DI PROGETTO
Assessorato alle Politiche Sociali Regione Emilia Romagna
Azienda URS Bologna
Corso di Scienze Sociologiche in Comunicazione Pubblica, Sociale e Politica
Dipartimento di Psicologia
Sezione di Psicologia
Dipartimento di Scienze Politiche e Sociologiche
Università di Bologna
Comunità permanente per la lotta contro l'esclusione sociale, Comune di Bologna
Provincia Regionale Administrativa Provincie Emilia Romagna

PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI PERCORSI DI CURA RIVOLTI ALLA POPOLAZIONE IMMIGRATA

R. Bertolini * - G. Dallari - R. Pesci* - D. Previti - S. Ricci

*Corso di Laurea in Infermieristica Università di Bologna/Servizio Formazione.
Progetto salute migranti e indigenti – Dipartimento dell'integrazione sociale e sanitaria Azienda USL di Bologna

Comprendere i bisogni della persona posta al centro della nostra attenzione , osservare i suoi interessi e conoscere il suo stile di vita è indispensabile per poter realizzare interventi di promozione della salute e prevenire l'insorgenza delle malattie dei cittadini autoctoni ed immigrati. Questi ultimi sono persone che provengono da un' Altra Cultura, con altre esperienze, altri valori, altre modalità di relazione e di riferimenti (che permangono anche durante l'esperienza della migrazione) obiettivo del Servizio Sanitario Nazionale è garantire un'adeguata qualità dell'assistenza sanitaria, secondo criteri di efficacia ed efficienza a tutte le persone presenti sul territorio nazionale (cittadini autoctoni ed immigrati) .

La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute del 1986 sancisce i principi: sull'equità della salute (fornire a tutti i cittadini lo stesso livello di qualità dell'assistenza) e potenziare la prevenzione delle malattie(migliorare le condizioni e gli stili di vita delle persone);questi aspetti , tra loro collegati, presentano ricadute anche nella salute della popolazione immigrata. Il focus delle modalità di cura si sta orientando da un'organizzazione di tipo ospedalocentrica versus un'impostazione sanitaria che considera prioritaria la promozione della salute e la prevenzione delle malattie. Diventa fondamentale , l'attività di promozione e di educazione alla salute , che prevede di agire sugli stili di vita della popolazione .Questi interventi , per risultare efficaci , devono adottare canali e messaggi comprensibili e mirati ai vari target della popolazione a cui sono rivolti Per assolvere al compito istituzionale di erogare assistenza adeguata e rispondenti ai desideri di salute dei cittadini immigrati gli operatori sanitari dovranno aumentare le conoscenze sui loro stili di vita , sui loro valori . Per garantire una buona compliance terapeutica occorrerà codificare , all'interno dei Percorsi di cura già istituiti per i cittadini autoctoni , modalità assistenziali "adattate"che consentano ai pazienti la possibilità di rispettare i propri valori .

Anche in Italia si sta registrando un aumento delle patologie cronicodegenerative, come ipertensione, diabete, broncopneumopatie e tumori, nella popolazione immigrata.

I servizi sanitari, da una fase più centrata sull'erogazione di cure per acuti, si avviano verso una pianificazione dei servizi più attenta ai bisogni di questi target, che presentano ora una richiesta di maggiore attenzione, ascolto, disponibilità di strumenti per facilitare la comunicazione. Da qualche tempo inoltre si sono dimostrati più interessati ad aderire a programmi di prevenzione e a interventi di promozione della salute.

In questo ambito il ruolo dell'infermiere può essere centrale, perché è il professionista che (come è indicato nella normativa di riferimento il Profilo Professionale D.M. 739/1994 art.3) "...partecipa nell'identificare i bisogni della salute del singolo e della collettività.....ed identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi".

Le persone immigrate, facendo spesso riferimento a valori e stili di vita del paese di origine, si aspettano dai nostri servizi sanitari una cura immediata e la guarigione, anche quando si è già instaurato un quadro cronico. Invece queste patologie accompagnano la persona per il restante periodo di vita e influiscono sulla qualità della vita. I percorsi di cura e di promozione della salute per italiani devono essere quindi riorganizzati per consentire la comprensione e la compliance dei pazienti immigrati.

Queste patologie croniche richiedono modalità terapeutiche continuative a cui le persone immigrate non sono abituate : ad esempio assunzione ad orari standard di compresse, per facilitare l'eliminazione dei liquidi per diminuire la pressione alta , oppure la pianificazione della somministrazione dell'insulina prima dei pasti per permettere la metabolizzazione dei glucidi (cioè il loro corretto utilizzo).

Il percorso già codificato per un paziente autoctono ad es. affetto da diabete prevede: una visita di valutazione dello stato della malattia, un incontro con l'infermiere dell'ambulatorio di diabetologia che svolge un'azione di educazione terapeutica nei confronti del paziente sull'utilizzo dei presidi per la rilevazione della glicemia e relativa somministrazione dell'insulina, una visita dal dietologo e relativi follow-up periodici. Il piano assistenziale previsto per un persona immigrata dovrà subire delle modifiche perché le esigenze terapeutiche dovranno essere integrate ed adattate nel rispetto delle sue abitudini/ed usi alimentari, definiti anche dalla religione. Il personale infermieristico, avvalendosi della collaborazione delle mediatrici, nella nostra esperienza è fondamentale per costruire delle mediazioni/negoziazioni tra le abitudini di vita del paziente e la "consueta" cura standard prescritta per i pazienti autoctoni.

Ad esempio creare uno " Spazio di colloquio" con i cittadini mussulmani per spiegare loro come utilizzare correttamente lo strumento per rilevare la glicemia o come impostare un'alimentazione corretta, nel rispetto delle proprie abitudini e cul-

ture; come evitare un introito alimentare errato o come alimentarsi durante il periodo del Ramadan, per prevenire l'insorgenza del coma ipoglicemico. La somministrazione dell'insulina deve precedere l'assunzione dei pasti e la persona non deve essere scoperta dall'azione del farmaco stesso, per evitare gli inconvenienti già menzionati. I carboidrati presenti nel pane, pasta e focacce (queste ultime utilizzate nei rituali del periodo del Ramadan) sono glucidi che, se assunti in un'unica somministrazione provocano iperglicemia elevata, che non è più controllabile con il regime terapeutico impostato.

Gli "Spazi di colloquio" potrebbero:

- essere organizzati settimanalmente,
- prevedere la contemporanea partecipazione del dietista, dell'infermiere e dei mediatori,
- sostituire i momenti successivi alla valutazione dello stato della malattia,
- permettere l'accesso a tutte le persone immigrate che non presentano ancora la patologia, ma sono considerate a rischio per familiarità o per fattori predisponenti (ad es. un episodio di diabete gestazionale o glicemia elevata) e necessitano di adeguare la loro alimentazione.

Indicatori di risultato della validità del percorso di cura possono essere rappresentati da:

- una riduzione degli eventi critici e riduzione delle complicanze,
- mantenere/migliorare le condizioni cliniche di accesso per la prevenzione della patologia .

Il lavoro del personale sanitario si avvale della funzione dei mediatori come "cerniera" tra il percorso di cura e le abitudini di vita

PERCORSO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE (DEL DIABETE) RIVOLTO ALLA POPOLAZIONE IMMIGRATA.

Anche i percorsi di promozione della salute (come quelli di cura) per essere efficaci devono essere tarati per le esigenze specifiche della popolazione a cui sono rivolti, perciò occorrerà modificare degli interventi nei percorsi già attuati per la popolazione autoctona.

La promozione della salute si realizza nell'educare le persone agli stili di vita sani, intervenire prima dell'insorgenza di patologie o fattori di rischio .

La prevenzione del diabete inizia nel proporre un'adeguata alimentazione fin da bambini, quindi il personale infermieristico può programmare interventi di educazione alimentare e sugli stili di vita nelle scuole, utili comunque anche alla popolazione autoctona sempre più a rischio di obesità. Queste iniziative dovrebbero essere mirate ad abituare/educare i figli delle persone immigrate ad assaggiare e ad

utilizzare(specie per il futuro) un'alimentazione più continentale,preferendo cibi meno piccanti, minor consumo di dolci fritti e grassi, ricorrendo più frequentemente a frutta e verdura fresca condite con olio e sale. Nelle mense scolastiche dovrebbero essere distribuiti pasti, che rappresentano delle mediazioni fra le varie abitudini alimentari come ad es. cous-cous con carne di pollo. In questo modo gli scolari sarebbero stimolati a mangiare il pranzo della mensa scolastica e non a portarlo da casa, come spesso succede ora. Per potenziare l'azione di educazione alimentare potrebbero essere distribuiti alle madri dei depliant informativi sull'importanza del problema e sensibilizzarle a modificare il loro modo di cucinare .

Indicatore di risultato dell'intervento potrebbe essere:

- l'aumento del numero degli scolari immigrati che usufruiscono realmente del servizio-mensa.

La fase successiva del percorso per la promozione della salute del diabeto, potrebbero essere organizzati, presso le sedi delle Associazioni degli Immigrati(un luogo che riconoscono come proprio), corsi di cucina rivolti alle donne (anello di congiunzione tra le due società), condotti da una cuoca/una dietista ed un operatore esperto di educazione alla salute , in cui le Ricette del Paese di provenienza verranno riformulate per cottura(sostituire la frittura dei cibi con cotture al vapore ed aggiunta di spezie) o per qualità e/o quantità di ingredienti e sperimentarle. Al termine del corso si provvederà a stampare il libro delle ricette proposte e regalarlo alla corsiste per facilitare la realizzazione al domicilio. Come Follow-up si possono realizzare successivi incontri a distanza in cui le partecipanti potranno esprimere le critiche dei familiari nei confronti delle nuove ricette .

Per la realizzazione dei percorsi di promozione della salute delle persone immigrate si possono identificare tre aree di responsabilità : livello delle politiche organizzative sanitarie ,livello professionale e livello personale del paziente/cliente riguardo l' autotutela della salute:

1) politiche organizzative sanitarie:

- istituire percorsi di cura con modalità di mediazione /adattamento rivolti a persone immigrate che presentano bisogni ed esigenze differenti in base all'età nell'ottica della promozione della salute dell'intera popolazione (immigrata ed autoctona);
- per garantire un'adeguata assistenza sanitaria alle persone immigrate occorre formare e motivare adeguatamente gli operatori sanitari coinvolti nei percorsi delle cure croniche;
- le strutture sanitarie dovrebbero potenziare la presenza di mediatori e di professionisti (adeguatamente formati alla comprensione dei bisogni di salute

specifici) nelle strutture ambulatoriali ed ospedaliere per poter ampliare la compliance terapeutica da parte dei pazienti.

2) Professionale :

- tutti i professionisti per responsabilità professionale(in base all'area di competenza) devono essere motivati a partecipare ai percorsi di promozione e cura delle persone immigrate,
- l'infermiere , per competenza professionale, svolge un ruolo fondamentale per attuare percorsi sanitari personalizzati per le persone immigrate con stili ed abitudini di vita diverse da quelli occidentali (percorsi di promozione alla salute per pazienti diabetici, ipertesi, etc.).

3) Personale a riguardo dell'autotutela della salute:

- tutte le persone immigrate dovrebbero comprendere l'importanza del coinvolgimento in un percorso di educazione alla salute nell'ambito della promozione di stili di vita sani e prevenzione delle malattie;
- affinché questo avvenga occorre il supporto integrato delle Rete sociale(Associazioni Immigrati, mediatori culturali,Centri di Ascolto.etc) in sinergia con la Rete Sanitaria .

L’Ambulatorio per Migranti: un ambulatorio di medicina di base aperto a tutti. L’esperienza senese.

M. Savino, C. Bing, P. Marenzoni, R. Damone, S. Poggiali, C. Cioni, M. Borgogni

Ambulatorio per Migranti – Associazione Corte dei Miracoli - Siena

Il Sistema Sanitario Nazionale garantisce l’assistenza sanitaria gratuita [nei casi di urgenza, di malattie essenziali, di gravidanza, salute del minore, profilassi] per ogni individuo straniero presente sul territorio italiano, indipendentemente dal fatto che questi posseda o meno un regolare permesso di soggiorno. In effetti, una simile affermazione si dimostra restrittiva nei confronti di coloro, la maggior parte peraltro, che non rientrano in una delle categorie sopra citate. Spesso la richiesta di una valutazione medica nasce per ragioni ben lontane dall’essere definibili *di urgenza*: un raffreddore, un mal di testa, un mal di schiena, rappresentano forse esigenze di cura banali, non certo trascurabili, per le quali è inappropriato ed eccessivo rivolgersi ad un pronto soccorso di una struttura pubblica.

In tal senso a Siena, in collaborazione con l’Assessorato alla Salute e al Decentramento e con l’Ufficio di Igiene e Sanità della USL 7, all’interno dell’Associazione Culturale Corte dei Miracoli, nell’ottobre 2005, è stato aperto, grazie a un gruppo di medici e mediatori culturali volontari, un ambulatorio per migranti aperto a tutti. L’ambulatorio svolge le attività di medicina di base e si avvale dell’ausilio di consulenze specialistiche (ginecologia, pediatria, dermatologia, reumatologia, etc.). In sei mesi sono state effettuate più di 250 visite e per quasi un quarto di pazienti è stato necessario ricorrere ad una consulenza specialistica. La contestuale presenza di mediatori culturali ha reso possibile realizzare una campagna di informazione sui diritti alla salute per ognuno dei pazienti, mediante l’utilizzo di opuscoli tradotti in varie lingue e, in alcuni casi, mediante l’accompagnamento verso le strutture preposte al rilascio del tesserino STP.

Molte associazioni e istituzioni che si occupano di salute e migrazione presenti sul territorio si sono rese disponibili ad intessere una rete funzionale a creare un percorso di assistenza sanitaria completa, con l’intento di garantire ogni forma di cura medica per chiunque si rivolga all’Ambulatorio per Migranti. Questo rappresenta un primo passo fondamentale nel tentativo di rendere istituzionale tale iniziativa, al momento frutto di un impegno volontario e indipendente.

L'Esperienza di un Ambulatorio per STP

G. Carreca*, A.Di Palma~, E. Meloni°.

* °ASL Latina - *S.C.Organizzazione e Gestione Emergenze Sanitarie Immigrati,
°Area Tutela Maternità ed Infanzia; ~Università degli Studi di Roma Tor Vergata-
Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva

Dal novembre 2005 è attivo nella ASL Latina un ambulatorio di prima accoglienza a bassa soglia di accesso rivolto a pazienti stranieri, in particolare a stranieri irregolari. L'ambulatorio nasce come struttura dedicata, con la duplice funzione di rendere più permeabili e fruibili i servizi sanitari per gli stranieri e di divenire punto di riferimento, non solo per gli immigrati, ma anche per tutte le realtà che sul territorio si occupano di immigrazione, quali Prefettura, Questura, Comuni Associazioni di Volontariato. Sin dalla sua istituzione, dicembre 2001, il principale obiettivo della Struttura Complessa Organizzazione e Gestione Emergenze Sanitarie degli Immigrati della ASL Latina, da cui dipende l'ambulatorio, è stato quello di divenire punto di collegamento fra gli attori impegnati a vari titoli nel fenomeno immigrazione, promuovendo riunioni, incontri e definendo protocolli e procedure che hanno permesso di rendere più fruibili i servizi da parte degli immigrati. Parimenti si è anche molto lavorato con le strutture aziendali del territorio, sia amministrative che sanitarie, organizzando corsi di formazione, distribuendo opuscoli informativi, definendo protocolli. L'ambulatorio ha rafforzato in maniera significativa questa attività di rete divenendo il punto centrale di riferimento e di risoluzione dei vari bisogni, sanitari e non, di cui gli stranieri possono essere portatori. L'ambulatorio diviene quindi l'elemento "facilitatore" per coordinare ed integrare tutti gli interventi che vengono effettuati sul territorio. La provincia di Latina, da sempre considerata multietnica ed accogliente, (ricordiamo che la città di Latina ha per anni ospitato il campo profughi) offre agli stranieri numerose occasioni di lavoro sia nel campo dell'edilizia e dell'agricoltura sia nel campo delle collaborazioni domestiche quali colf e badanti. Se le cifre ufficiali parlano di circa 17.000 presenze di stranieri regolari nel 2005, per i conosciuti motivi è impossibile quantificare le presenze irregolari, ma da alcuni indicatori indiretti, quali rilascio tesserini STP, accoglienza presso le strutture di volontariato, distribuzione pasti mensa Caritas ecc., il fenomeno appare alquanto rilevante. L'ambulatorio immigrati nasce con l'intento di dare una risposta alla domanda sanitaria di questi cittadini evitando il ricorso alle cure in pronto soccorso in fase già avanzata di malattia. L'organizzazione prevede tre fasi: accoglienza, visita medica, orientamento. Il primo punto di forza è rappresentato dalla fase di accoglienza, primo contatto con lo straniero immigrato, in cui l'operatore è chiamato a dare risposte anche a bisogni poco espressi tenendo conto delle diverse specificità di cui questi cittadini sono portatori.

A questa fase è stato dato particolare risalto utilizzando un approccio olistico, con l'individuo al centro del processo di assistenza sanitaria, ed una metodologia di intervento transculturale, ciò è stato possibile grazie alla presenza di volontari del

servizio civile debitamente formati e di mediatori culturali. Il paziente viene accolto da queste figure che provvedono ad effettuare la registrazione, quindi ad individuare il bisogno e a seconda della necessità avviarlo alla visita medica o attivare la rete preconstituita sul territorio per cercare una idonea risposta o dare un' indicazione secondo dei protocolli predefiniti. Per casi particolari o non previsti dai protocolli viene interessato il coordinatore, che si prende carico del problema e ne cerca la soluzione. In questa fase viene anche rilasciato il tesserino STP. La visita medica viene effettuata da medici che, pur essendo strutturati in Azienda o Medici di Medicina Generale, prestano la loro opera all'interno dell'ambulatorio volontariamente, al di fuori dell' orario di lavoro. Questa nuova esperienza apre nuove dimensioni nel rapporto fra medico e paziente; il medico, oltre che occuparsi di dare una risposta al problema di salute, viene reso partecipe di tutte quelle altre problematiche dovute a disagi affettivi, personali e lavorativi di cui spesso questi pazienti sono portatori, disagi che com'è noto assumono un'importanza fondamentale nella soluzione dello stesso problema sanitario. Tutto ciò determina un arricchimento personale del medico che vede amplificato il proprio ruolo, diviene il "confidente" per eccellenza, il riferimento che può dare risposte non solo a problemi di salute ma anche a bisogni esistenziali. Capita così che alcuni pazienti si presentano in ambulatorio non per un bisogno di salute ma solo per avere un contatto umano, per trovare un punto di riferimento, per sentirsi meno soli. Proseguendo nel percorso del paziente la terza fase è quella dell'orientamento in cui il paziente, ultimata la visita, viene aiutato a districarsi nella burocrazia e materialmente accompagnato al CUP aziendale o negli ambulatori o reparti per le ulteriori visite specialistiche. Al riguardo sono stati concordati dei protocolli con altre strutture, in particolare con i consultori e con l'ostetricia ospedaliera, che hanno permesso di codificare i percorsi così da rendere uniforme l'assistenza. Attualmente l'ambulatorio ha un'unica sede, presso il poliambulatorio dell'Ospedale Santa Maria Goretti di Latina, è aperto due giorni la settimana il lunedì con orario antimeridiano ed il venerdì con orario postmeridiano, per facilitare l'accesso di chi è occupato con il lavoro. In questi tre mesi di attività si è assistito ad un progressivo e costante aumento delle prestazioni e si sono registrati più di 200 accessi. I pazienti, per la maggior parte rumeni seguiti dagli indiani, provengono anche da comuni vicini. Le patologie sono le più svariate, le più frequenti sono in relazione alle pesanti attività lavorative svolte, alle disagiate condizioni di vita ed ad incidenti stradali. Risulta comunque predominante la richiesta di controlli da parte di giovani donne in gravidanza, alcune di loro giungono in ambulatorio già in fase di gravidanza molto avanzata riferendo di non aver effettuato alcun controllo per la non conoscenza dei loro diritti. Quest'ultimo aspetto da una parte conferma la poca informazione e la paura che c'è fra gli stranieri irregolari, dall'altra evidenzia il passaggio da una prima fase di diffidenza all'individuazione di un punto di riferimento per i loro bisogni nella nuova struttura. al conseguimento di questo risultato ha contribuito in maniera determinante, al di là della pubblicizzazione attraverso gli organi di comunicazione, il passaparola. Capita così che un ragazzo che, incuriosito, si presenta in ambulatorio solo per

chiedere informazioni, la volta successiva ritorna accompagnato da quattro – cinque suoi connazionali, improvvisandosi interprete ed offrendosi quale referente per la comunità che rappresenta, o ancora che la mamma che chiede informazioni sui diritti sanitari per i propri figli si ripresenti accompagnando altre mamme che, anche se da alcuni anni in Italia con i loro piccoli, non hanno mai effettuato un controllo pediatrico. I bambini vengono allora inviati al consultorio per una visita generale, per un controllo dello stato vaccinale e per consigli dietetici. L'attivazione di questo ambulatorio rappresenta un primo passo verso chi ha più difficoltà ad avere risposte sanitarie, ma il cammino è ancora lungo. Una criticità importante è rappresentata dal decentramento della sede presente, come detto, solo nella città di Latina, con conseguente impossibilità a soddisfare la domanda di tutto il territorio. Costituirà quindi obiettivo futuro della struttura attivare altre sedi per rendere uniforme l'offerta in particolare in quelle zone ove maggiore è la presenza di stranieri.

ELEMENTI DI ETNODERMATOLOGIA: ALCUNE PRATICHE CULTURALI DI PIU' FREQUENTE RISCONTRO

Roberta Calcaterra, Silvana Trincone, Gennaro Franco, Raffaella Fazio, Mariacarla Valenzano e Aldo Morrone

Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale

Una caratteristica degli ultimi anni, cresciuta parallelamente al fenomeno immigratorio, è rappresentata dal maggiore interesse suscitato nei Paesi occidentali dalla Etnomedicina, cioè dalla disciplina che garantisce la tutela e il recupero della cultura medica dei Paesi in via di Sviluppo. Le forme e le caratteristiche delle terapie naturali o tradizionali in uso presso le popolazioni dei Paesi tropicali o comunque “lontani” sta sempre più sviluppando curiosità ed interesse antropologico e medico in Europa. A differenza del passato, oggi non sono gli studiosi che si recano nei Paesi lontani per studiare abitudini e medicine altre, ma la realtà dell’immigrazione ha permesso per la prima volta che gli stessi pazienti, con le loro culture, riti e abitudini diverse giungendo e vivendo in Europa o in Italia, hanno “portato” da noi l’uso concreto di “medicine altre”.

È inoltre sempre più frequente osservare anche nei nostri ambulatori persone con pelle di diverso colore, con saperi e tradizioni culturali diverse che possono condizionare anche la comparsa di alcuni quadri clinici cutanei e venerei. Alcuni di questi disturbi derivano da peculiari abitudini di tipo cosmetico altri sono legati invece a pratiche di medicina tradizionale, o a motivazioni antropologiche e rituali.

MATERIALI E METODI

Dal 1 gennaio 1985 al 31 dicembre 2005 sono stati visitati 83.213 pazienti (43,4% femmine e 56,6% maschi). Di questi il 10% era costituito da bambini. Per ognuno di questi è stata condotta un’accurata anamnesi ed eseguito un esame obiettivo generale e dermatologico completo e, quando necessari, eseguiti test di laboratorio.

RISULTATI

Sulla base dell’anamnesi e del quadro clinico, abbiamo proposto una classificazione delle lesioni cutanee correlate ad abitudini cosmetiche, Pratiche di medicina tradizionale, motivazioni antropologiche e rituali e motivazioni psico-culturali.

DISCUSSIONE

1. Tra le dermopatie derivate da pratiche cosmetiche tradizionali dobbiamo ricordare quelle da uso di:

- Agenti depigmentanti

- Prodotti per capelli
- Pomate grasse

L'utilizzo di depigmentanti contenenti alte dosi di idrochinone può condurre al contrario ad una iperpigmentazione di tipo ocronotico sulla cute scura.

La caratteristica cute xerotica dei soggetti di cute scura e talvolta degli immigrati del subcontinente indiano li induce ad ungersi continuamente di sostanze grasse, con conseguente sviluppo di fenomeni follicolo-occlusivi. Il quadro clinico è spesso quello della cosiddetta pomade acne, costituita da lesioni di solito comedoniche, con pochi elementi infiammatori, che però possono lasciare il loro esito pigmentario per molto tempo.

2. Le principali lesioni dermatologiche legate a pratiche di medicina tradizionale sono rappresentate dal:

- Cupping
- Coining
- Moxibustione
- Piercing

Il cupping, che consiste nell'applicazione di coppette calde o ventose nelle quali è stato creato il vuoto.

Il coining, consistente nello strofinamento vigoroso di una moneta sul dorso o sul torace, dopo avervi applicato dell'olio caldo o il balsamo Tigre, tanto da dare ecchimosi e petecchie lineari.

La moxibustione, che si pratica mediante il contatto con un bastoncino riscaldato o con braci di incenso o di erbe quali l'*artemisia vulgaris*.

Il piercing (o perforazione cutanea) viene utilizzato per distinguere i ruoli che ogni membro assume all'interno della tribù.

Le lesioni correlate alla medicina tradizionale spesso devono essere poste in diagnosi differenziale con gli abusi sessuali, in particolare dell'infanzia.

3. Nelle dermatopatie da cause antropologico-rituali ritroviamo:

- Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)
- Scarificazione (scraping, branding, cutting)
- Tatuaggi
- Perforazioni (piattelli labiali, piattelli auricolari, cheloidi)

Le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) rappresentano una condizione che, pur originaria di paesi e regioni lontane, sono oggi sempre più frequentemente osservabili anche nel nostro Paese a causa del continuo afflusso di persone provenienti dal continente Africano, particolarmente Egitto, Corno d' Africa, Sudane Africa subsahariana. Pur essendo più frequentemente praticate tra le popolazioni di religione islamica, si osservano tra le popolazioni cristiane, animiste ed ebraiche. (Falasha in Etiopia).

L' OMS ha classificato le MGF in 4 tipi:

- Tipo I. Escissione del prepuzio, con o senza asportazione parziale o totale di tutto il clitoride.

- Tipo II. Escissione del clitoride con asportazione parziale o totale delle piccole labbra.

Tipo III. Escissione di parte o tutti i genitali esterni e sutura/ restringimento dell' apertura vaginale (infibulazione).

Tipo IV. Non classificati: include perforazione, penetrazione o incisione di clitoride e/o labbra; stiramento di clitoride e/o labbra; cauterizzazione mediante ustione del clitoride e del tessuto circostante; raschiamento del tessuto circostante l' orifizio vaginale (angurya cuts) o incisione della vagina (gishiri cuts); introduzione di sostanze corrosive o erbe nella vagina per causare emorragia o allo scopo di serrarla o restringerla; e qualsiasi altra procedura che cade sotto la suddetta definizione di MGF.

Notevoli sono le complicazioni che si osservano, sia di natura fisica (shock emorragico, fistole vaginali, cheloidi, cisti dermoidi) sia di natura psico-sessuale. In Italia un' apposita norma giuridica ne proibisce la pratica.

La scarificazione è la creazione, attraverso una qualsiasi tecnica, di una o più cicatrici permanenti su una qualsiasi zona cutanea. Viene utilizzata nelle società africane a scopi decorativi sul volto o per scopi medicinali.

Il branding è una particolare forma di scarificazione ottenuta mediante l' utilizzo di strumenti di metallo riscaldati.

Il cutting è invece una incisione della pelle, che viene ripetuta nella stessa zona a distanza di tempo allo scopo di ottenere segni profondi e ben visibili. In altri casi, invece le ferite vengono temporaneamente tenute aperte in modo che ne risultino delle cicatrici molto pronunciate, a tipo cheloide..

Le perforazioni cutanee sono molto diffuse nelle etnie provenienti dall' Africa Centrale. Una di queste è il piattello labiale..

4. Tra le patologie correlate a motivazioni psico-culturali abbiamo osservato in particolare:

- la *Dhat* sindrome

Il termine “Dhat syndrome” descrive una sindrome *culture-bound* diffusa nel Subcontinente indiano, correlata alla teoria induista secondo la quale il liquido semi-

nale rappresenterebbe un fluido ricco di forza vitale, la cui perdita condurrebbe a un depauperamento delle energie fisiche e psichiche dell'individuo.

Questo disordine è caratterizzato da una profonda ansia legata alla perdita di liquido seminale con eiaculazioni o polluzioni notturne. La sintomatologia clinica spesso mima una prostatite, un'uretrite aspecifica, un'epididimite, con costante negatività all'esame microbiologico. I pazienti lamentano inoltre ansia, sensazione di malessere, bruciore, astenia, disturbi psichici e talora tremori.

CONCLUSIONI

Ogni popolazione interpreta la realtà che vive in forme e modi da cui derivano saperi che vengono trasmessi e declinati nella vita di ogni giorno, con liturgie e rituali diversi. Nosografie diverse scaturiscono dai diversi saperi e l'incontro tra medicine complementari e convenzionali, producono realtà complesse e fluide che oggi abbiamo l'affascinante compito di osservare ed elaborare. La dermatologia rappresenta la disciplina medico-scientifica che più di ogni altra può aiutare tutti noi in questa sfida storica.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Aissa Ben Rhouma F, Zeglaoui F, Kamoun MR., Alternative medicine and dermatology, Tunis Med. 2005 Jan;83(1):6-12.

Morrone A, Hercogova J, Lotti. Stop female genital mutilation: appeal to the international dermatologic community. Int. J. Dermatol. 2002 May; 41 (5): 253-63

Witkoski JA, Parish LC. The Other Medicine: Complementary and Alternative-Why, Why Not? Clinics in Dermatology, 2002;20:456-460

Percorso facilitato di accesso per le migranti e le indigenti a Palermo, contributo di una U.O.S. alla Prevenzione diagnosi e cura delle malattie della mammella

C. Amato

Riassunto

Nel nostro Paese il cancro della mammella costituisce la seconda causa di morte e in costante aumento, con elevata differenza di incidenza e mortalità fra Nord e Sud.

Le linee guida dell'integrazione del Piano Sanitario Regionale hanno dato una risposta alla domanda di salute degli immigrati, esprimendo i principi dell'accoglienza e della regolamentazione generale sui diritti-doveri degli immigrati presenti. Presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Palermo ha sede il Centro regionale di riferimento e di coordinamento per la medicina delle migrazioni, che ha realizzato diversi Progetti per il Ministero della Salute, e una rete interregionale ed istituzionale.

Dal 2002, a seguito di un Progetto ministeriale di "Sperimentazione interregionale Palermo- Bologna, per combattere le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari", rivolto ai cittadini stranieri ed italiani indigenti, presso la U.O.S. di Prevenzione dei tumori della mammella della U.O.C. di Chirurgia Generale ad Indirizzo oncologico (Dipartimento di Oncologia) si è attivato: Sportello informativo, di prenotazione e di collegamento, orizzontale e verticale, interdipartimentale con un algoritmo diagnostico e terapeutico in unità di tempi e luoghi

Programmazione degli incontri di informazione e formazione di educazione alla salute per la prevenzione del carcinoma della mammella, facendo conoscere i servizi offerti attraverso un percorso educativo e conoscitivo, nei centri di aggregazione, coinvolgendo i mediatori culturali sia nella fase organizzativa che gestionale ed operativa.

Il servizio offerto è stato programmato dal censimento delle donne straniere, residenti e temporaneamente presenti, nel territorio della città e della sua Provincia distinguendo

Le fasce di età a cui si voleva rivolgere l'intervento

Analizzando delle possibili variabili culturali, religiose e di aggregazione sociale,

Incontri tematici con le collettività nei centri di aggregazione

Invito (in lingua) all'incontro di informazione e formazione sulla prevenzione delle patologie della mammella .

Materiale informativo in lingua italiana, inglese, francese, bangla, ed arabo

L'inserimento nella routine organizzativa

In conclusione i punti emergenti

L'obiettivo di fattibilità dell'accesso alla struttura ospedaliera è passato progressivamente dalla "giornata dedicata" all'inserimento nella routine organizzativa, hanno avuto un ruolo fondamentale il consenso e la motivazione clinica degli operatori.

Passare dalla fase "amicale" alla fase organizzativa istituzionale

L'azione si è realizzata grazie ad una capillare rete di informazione rivolta alle popolazioni a disagio sociale della città e della Provincia di Palermo, di intermediazione tra i cittadini e il servizio territoriale, favorendo consapevoli e responsabili delle donne.

Pur non avendo la pretesa di dare soluzioni o risposte statistiche pare sostenibile utilizzare la normativa e le risorse, delineare una programmazione in cui la medicina transculturale trovi una collocazione, mettendo a frutto e potenziando quanto già esistente nel territorio, allargando una rete sanitaria orientata verso le problematiche dell'utenza, superando la burocratizzazione, nel rispetto dei contenuti e delle linee guida codificate.

Introduzione

I Migranti, attori di un processo tutt'altro che compiuto hanno lasciato la loro terra d'origine spinti dalla lotta per la sopravvivenza tra il rischio di morire e la certezza di morire, la miseria, la fame, la violenza delle guerre civili, le rivalità etniche e religiose.

I paesi ospitanti vivono l'immigrazione come un'invasione (in nome della difesa della identità nazionale, culturale e religiosa) in un clima di non accoglienza con messaggi mediatici continui e a dir poco ossessivi che rende la vicenda umana dolorosa: uomini e donne bollati indiscriminatamente come clandestini e socialmente pericolosi.

Gli Stati devono tutelare la sicurezza dei propri cittadini ma il problema non si risolve dichiarando reato la clandestinità, o rigettando in mare i profughi, ma accogliendo e orientando i flussi migratori a livello nazionale e internazionale, con accordi tra i governi, punendo severamente i moderni mercanti di schiavi.

Giovanni Paolo II scriveva nel Messaggio per la Giornata Mondiale del Migrante e del Rifugiato 2005 – Le migrazioni possono agevolare l'incontro e la comprensione tra le civiltà, le comunità, le persone, "una convivialità delle differenze". escludendo i modelli assimilazionisti, che tendono a fare del

diverso una copia di sé, sia i modelli di marginalizzazione degli immigrati con atteggiamenti che possono giungere sino alle scelte dell'apartheid". Dal canto loro i migranti e i profughi dovranno "compiere passi necessari all'inclusione sociale, quali l'apprendimento della lingua nazionale e il proprio adeguamento alle leggi e alle esigenze del lavoro", così da raggiungere un giusto equilibrio nel rispetto delle identità culturali

La Sicilia ha un ruolo centrale nell'incontro delle diversità etniche, culturali e religiose presenti nel Mediterraneo come porta di ingresso e transito verso il continente europeo, luogo e meta di permanenza stabile..

Palermo per la sua posizione centrale nel mar Mediterraneo, è un crocevia tra oriente e occidente, in cui si vivono esperienze di inserimento e integrazione interculturale.

Il centro storico, intorno al Centro Salesiano della Caritas di S. Chiara, in cui ha giocato un ruolo importante il volontariato e l'assistenza medica, oggi è luogo di residenza e di commercio degli immigrati grazie ai pionieri Bangla.

Il quartiere dell'Albergheria (vicino al Palazzo Reale e oggi sede dell'A.R.S) conta tra i suoi 4000 residenti il 20% di provenienza africana (Costa d'Avorio, Ghana...)

Il mercato storico di Ballarò , è una ricchezza di prodotti africani.. Nella chiesa di Santa Ninfa c'è il punto di ritrovo dei tamil cattolici che seguono la messa in madrelingua.

La China-town si trova in prossimità della Stazione Centrale con le lanterne rosse.

In Piazza Gran Cancelliere c'è la moschea ufficiale nella chiesa sconsacrata di "San Paolo dei Giardinieri" che dal 1990 dopo un accordo tra Tunisia ed Italia è stata affidata ai tunisini e all'imam di nomina governativa.

Le insegne delle vie sono scritte in italiano, arabo ed ebraico.

Metodologia

Le linee guida dell'integrazione del Piano Sanitario Regionale sull'Assistenza Sanitaria dei Cittadini extracomunitari nella Regione Sicilia, con decreto ass. del 4/7/2003, hanno dato una risposta alla domanda di salute, esprimendo i principi dell'accoglienza e della regolamentazione generale sui diritti-doveri degli immigrati presenti., includono a pieno titolo gli immigrati in condizioni di regolarità giuridica nel sistema dei diritti e dei doveri. ma deve più dettagliatamente delineare una programmazione nella quale la medicina transculturale trovi una sua precisa collocazione, mettendo a frutto e potenziando quanto già esistente nel territorio e nello stesso tempo

allargando una rete sanitaria specificamente orientata verso le problematiche di questa particolare utenza.

E' necessario partire dai limiti della attuale modalità di offerta della assistenza, per procedere poi ad una fruizione delle prestazioni eque per ogni Utente. L'Organizzazione Sanitaria deve farsi carico di un rapporto che richiede disponibilità di risorse umane e di mezzi.

RICONOSCERE le diversità, accettando le persone come membri paritari della società

INDIVIDUARE i bisogni delle persone con differenti background

COMPENSARE gli svantaggi.

L'obiettivo della normativa vigente del Piano Sanitario Nazionale prevede la promozione della salute e la prevenzione, migliorando lo stato di benessere, rendendo il cittadino protagonista della propria salute.

L'approccio sanitario nei confronti del migrante è reso complesso dalla diversità linguistica e culturale, ma fundamentalmente dal pregiudizio della diversità.

Gli studi presentati dagli esperti in occasione della VIII Consensus Conference Maggio 2004, a Lampedusa, sui temi sanitari dell'immigrazione, hanno mostrato che ad emigrare sono soprattutto gli individui giovani, intraprendenti e sani, e la maggior parte delle patologie che interessano i migranti, scaturiscono dalle scadenti condizioni abitative, lavorative, da difficoltà di relazione e socializzazione, nonché dal grado di accesso ai servizi.

L'O.M.S. definisce " La salute" non l'assenza della malattia ma lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale.

La salute è il loro capitale di investimento che generalmente in uno o due anni viene perduto per varie motivazioni: la precarietà della condizione giuridica e dell'inserimento lavorativo, la perdita dell'unità psico-fisica e del ruolo sociale con ripercussioni sensibili sulla salute mentale.

La concezione culturale della malattia e la diversa assistenza sanitaria nei paesi di origine dà contenuto e pregnanza al modo di essere malato

Il medico attento impara presto ad entrare in contatto con il paziente migrante, deve dotarsi di strumenti: etno-culturali, conoscenze antropologiche e sociologiche, interpretando le differenze minime. Si fondono la diversa formazione del medico occidentale e le condizioni socio-sanitarie dell'atto migratorio nella medicina transculturale, più attenta all'uomo ed ai suoi bisogni..

Come garantire la salute al cittadino straniero?

L'iscrizione al S.S.N. garantisce piena assistenza sanitaria ai soggetti extracomunitari e ai suoi familiari a carico (fin dalla nascita ai figli minori), a pa-

rità di condizioni con i cittadini italiani, ma l'iscrizione è subordinata al permesso di soggiorno e la brevità impone di dover rifare più volte in un anno l'iter burocratico per iscriversi. A peggiorare le cose si delineano barriere arbitrarie "di accesso" (giuridiche, economiche, burocratico-amministrative, organizzative, ambientali), "di fruibilità" (socio-culturali, linguistiche, comunicative e interpretative)

Quali devono essere i principali ambiti di azione al fine di garantire i diritti di pari opportunità rispetto ai cittadini italiani, per la fruibilità delle prestazioni sanitarie, come previsto dalle leggi in vigore?

.- **La Certezza del diritto**: a livello centrale, e soprattutto locale, per evitare discrezionalità applicative che provochino incertezze ed esclusioni.

- **La Garanzia dell'accessibilità**: E' necessario che l'organizzazione dei servizi sia più flessibile verso l'utenza e strutturato in modo da offrire degli interventi integrati (accoglienza, informazione ed orientamento, assistenza socio-sanitaria). Le Aziende sanitarie, devono investire sulla formazione degli operatori, di mediatori culturali, sul lavoro di rete interistituzionale.

- **La Promozione della fruibilità**: per un approccio transculturale con percorsi formativi e di aggiornamento per il personale medico (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), e del personale infermieristico

Come garantire al cittadino straniero la salute e la prevenzione del carcinoma della mammella quando manca la domanda e la popolazione dei migranti ha altri bisogni prioritari?

Presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Palermo, ha sede il Centro regionale di riferimento e di coordinamento per la medicina delle migrazioni.

Il Centro ha il compito di organizzare tutti gli scambi di carattere scientifico utili all'aggiornamento e al perfezionamento sulla medicina delle migrazioni, operando in stretta collaborazione con l'Ispettorato Regionale Sanitario. Ha il compito di orientare e coordinare le attività di volontariato rivolte all'assistenza sanitaria delle popolazioni extracomunitarie a qualsiasi titolo presenti nel territorio regionale. Ha realizzato diversi Progetti per il Ministero della Salute, creando una rete interregionale e istituzionale. Dal 2002 approvato il progetto interregionale Palermo- Bologna dal Ministero della Salute sulla "Sperimentazione interregionale per combattere le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari", rivolto ai cittadini stranieri ed italiani indigenti ed i cui obiettivi, sono elencati di seguito:

Facilitare e migliorare l'accesso ai servizi da parte dell'utenza straniera.

Facilitare il lavoro degli operatori italiani a contatto con l'utenza straniera

Individuare attraverso un'osservazione costante gli ostacoli che l'utenza straniera incontra nell'accesso ai servizi, allo scopo di poter migliorare la qualità di essi.

E' stata prevista un percorso senologico facilitato per le donne straniere presso l'attuale U.O. Semplice di Prevenzione dei tumori della mammella del Dipartimento di Oncologia, U.O.C. di Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico

I mediatori culturali, **elementi ponte**", sono stati coinvolti sia nella fase organizzativa che gestionale ed operativa. Essi hanno facilitato la comunicazione e la comprensione, gestito colloqui informativi con cittadini immigrati, fornendo un servizio in ambito socio-sanitario competente e necessario sia nella pianificazione di interventi rivolti ai gruppi target, facilitando le relazioni.

Non meno rilevante è la stata la funzione di informatore degli strumenti giuridici che rendano effettivi i percorsi di integrazione sociale, culturale ed economica dei cittadini extracomunitari superando le barriere che impediscono agli stranieri di accedere alle prestazioni dello stato sociale in condizioni di pari opportunità.

Sono state scelte procedure comuni tra le unità operative di Palermo e di Bologna, con la collaborazione di professionisti sensibili e flessibili al cambiamento della routine organizzativa.

Si è trattato di adeguare i sistemi di comunicazione ad una chiave di lettura transculturale,

Sportello informativo, di prenotazione e di collegamento, orizzontale e verticale, aziendale e dipartimentale con un algoritmo diagnostico e terapeutico in unità di tempi e luoghi

Programmazione degli incontri di informazione e formazione di educazione alla salute per la prevenzione del carcinoma della mammella, facendo conoscere i servizi offerti attraverso un percorso educativo conoscitivo.

Il servizio offerto è stato organizzato iniziando da basi conoscitive

Censimento delle donne straniere residenti e temporaneamente presenti nel territorio della città e della sua Provincia

Fasce di età

Analisi delle possibili variabili culturali, religiose e di aggregazione sociale incontri tematici con le collettività nei centri di aggregazione

Invito all'incontro di informazione e formazione sulla prevenzione delle patologie della mammella "informazione, collettiva e personalizzata"

Materiale informativo in lingua italiana, inglese francese, bangla, ed arabo

Le azioni di informazione e formazion sono state:

i vantaggi della prevenzione del carcinoma della mammella, l'autopalpazione, la visita senologica, la mammografia clinica e l'indicazione alla mammografia di screening. Il percorso facilitato di accesso alle visite specialistiche secondo linee guida, si è realizzato con un algoritmo diagnostico e terapeutico in unità di luoghi e di tempi, ed in relazione all'età della popolazione in esame. Durante la fase operativa dell'accoglienza è aumentata la circolarità dell'informazione, creando il presupposto alla continuità dell'attività, l'integrazione e la socializzazione. Presso la U.O.S. le donne hanno ricevuto una prima valutazione e imparato a fare l'autopalpazione. Per le donne è stato molto importante l'ascolto, la gratuità delle prestazioni e la giustificazione per l'assenza dal lavoro dipendente.

Sono state sottoposte a controlli clinico-strumentali secondo le linee guida in relazione all'età: < a 40 anni, di età compresa tra 40 e 44 anni, tra 45 e 49 anni. Inoltre, le donne residenti, di età compresa 50-69 anni, sono state informate sullo Screening mammografico del servizio Territoriale.

Lo screening mammografico, una delle priorità del S.S.N., per poter ottenere i vantaggi deve prevedere programmi con garanzie di qualità a tutti i livelli, ampia copertura e partecipazione, nonché un alto livello di conformità. Nella città di Palermo e Provincia lo screening mammografico, di recente attivazione, rappresenta una delle aree strategiche della prevenzione del cancro della mammella. Essendo ben nota la diversità di attivazione e offerta dei programmi di screening tra nord e sud d'Italia del Territorio Nazionale, è espressione di disomogeneità e squilibri sanitari e sociali, il tasso di adesione delle donne invitate, elemento imprescindibile per una efficace azione sulla popolazione target. La ridotta partecipazione interessa in particolare le "fasce deboli" della popolazione che presumibilmente hanno bisogni prioritari diversi dalla prevenzione.

Risultati

Sono state esaminate 198 donne di 21 nazionalità, di età media 39 anni. Di esse soltanto 6 donne sono state sottoposte ad intervento per nodulo mammario:

4 benigni (ma di dimensioni 4-5 cm), 1 caso di iperplasia duttale atipica e 1 carcinoma infiltrante.

Sri Lanka	12
Sud Africa	1
Bulgaria	11* *
Romania	9
Costa D’Avorio	6
Ecuador	10
India	2
Rep.Centro Africana	2
Somalia	11
Mauritius	12
Ucraina	7 *
Tunisia	15*
Marocco	8
Capo Verde	7
Bangladesh	15
Nigeria	18*
Perù	1
Liberia	1
Isole Seycelles	1
Russia	5*
Palermo	35

Conclusioni

Nonostante la conclusione del Progetto Palermo-Bologna, assistendo ad una sempre più varia adesione e partecipazione sia agli incontri informativi che alle visite dedicate, si è voluto mantenere il percorso facilitato di accesso.

Pur non avendo la pretesa di dare risposte statistiche si tratta di utilizzare bene la normativa e le risorse esistenti, superando la burocratizzazione nel rispetto dei contenuti e delle linee guida codificate. L'obiettivo di fattibilità dell'accesso alla struttura ospedaliera è passato progressivamente dalla "giornata dedicata" all'inserimento nella normale routine di gestione clinica della Unità operativa, passando dalla fase "amicale" alla fase organizzativa istituzionale.

E' auspicabile far "rientrare" la salute delle migranti in un obiettivo di budget da negoziare con i servizi interessati e destinarvi delle risorse, individuare all'interno dei servizi sanitari dei referenti specifici, che costituiscano punti di riferimento formati ed esperti nelle specifiche realtà operative e territoriali.

carmelaamato@hotmail.com

Carmela Amato
U.O.S. Prevenzione dei

tumori della mammella

La violenza nel percorso migratorio della donna: accogliere, riconoscere per offrire un percorso di aiuto

Grazia. Lesi, Aicha. Fahem

U.O Consultori AUSL di Bologna, Centro Interculturale delle Donne "Alma Mater"Torino

"La violenza contro le donne è forse la violazione dei diritti umani più vergognosa. Essa non conosce confini né geografia, cultura o ricchezza. Fin tanto che continuerà, non potremo pretendere di aver compiuto dei reali progressi verso l'uguaglianza, lo sviluppo e la pace." Kofi Annan, Segretario Generale delle Nazioni Unite

Amnesty international ha di recente lanciato una campagna di sensibilizzazione sul tema della violenza alle donne nel mondo, rivolta alla Russia e alla Francia. Ogni ora in Russia muore una donna per violenza domestica ma finora il governo ha fatto pochi sforzi per combattere questo problema. In Francia ogni quattro giorni in Francia una donna muore sotto i colpi del suo compagno. E' per questo che l'8 febbraio 2006, Amnesty International ha pubblicato i risultati di una ricerca, che denuncia le diverse forme di violenza sulle donne, in questo paese e in particolare sulle donne straniere: i matrimoni forzati, la tratta ai fini di prostituzione e le mutilazioni genitali femminili. Lo studio insiste poi matrimoni forzati che restano troppo spesso un esempio ignorato o sottostimato di violenza subita dalle donne e dalle ragazze in Francia. La realtà socio-culturale e linguistica delle donne immigrate ne favorisce poi l'emarginazione e la dipendenza dal coniuge, quindi la passività di fronte a comportamenti violenti o maltrattamenti da parte del partner o sul posto di lavoro. Poco tutelate dalle normative e poco informate sui loro diritti, per loro denunciare il marito o uscire di casa significa spesso precarietà ed eventuale clandestinità.

Progetto Dafne a Bologna per le donne immigrate: violenza domestica

I confini di che cosa costituisce violenza variano nel tempo e nello spazio in conformità dei cambiamenti di carattere culturale, economico e sociale. Tradizionalmente ciò che accade all'interno della famiglia è stato considerato una questione privata, di fronte alla quale è disdicevole che persone estranee intervengano. Nelle nazioni nelle quali sono disponibili studi affidabili condotti su vasta scala sulla violenza sessuale, oltre il 20 per cento delle donne riferisce di aver subito degli abusi da parte degli uomini con i quali vivono. Stupri e violenze domestiche portano alla perdita di un maggior numero di anni di vita sana, fra le donne di età compresa fra i 15 e i 44 anni di vita, che non il cancro al seno o alla cervice dell'utero, impedimenti lavorativi, guerra o incidenti automobilistici, secondo quanto rivela il Rap-

porto sullo Sviluppo Mondiale presentato nel 1993 dalla Banca Mondiale. In risposta alla Piattaforma per l’Azione di Pechino, gli stati membri dell’ONU e la comunità internazionale hanno cercato dei modi per affrontare in maniera più efficace la violenza domestica.

Nel periodo 2002 2003 si è svolto a Bologna una parte del lavoro proposto a livello Europeo relativo alla violenza domestica, Progetto Dafne. Una parte di questo lavoro è e sarà rivolto all’analisi della situazione della donna immigrata. In particolare, donne originarie del subcontinente indiano, mogli e figlie adolescenti immigrate al seguito del marito o del padre, che provengono da un contesto culturale, religioso e familiare molto tradizionale, con divisione rigida dei ruoli. Per le figlie in età 12- 16 anni è forte il rischio di progetti di matrimonio obbligato imposti dalla famiglia. Altre donne a rischio di maltrattamento sono le Donne profughe/rifugiate, provenienti dall’ex-Jugoslavia di cultura Rom, per cui alla negazione della propria identità culturale, si aggiungono le disagiate condizioni di vita nei campi profughi, dove il ruolo femminile è regolato da una forte subordinazione e “appartenenza” al capofamiglia. L’altro versante su cui si lavorerà sarà l’Est Europa, in particolare dalle ex-repubbliche sovietiche e dalla Romania. Queste sono donne che hanno dovuto/voluto lasciare condizioni economiche senza prospettive per “promesse” di lavoro o matrimonio in Italia, che sono anche state vittime del traffico a fini di sfruttamento sessuale, o inserite in lavori presso famiglie. Queste donne diventano spesso ricattabili per la loro condizione di clandestinità e precarietà. Sono diffuse le situazioni di inganno, truffa, mistificazione e disinformazione, sfruttamento sul lavoro, e di violenza, sfruttamento e inganno nel rapporto coniugale.

Il traffico delle donne e delle Bambine

E’ questa un tipo di violenza organizzata, in cui è arduo distinguere i confini tra, adattamento a una condizione cui è difficile opporsi, connivenza, sopraffazione e/o sfruttamento. L’età giovanissima delle ragazze, la provenienza da contesto di fortissimo bisogno, si intrecciano con la diffusione della cultura del consumo e il miraggio di una vita migliore. Si stima che il traffico di donne e bambine, molto spesso per uno sfruttamento commerciale del sesso, produca un fatturato annuale che, secondo le stime dell’Organizzazione Mondiale per le Migrazioni (OIM), arriva fino a 8 miliardi di dollari. Gli enormi profitti che i responsabili traggono da queste attività, sempre più spesso legate al crimine organizzato, hanno trasformato questo commercio in una minaccia globale rapidamente crescente. Le donne e le ragazze delle regioni più povere sono fra i principali bersagli dei trafficanti. Alcune, di loro, a causa della marginalizzazione e delle limitate risorse economiche a disposizione, diventano fragili di fronte al traffico di persone. Alcune di esse partecipano volontariamente al traffico a causa della promessa di guadagni più elevati e della possibilità di scappare dalla povertà. Altre vengono invece costrette con la forza, gran parte a prostituirsi contro la propria volontà. In tutti i casi è importante comprendere il contesto da cui provengono per comprendere e trovare le strategie migliori per accoglierle e costruire alternative di vita accettabili.

Contesti di partenza del traffico di donne e bambini., tratto da un'indagine di ECPAT International

A questo proposito è molto interessante un lavoro di M. Finelli Regional Officer for Europa per ECPAT International che descrive la situazione della Moldavia fino al 2002.

“..per quanto riguarda la prostituzione minorile e la tratta di minori finalizzata al loro sfruttamento sessuale, la Moldavia è uno dei Paesi e senza ombra di dubbio uno dei contesti maggiormente interessati in Europa..... Una delle cause principali che pare essere dietro o affianco a molti dei casi di abuso dell'infanzia è l'alcolismo.... Un alcolismo che, tra l'altro, si interfaccia con l'abuso mediante una complessa relazione di causa ed effetto: sarebbero alcolisti molti degli abusanti e diverrebbero, a causa dell'abuso, alcoliste molte delle vittime abusate..... a partire dall'anno 2000 vari sforzi sono stati realizzati per sensibilizzare l'opinione pubblica sul fenomeno, tanto da poter asserire che attualmente molte delle ragazze che lasciano il Paese sono consapevoli del tipo di lavoro che andranno a compiere; quello che non sanno è quante ore dovranno lavorare al giorno, in che condizioni dovranno farlo, quanta violenza saranno costrette a sopportare e quanto poco (nullo) guadagno riusciranno a tenere per loro.... Dall'“inganno totale” caratteristico della prima fase della tratta, quindi, si può ora definire la dinamica come un “inganno parziale”, che non per questo è meno grave e che non per questo va lasciato a se stesso... Nel paese esistono, come già descritto elementi di propulsione del fenomeno che fanno dire alle giovanissime vittime della tratta o della prostituzione ordinaria *«se devo essere considerata come una schiava o un oggetto sessuale, almeno provo a ricavarne qualche guadagno»*

Il profilo della vittima tipo

In questo stesso studio si legge “...Ragionando per sommi capi è possibile tracciare un profilo della vittima tipica del fenomeno in Moldavia sulla base dei seguenti punti : Genere femminile, età tra i 15 e i 25 anni, originaria delle aree rurali o di agglomerati urbani deprivati, presenza di pressanti esigenze di carattere economico (spesso sotto della linea di povertà), basso livello educativo, esperienze precedenti di abuso sessuale intrafamiliare, limitato accesso all'informazione, deboli strumenti analitici e intellettuali, vittima di discriminazioni culturali. Tutti questi elementi coincidono perfettamente con i punti che costituiscono il profilo della vittima media di questa forma di sfruttamento a livello internazionale, fatta salva un'unica anomalia: l'appartenenza a minoranze etniche non rientra in questo elenco....”

Secondo l'autore “..il fenomeno della tratta di esseri umani (finalizzata o meno allo sfruttamento sessuale) va necessariamente affrontato mediante interventi di respiro per lo meno continentale quali ad esempio: cooperazione giudiziaria, creazione di équipes internazionali multidisciplinari, sviluppo di trattati multi e bilaterali, definizione di legislazioni mirate e implementazione di programmi di prevenzione e recupero/reintegrazione che siano sostenibili sul lungo periodo., senza i quali il fenomeno è destinato a proseguire inevitabilmente coinvolgendo vittime sempre più

giovani.

sintomi della violenza

La violenza è "... UN OSTACOLO ALLA SALUTE RIPRODUTTIVA E SESSUALE DELLA DONNA ED AI SUOI DIRITTI ..." IL CAIRO 1994 (CONFERENZA INTERNAZIONALE SU POPOLAZIONE E SVILUPPO)

Spesso succede che, la donna immigrata, non può esprimere la violenza o il maltrattamento e la sofferenza si esprime così attraverso il corpo. Le ricerche che identificano "sintomi sentinella" di eventuali abusi, sono limitate e si riferiscono a donne occidentali, ma sono molto suggestive e utili per porsi il problema. Dagli studi effettuati negli Stati Uniti, si rileva che gravi episodi di depressione affliggono circa un terzo delle donne picchiate, inoltre, le donne vittime di abusi sessuali infantili, tendono ad avere rapporti caratterizzati da abusi e corrono un rischio più elevato di prostituirsi o far uso di droghe. Situazioni di questo tipo si trovano frequentemente nelle donne dell' Est Europa, che raccontano spessissimo di violenze infantili o maltrattamento in famiglia, sia diretto che assistito (es della madre). Le donne immigrate accusano, di frequente, sintomatologie che sono assimilabili ad una vera e propria sindrome post-traumatica da Stress. Da un lavoro della dott.sa Metella Dei relativo alla sintomatologia a distanza della violenza o maltrattamento, si possono trarre alcuni spunti che possono essere una chiave di lettura anche per la donna immigrata.

Le donne che subiscono violenza accedono in media tre volte più delle altre ai servizi sanitari, 43% "medical care" (Canada), perdono più giornate di lavoro (Taket A et al Bmj 2003, 327:673-676). Dalla letteratura, si evidenzia, in generale, che il 30 % delle donne che subisce maltrattamento è affetta da disturbi gastroenterici (N. Pallotta et al. 1998). Tra le donne depresse il 30% ha subito o subisce maltrattamenti fisici abituali e violenze sessuali e l' 80 % subisce violenza psicologica e denigrazione (E. Reale et al 1998). Inoltre il 34% delle donne che cercano trattamento per lesioni acute in Dipartimenti di Emergenza sono vittime di violenza intrafamiliare; l'81% delle donne con tentativi di suicidio hanno una storia di violenza fisica o psichica (Rand 1997, Abbott et al 1995). Un'indagine retrospettiva su 5000 donne afferenti ad un Servizio di Igiene mentale territoriale evidenzia che 80% delle donne affette da depressione ha situazioni pregresse o in corso di violenza psicologica il 30% ha alle spalle una violenza fisica o sessuale ripetuta. Soggetti con abuso fisico o sessuale grave mostrano con RM e PET una riduzione di volume dell'ippocampo sinistro, del corpo calloso, dell'area pre-frontale (Bremmer et al 1997, Schmal et al 2004, Villareal et al 2004). Tale fenomeno avviene particolarmente se i meccanismi di controllo centrale sono coinvolti nel fronteggiare gravi traumi emozionali pregressi (Janicki et al 2003). In letteratura troviamo delle correlazioni tra patologie uro-ginecologiche ed esperienze di maltrattamento o abuso. La vulvodinia, la cistite interstiziale, la dispareunia vaginale e pelvica, il vaginismo secondario, l'anorgasmia, i sintomi urinari, l'incontinenza da stress, la ritenzione

urinaria, potrebbero essere associati a maltrattamento o abuso (Bodden-Heidrich et al 1999 et al 2003, Van Berlo et al 2000, Lampe et al 2000, Davila et al 2003, Reising et al 2003..

Sintomi (su 3539 paz.)	Storia -	Storia +	p
Dolore pelvico acuto	7.2 %	8.3%	0.29
Dolore pelvico cronico	6.9%	12.3%	< 0.00
Abortività	7.3%	9.4%	0.05
Pregressa chirurgia laparoscopica	30.7%	40.8%	<0.00
Affermazione di scarsa salute	17.7%	27.1%	<0.00
Alto numero di visite mediche	18.1%	26.0%	<0.00
Alto numero assenze per malattia	28.3%	40.8%	<0.00

Tab 1 Studio multicentrico scandinavo: abuso sessuale & salute (Hilden et al 2004)

La tabella che si riferisce ad uno studio multicentrico scandinavo che ha correlato abuso sessuale & salute (Hilden et al 2004), rappresenta bene la situazione di alcune donne migranti. E' difficile poter dire qualche cosa di certo, ma molte donne che, al di là delle difficoltà oggettive legate alla migrazione, sembrano essere state od essere all'interno di un contesto abusante, mostrano quadri analoghi.

I sintomi della violenza e le donne migranti

Esistono dei segnali che possono suggerire se una donna è maltrattata, segnali che possono essere colti, per prendere in considerazione la violenza o il maltrattamento tra le ipotesi diagnostiche. Sintomi aspecifici riproposti più volte, come algie pelviche, disuria, sono un indicatore che merita un colloquio di approfondimento. Anche, l'IVG ripetuta può essere un segnale d'allarme importante, è di pochi giorni fa il caso di una donna ucraina alla 15° IVG, che di fronte alle mie domande sulla conoscenza dei contraccettivi e sul perché di tanti aborti, mi ha raccontato del marito abusante, con cui è rimasta per difendere i figli fino a che non è riuscita ad affidarli alla propria famiglia per migrare in Italia. La mancata pianificazione familiare, la gravidanza non voluta, la patologia ginecologica, disfunzioni sessuali, la patologia della gravidanza possono essere eventi favoriti dalla incapacità di queste donne di sentirsi libere di occuparsi di se e dalla situazione depressiva che deriva dal maltrattamento.

La Salute delle donne straniere prostitute (97-98): Un esempio particolare ma non troppo.

Nel periodo 1997-1998 giungevano al CSDB attraverso l'Unità di Strada, donne straniere prostitute per i controlli MTS. Di queste donne, prevalentemente giovanissime e in buona salute, colpiva l'alto numero di accessi al servizio per algie addomino-pelviche non sempre sostenute da cause organiche. Frequentemente nel corso del colloquio emergevano racconti di violenza nella migrazione o nel paese d'origine o violenze di cui erano spesso intrisi i rapporti con i clienti.

Di seguito riporto i dati raccolti allora con la preziosa collaborazione della Dott.ssa Anna Giulia Gramenzi (tirocinante presso il servizio in quel periodo). Questi dati si riferiscono alla situazione sanitaria, di due anni di lavoro al servizio del centro per la salute delle donne straniere e loro bambini in collaborazione con il progetto Mon Light del Comune di Bologna e si riferisce alle prime visite di utenti afferenti al servizio tramite l'unità di strada del progetto prostituzione. nel periodo dal 1 gennaio 1997 al 31 dicembre 1998. I dati si riferiscono a 319 utenti per un totale di 841 accessi. Le caratteristiche anagrafiche delle utenti sono le seguenti: range di età: 18-39 anni, anche se esistono dubbi sul dato perché forse alcune utenti più giovani erano minorenni; Il paese di origine delle utenti presentava la seguente distribuzione: 55% Europa dell'Est (soprattutto Ucraina, Moldavia e Romania); 24% Nigeria, 12,5% Albania e 4% ex Jugoslavia (viste quasi esclusivamente nel 1998).

Nel 1997 le Utenti sono state N° 120

44 donne su 120 si sono presentate al centro per sintomi e di queste ultime 38 (86%) lamentavano sintomi di natura ginecologica; 3 (7%) sia sintomi di pertinenza ginecologica che di natura internistica; 2 (5%) sintomi di natura dermatologica e sono state viste o dal medico di base o dalla ginecologa, 1 (2%) lamentava sintomi di natura internistica e sono state indirizzate al medico di base.

41 sintomi di natura ginecologica sono così suddivisi:

11 (27%) algie pelviche; 15 (37%) sintomi riferibili a vaginite/infezione vie urinarie; 11 (27%) irregolarità mestruali; 1 (2%) malattie sessualmente trasmesse in atto o progresse; 2 (5%) problema al seno; 1 (2%) per fibroma uterino diagnosticato nel paese di origine

Complessivamente 11/41 (27%) donne lamentavano algie pelviche

Nel 1998, le Utenti sono state: N°199

86 donne si sono presentate al centro per sintomi: 24 (28%) lamentavano sintomi di natura internistica, 55 (64%) sintomi di natura ginecologica (di queste 55 1 lamentava anche sintomi di pertinenza dermatologica), 7 (8%) sintomi di natura dermatologica.

55 donne si sono presentate per sintomi di natura ginecologica così suddivisi: 20 (36%) algie pelviche; 16 (29%) sintomi riferibili a vaginite/infezione vie urinarie; 8 (15%) irregolarità mestruali; 3 (5%) sia irregolarità mestruali che algie pelviche; 2 (4%) malattie sessualmente trasmesse in atto o progresse; 1 (2%) problema al seno; 5 (9%) miscellanea.

Complessivamente 23 su 55 (42%) donne lamentavano algie pelviche

Al di là della presenza di MTS (prevalentemente di minore gravità), si nota un'alta percentuale di donne che si presenta per algie addominali/pelviche, senza una causa apparente, stupisce perché si tratta, dai dati obiettivi, di donne in apparente buona salute, che non sembravano esprimere disagio relativamente alle condizioni di vita nel nostro paese.

Dati clinici raccolti nei centri antiviolenza

Dai dati rilevati dai centri antiviolenza, è interessante soprattutto notare, che sia che si tratti di donne maltrattate sia di percorso di uscita dalla prostituzione, la tempistica dell'osservazione fa rilevare quadri diversi. E' naturale che nella fase dell'emergenza ci siano soprattutto problemi acuti e postumi della violenza, mentre nelle donne ospiti della casa di protezione riscontriamo frequentemente sintomi generali di difficile attribuzione. Il gruppo di donne di "oltre la strada" poi, riferiscono più di frequente episodi di violenza e maltrattamento durante il percorso migratorio. Per quel che riguarda le donne ospiti della casa, prevale la violenza da parte del partner. Senza voler proporre nessun giudizio di merito, verso le numerose coppie miste senza problemi, sembra di rilevare in molte coppie miste, con partner italiano (15 su 41) delle difficoltà di relazione che sfociano in maltrattamento. Spesso si pensa all'uomo immigrato come violento verso le donne, credo che i dati proposti, suggeriscano di ripensare a questa convinzione.

Le caratteristiche socio-anagrafiche delle donne dei due centri antiviolenza ospedalieri (Ospedale Careggi di Firenze, SVS della Clinica Mangiagalli di Milano) e della casa delle donne di Bologna, sono: fascia d'età dai 14 ai 35 anni; stato civile è nubile, coniugata o convivente, in percentuale minore separata; scolarità è media inferiore o superiore; le provenienze variano in relazione alla regione Italiana, però prevalgono in modo particolare, paesi dell'Est Europa, Sudamerica, Africa Sub Sahariana.

Ospiti della Casa delle donne di Bologna dal 98 al 2004 N° 50		OLTRE LA STRADA Bologna tot assistite N°62	
Storia e tipologia della violenza		Storia e tipologia della violenza	
violenza in famiglia	2	violenza pregressa	16
	Non nota	violenza. nel percorso migratorio	59
violenza pregressa		violenza partner	3
violenza nel percorso migratorio	Non nota	coppia mista italiano	3
violenza partner	tot 41	coppia mista altro	
coppia mista italiano	di cui 15	stessa etnia	
coppia mista altro	di cui 2	familiare	
stessa etnia	di cui 24	sconosciuto	
familiare	5	uscita prostituzione	tutte
sconosciuto	2	altro	
prostituzione	3	gruppo	
altro	2	stupro etnico	
gruppo		No dati	59
stupro etnico		denunce	40
No dati	9	Sintomi e problemi di salute	20
denunce	41	fisici	13
Sintomi e problemi di salute	26	psichici	7
fisici	16	IVG	5
psichici	11	Abuso di sostanze	6
gravidezze GAR	2		

Tab n° 2 tipologia della violenza e sintomi riferiti : Casa delle donne di Bologna

Per le donne ospiti del percorso di uscita dalla prostituzione, circa un quarto segnala violenza al paese d'origine quasi la totalità (59 su 62) violenze subite nel percorso migratorio. In ambedue i gruppi le donne, riferiscono di non stare bene per vari motivi. Nel gruppo delle donne maltrattate il 50 % (26 su 50) riferisce sintomi vari e prevalentemente, insonnia, depressione, sindrome ansiosa, algie pelviche e/o addominali; nel gruppo di uscita dalla prostituzione circa il 30 % riferisce problemi di salute analoghi al gruppo delle donne maltrattate (20 su 62) e oltre a questi turbe psichiatriche e .abuso di alcool o sostanze stupefacenti.

DONNE IMMIGRATE centro Antiviolenza di Firenze Utenti 2002-03-04: n°28		CASISTICA DONNE IMMIGRATE 2002.03-04 Utenti N°175	
violenza nel percorso migratorio	Non nota	violenza nel percorso migratorio	Non nota
Violenza pregressa		Violenza pregressa	19
Violenza partner coniuge in separazione o ex fidanzato (partner)	2	Violenza partner	17
coppia mista (Ital)	1	Di cui coppia mista italiano	5
coppia mista (altro)		Di cui coppia mista altro familiare	5
violenza familiare		sconosciuto	4
violenza da sconosciuto	14	prostituzione	38
percorso uscita prostituzione-o prostitute	2	altro	17
altro.....	10	gruppo	40
Denuncia:	19	stupro etnico	6
Sintomi clinici (preval acuti)	7	no dati	2
		denunce	95
		Sintomi clinici (preval acuti)	72
		fisici	32
		psichici	28
		gravidezze (di cui 6 IVG)	12

Tab. N°3 Casistica dei Centri antiviolenza di Firenze e Milano

Nei casi dei centri antiviolenza ospedalieri la sintomatologia è prevalentemente collegata all'evento recente quindi si tratta di traumatismi e lesioni conseguenti la violenza; da segnalare nei dati di Milano la violenza di gruppo e lo stupro etnico per alcune provenienze (Balcari) e per le donne provenienti da paesi in guerra.

Alcune storie violenza in migrazione

La casistica e la sua interpretazione è importante per comprendere meglio il tema della violenza alle donne, perché questa è troppo intrecciata sul piano psico/biologico e sociale per essere compresa attraverso i soli numeri. Quindi vorrei descrivere alcuni casi, che vogliono essere l'esempio reale di ciò che succede nella vita delle donne migranti. Sono esempi di situazioni, particolarmente frequenti e

non semplici aneddoti o casi particolari.

Caso N°1

Moldavia anni 21 nubile, scuola media superiore, religione ortodossa osservante, in Italia per lavorare come colf, chiede IVG, non ha documenti, viene accompagnata da un'amica che parla italiano. Il colloquio per IVG avviene con la traduzione dell'amica. Viene alcuni giorni dopo con il passaporto per la visita e documentazione IVG.

Torna da sola, dopo circa un anno, parla italiano e rivela la vera nazionalità, riferisce ricovero per *dolori addominali* e in corso di appendicectomia viene fatta diagnosi di policistosi ovarica. *Lamenta disuria e stranguria dal momento dell'intervento e riferisce ancora dolori pelvici. Il motivo principale della visita è la comparsa di perdite ematiche intermestruali prolungate nell'ultimo mese e da alcuni mesi dismenorrea.*

Durante il colloquio, (molto difficile) racconta di avere tentato il suicidio un mese prima (è da allora che sono comparse le perdite ematiche). Dagli accertamenti MTS, si rilevano alcuni test positivi al Pap test: CIN 1- HPV. A questo proposito è importante segnalare che la ragazza, ortodossa osservante, non aveva avuto rapporti sessuali prima di partire per l'Italia, ha quindi contratto queste patologie dopo la partenza dalla Moldavia e in conseguenza delle violenze subite.

Da successivi colloqui psicologici e medici emergono ulteriori dati: In Moldavia studiava psicologia ha accettato di emigrare per le condizioni economiche della famiglia. Riferisce con (apparente distacco, sembra non parlare di sé) che aveva conosciuto in casa di una famiglia "per bene" della sua città un uomo che le aveva proposto di venire in Italia per ballare, in quanto, lei aveva studiato danza classica. Viene portata in Romania dove capisce la verità, dice di avere assistito alla sua vendita per 3.000 dollari ad un trafficante di persone, che la porta nel nord Italia e qui cerca di farla prostituire e subisce violenze di ogni tipo. Ospite per qualche tempo della Caritas, trova un lavoro presso un bar insieme ad un'altra ragazza ucraina, dove riceve pressioni quotidiane perché si prostituisca di nuovo con i clienti del bar. (*il cliché della donna straniera prostituta aggiunge violenza a violenza*). La ragazza riferisce *uno stato di confusione e disperazione tale, che tenta il suicidio con farmaci imprecisati (sedativi?)*. Attualmente vive in casa di un'anziana signora invalida e le fa assistenza, ci tiene a dire che è molto buona, ma non ha un momento libero, fa fatica persino ad allontanarsi per i colloqui psicologici.

Da questo caso si evidenzia *l'importanza di vedere oltre al sintomo proposto* per individuare il contesto di vita in cui si inserisce, difficilmente al primo incontro possiamo capire il problema completo. Inoltre si evidenzia *l'importanza del lavoro con la mediazione professionale in ambulatorio*, la mediazione improvvisata (amiche o marito), non tutela la volontà della donna, né permette di comprendere i problemi e i comportamenti. La mancanza di mediazione, può favorire da parte degli operatori, anche in buona fede la tentazione di fare di questa difficoltà un alibi ad utilizzare una comunicazione semplificata e quindi dei comportamenti clinici stereotipati e poco efficaci per comprendere la realtà vera della donna.

Caso N° 2 Cina (Taiwan) anni 35 è in Italia per studio.

Si presenta perché teme di essere incinta e chiede eventualmente IVG. Torna con test di gravidanza e chiede di proseguire la gestazione. Alcuni giorni dopo riceviamo numerose telefonate del partner (italiano) molto arrabbiato perché „dice“ la mediatrice ha manovrato la signora per impedirle di fare l'IVG” La signora ha fatto l'IVG senza ritornare da noi, ma ci telefona perché sta male. Dall' aborto ha dolori addominali, al primo contatto non comprendiamo bene, perché manca la mediatrice, ma la donna è molto sofferente e diamo un secondo appuntamento, per avere la mediatrice presente. Solo in questo modo possiamo capire che il partner approfittando della scarsa conoscenza della lingua l'ha convinta di essere portatrice di una grave malattia pericolosa per la gravidanza. Aveva guardato gli accertamenti eseguiti da cui risultava una positività per toxoplasmosi, segno di immunità. La ragazza con l'aiuto della mediatrice, ci riferisce di un partner aggressivo sia fisicamente che verbalmente, tanto che noi temiamo per la sua incolumità e la inviamo alla casa delle donne. L'uomo è aggressivo anche con la mediatrice colpevole di avere intralciato il suo desiderio di fare abortire la donna, che successivamente tornerà a Taiwan. In questo caso gioca la differenza culturale e la scarsa padronanza della lingua che da enorme potere al partner, per manipolare a suo favore la volontà della donna. Gioca il fatto che la ragazza fosse affittuaria insieme ad altre ragazze di un appartamento (ricatto abitativo) di proprietà del partner e la paura della malattia del nascituro, che è molto forte in Cina ed è un dato culturale specifico di questa popolazione

Testimonianze di donne maltrattate viste dalla mediatrice culturale

L'approccio dalla violenza visto dalla mediatrice culturale è l'approccio dalla parte della donna dei suoi sentimenti e delle sue paure, perciò è fondamentale tenere conto dell'ottica della mediatrice, per meglio comprendere come agire, nell'interesse reale della donna.

Aicha ha fatto una ricerca qualitativa, intervistando donne maltrattate in ospedale con il metodo del racconto libero. Ponendosi come donna insieme alla donna e soprattutto come donna araba insieme all'altra donna della stessa cultura ha potuto raccogliere racconti paure desideri delle donne.

Aspetti culturali della violenza

I genitori hanno in mente un modello cui i figli devono adeguarsi a seconda del loro sesso, l'adulto tende ad mettere in atto una vera e propria selezione automatica degli interventi a seconda del sesso.

Le bambine crescono con l'idea del futuro mitico " da buona sposa" fin dall'infanzia, cioè una donna e formata a questo destino che se impara da piccola, sarà più brava a servire i maschi da grande "una sposa e una madre esemplare". Soprattutto...” una sposa che non fosse ripudiata per qualunque motivo dal proprio marito” parole di Hanan, una donna ricoverata per il maltrattamento del cognato.

I matrimoni imposti sono qualcosa che si tramanda di madre in figlia per cui neppure le donne della famiglia possono intervenire e anzi condividono ciò che viene

imposto a una di loro. Spesso, le donne che arrivano dal Maghreb, non sanno né leggere né scrivere, non hanno mai visto tanta gente diversa. L'esperienza della loro vita quotidiana nel nuovo paese è una sfida continua. Molte di loro arrivano pensando di ritornare presto al loro paese. Però, una volta che nascono i bambini, quello che doveva essere un soggiorno temporaneo diventa la vita intera.

In Magreb la “violenza in famiglia” più che la “violenza maschile contro le donne, o le mogli, cioè violenza domestica è attribuita alle caratteristiche di personalità dell'uomo violento e della donna maltrattata. Il comportamento maschile è frutto di ansie e frustrazioni profonde, le relazioni sono spesso conflittuali e la donna non sa staccarsi. Una donna araba che denuncia suo marito, padre dei suoi figli e mal vista non solo dalla sua famiglia, ma soprattutto dalla società dove vive.

Come fa una donna a denunciare un “stupro coniugale” per esempio quando questo non esiste né nella sua cultura, ma neppure nelle regole della giustizia?

Medici, psicologi, assistenti sociali, polizia e giudici non sempre riconoscono la violenza e le sue conseguenze; a volte, attribuiscono alle vittime la responsabilità della violenza;

Un operatore del consolato marocchino di Torino ha redarguito una donna marocchina vittima, di maltrattamento del marito.”.. Si vergogni signora, nella nostra cultura la donna non va denunciare il padre dei suoi figli, e poi cosa voi? L' ha sposata, l'ha preferita ad un italiana e l'ha portata in Italia”. Quando nasci femmina, non sei tanto accettata, cresci sottomessa dei fratelli maschi e dei padri e quando ti sposi devi essere sottomessa al marito.” Dice : Khadija del Marocco. “La donna esce tre volte nella sua vita, la prima volta dalla pancia della madre, la seconda volta quando va sposa del marito e la terza volta quando va alla tomba”. E' una frase che sento molto spesso nel mio lavoro dagli uomini arabi. Jalna Hanmer si chiedeva “ perché gli uomini picchiano (violentano, perseguitano, uccidono) le loro mogli?. E non poteva fare a meno di rispondere:”perché possono farlo impunemente”. E aggiunge: “non è che tutti gli uomini lo facciano, ma tutti, se volessero, potrebbero farlo” questo per dire non esiste per forza dietro la violenza di un uomo contro una donna, una cultura o una religione, ma un uomo violento, che trova nella tradizione e nella consuetudine giustificazione per il proprio comportamento.

La mediatrice di fronte alla violenza di genere nella donna immigrata

Molte donne si erano rivolte a più istituzioni sociali, anche se a volte la prima richiesta era avvenuta dopo anni di violenza. La molteplicità delle richieste, contribuisce a mettere in discussione lo stereotipo della passività delle vittime di maltrattamento; il lasso di tempo necessario ad alcune di loro per farlo indica la difficoltà a superare l'umiliazione e la vergogna, e a volte la paura di ritorsioni da parte dell'uomo.

Come si può essere neutri quando la mediatrice vede e sente l'ingiustizia, quando vede il rifiuto ad un aiuto a una donna che ha bisogno di sostegno e con una violenza visibile? Come si può non reagire di fronte a risposte negative sulla base di “giustificazione” che in parte si sovrappongono: difesa dell'uomo, difesa della fa-

miglia e alla colpevolizzazione della donna, quando il rifiuto della parte dei servizi equivale allo schierarsi esplicitamente dalla parte dell'uomo violento..

Nelle risposte dei servizi e degli operatori sanitari, possiamo ritrovare tutti i tipi descritti, nella maggioranza dei casi si tratta comunque spesso di risposte inappropriate. Temendo la reazione dei servizi, le donne immigrate si fidano con la mediatrice culturale, ma facendola giurare di non dire nulla al medico. E' il caso di molte donne marocchine che si rivolgono al pronto soccorso dopo essere state picchiate, violentate e dicono di essere scivolate e purtroppo, di frequente chi le accoglie non approfondisce. Spesso le donne immigrate ricevono rifiuti e alla fine rinunciano a chiedere aiuto per uscire dalla situazione di pericolo e sofferenza. Questi atteggiamenti dei servizi, confermano i loro dubbi, i sensi di colpa, il disprezzo per se stesse, che il marito ha cercato di inculcare loro in tutti i modi.

Quando le donne muovono i primi passi per lasciare l'uomo violento, sono spesso i servizi i primi a non capire. Alcune donne si rivolgono alle questure, con segni di percosse visibili e la mediatrice, a volte, deve tradurre "Signora, non faccia denuncia, è pur sempre suo marito". "in fin dei conti è il papà di sua figlia, stia attenta: gli rovina la vita. Ma è proprio convinta? Lasci passare un po' di giorni". La mediatrice culturale, davanti a casi simili, sente un senso di impotenza, disperazione, rabbia solitudine, perché sa che la donna, fuori dai servizi, troverà di nuovo il marito violento.

Sarebbe ingiusto non sottolineare le risposte appropriate di alcuni operatori sanitari, anche se meno numerose: il medico di base o la psicologa che riconoscono la gravità di quel che sta succedendo e sostengono la donna nel processo presa di coscienza e di decisione.

Conclusioni

Per concludere, le donne migranti sono più fragili rispetto la violenza di genere, perché meno tutelate nei loro diritti dalla legge e dal contesto sociale, perché scarsamente consapevoli della possibilità di opporsi a comportamenti violenti. Se si rivolgono ai servizi socio-sanitari e alla polizia per ottenere il rispetto dei loro diritti come essere umani (in primo luogo, la salvaguardia della loro vita e dignità) si trovano, a volte, di fronte a comportamenti inadeguati e a servizi scettici, questo riduce la loro speranza di uscire da un contesto maltrattante. Spesso le donne immigrate maltrattate non hanno solidarietà e aiuto da parte della famiglia d'origine. La legge sull'immigrazione peggiora la situazione della donna perché la moglie è legata al permesso di soggiorno del marito e di conseguenza, condizionata e ricattata dalla paura che il marito non lo rinnovi. Le donne migranti, difficilmente esprimono il problema o lo esprimono ancora meno delle donne italiane. Il corpo, ancora di più che per le donne occidentali, sembra essere sede del dolore vissuto, quindi è nell'accoglienza e nell'attenzione al significato dei sintomi, che il personale dei servizi deve ricercare la chiave di lettura per favorire il racconto della violenza vissuta.

Quindi che fare? Avere presente la possibilità di una situazione di violenza in atto o nella storia, anche remota, nel caso in cui la donna ripropone alcuni sintomi addo-

mino-pelvici o genitali frequentemente; di fronte ad IVG ripetute provare ad approfondire la storia della donna, prima di esprimere giudizi. In sintesi cercare di affrontare sempre il sintomo nella sua complessità e domandarsi quali altri significati potrebbe avere, senza negare gli aspetti biologici, ma inserendoli nel contesto generale della persona, per proporre un percorso d'aiuto e sostenere la donna nell'affrontare l'uscita dalla situazione di violenza. In questi contesti la presenza della mediazione è particolarmente importante per capire e per tutelare la volontà della donna, la mediatrice, appartiene alla cultura d'origine crea riconoscimento reciproco tra la donna e il servizio, permette di separare la donna dall'intermediazione del partner violento.

Questo lavoro è solo una parte di un percorso, che sappiamo essere lungo, perché richiede cambiamenti sostanziali, culturali e nelle istituzioni. Ma una cosa si può fare, tenere sempre presente che la violenza contro le donne e contro le donne migranti è violazione dei diritti umani e che come operatori siamo in "prima linea" sia per cogliere i segnali di sofferenza sia per offrire sostegno alle donne migranti nei nostri paesi.

Bibliografia e siti

1. Campagna Europea rompere il silenzio; Europa [http://. Europa.eu.int](http://Europa.eu.int). AA.VV (1995),
2. Amnesty International, Mai più! Fermiamo la violenza sulle donne, EGA, Torino 2004
3. "Come incontriamo i segni della violenza" intervento di Metella Dei al corso di formazione "Violenza fisica e sessuale sulle donne e i minori: conoscere per condividere un percorso assistenziale" per operatori dei Servizi consultoriali della ASL 3 della Toscana svoltasi a Ponte Buggianese nell'Aprile 2005.
4. Violenza Sulla Donna: Introduzione al Fenomeno, Gruppo Nazionale AOGOI su violenza sessuale V.Dubini (U.O. Ginecologia e Ostetricia, ASL 4, Prato) Atti 80° convegno SIGO 2003
5. Migrazione, salute, cultura, diritti. Un lessico per capire Salvatore Geraci, Bianca Malsano, Marco Mazzetti. Caritas diocesana di Roma, Area sanitari, 2005.
6. Project *Say no to violence* Programme Daphne 2002/2003 (Edited by: R.Costantino – M. Morotti) Hanno collaborato: M.G. Caccialupi, E. Cammelli, B. De Leonibus, D. Dosi, V. Ferrari, C.M. Garavini, L. Granzotto, J. Mato, L. Parmeggiani, L. Prata, F. Pullini, V. Savigni, C. Tavalazzi, A. Veduti, A. M. Vega Alexandersson, L. Vigetti, P. Vitello)
7. Final Report Project *Say no to violence* Programme Daphne 2002/2003 Edited by: R.Costantino – M. Morotti Hanno collaborato: M.G. Caccialupi, E. Cammelli, B. De Leonibus, D. Dosi, V. Ferrari, C.M. Garavini, L. Granzotto, J. Mato, L. Parmeggiani, L. Prata, F. Pullini, V. Savigni, C. Tavalazzi, A. Veduti, A. M. Vega Alexandersson, L. Vigetti, P. Vitello
8. Manuel Finelli Regional Officer for Europe per Ecpat International, Minorenni in vendita in una democrazia in transizione: lo sfruttamento sessuale con finalità

commerciali dell'infanzia CITTADINI IN CRESCITA Bambini e adolescenti nel mondo, Rivista del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza Anno 3 Numero 1/2002 Istituto degli Innocenti Firenze.

9 I COLORI DELLA NOTTE, migrazioni, sfruttamento sessuale, esperienze di intervento sociale. A cura di Francesco Carchedi, Anna Piccolini, Giovanni Mottura, Giovanna Campani. Ed: Franco Angeli, 2000

10 ecpat International, Questions and answers about commercial sexual exploitation of children, Bangkok, 2001.

11 Baccini F, Pallotta N, Calabrese E et al Prevalence of sexual and physical abuse and its relationship with symptom manifestations in patients with chronic organic and functional gastrointestinal disorders. Dig Liver Dis 35(4): 256-61, 2003

12 Swahnberg K, Wijma B, Wingren G et al Women's perceived experiences of abuse in the health care system: their relationship to childhood abuse. British Journal Obstetrics Gynaecology 111:1429-36, 2004

13 Hilden M, Schei B, Swahnberg et al A history of sexual abuse and health: a nordic multicentre study. British Journal Obstetrics Gynaecology 111:1121-27, 2004

14 Mezey G, Bacchus L, Bewley S, White S Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. British Journal Obstetrics Gynaecology 112:197-204, 2005

15 Campbell J C Health consequences of intimate partner violence Lancet 359:1331-36, 2002

16 Cold J, Petruckevitch A, Chung WS et al Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care attenders. Br J Psychiatry 183:332-9, 2003

17 Leserman J, Drossman DA, Li Z et al Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how type of abuse impact health status. Psychosom Med 58(1):4-15, 1996

18 Golding JM Sexual assault history and headache: five general population studies, J Nerv Ment Dis 187(10): 624-9, 1999

19 Ulrich YC, Cain KC, Sugg NK et al Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence, Am J Prev Med 24(1): 9-15, 2003

20 Campbell J, Jones AS, Dienemann J et al Intimate partner violence and physical health consequences. Arch Intern Med 162(10): 1157-63, 2002

21 Lampe A, Solder , Ennemoser A et al Chronic pelvic pain and previous sexual abuse. Obstet Gynecol 96(6): 929-33, 2000

22 Davila GW, Bernier F, Franco J et al Bladder dysfunctioning in sexual abuse survivors. J Urol 170(2 pt 1): 476.9, 2003

23 Leonard LM, Follette VM Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: review of the empirical literature and clinical implication. Annu Rev Sex Res 13:346-88, 2002.

24 Bodden-Heidrich R, Kuppens V, Beckmann MW Chronic pelvic pain

syndrome and chronic vulvar pain syndrome: evaluation of psychosomatic aspects. J Psychosom Obstet Gynaecol 20(3): 145-51, 1999

25 Bremner JD, Vythilingam M, Vermetten E et al MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry 160(5): 924-32, 2003

26 Janicki T I Chronic pelvic pain as a form of complex regional pain syndrome. Clin Obstet Gynecol 46(4): 797-803, 2003

27 Milburn A, Reiter RC, Rhomburg A Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain, Obstet Gynecol Clin N Am 20:643-61, 1993

28 Sapolsky RM, Uno H, Rebert CS et al Hippocampal damage associated with prolonged glucocorticoid exposure in primates. J Neurosci 10:2897-902, 1990

29 Porcerelli JH, Cogan R, West PP et al Violent victimization of women and men: physical and psychiatric symptoms. J Am Board Fam Pract. 16(1): 32-9, 2003 AA. Vv, a volto scoperto. DONNE E Diritti Umani, Manifestolibri, Roma 2002

30 Amnesty International, Donne in prima linea, ECP, Fiesole 1995

SITI DI INTERESSE

AMNESTY International: amnesty.org/actforwomen/index-eng

AIDOS: <http://www.aidos.it/>

ECPATinternational: <http://www.ecpat.net/eng/index.asp>

ECPAT Italia: <http://www.ecpat.it/>

ONU: www.un.org (inglese) - www.onuitalia.it (italiano)

Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne (CEDAW):.

Prevalenza e incidenza dell'infezione da HIV in immigrati a Brescia

M.C. Pezzoli^{1,2}, C. Scolari¹, C. Scarcella¹, A. M. Indelicato, F. Speziani¹, E. Grassi¹, A. Rodella³, A. Ricci², I. El-Hamad^{1,2}

¹ Azienda Sanitaria Locale di Brescia,

² Dipartimento di Malattie Infettive, Spedali Civili di Brescia,

³ Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio, Spedali Civili di Brescia

Razionale: Secondo alcune osservazioni gli immigrati in Italia sono considerati una popolazione vulnerabile e verosimilmente più esposta alle malattie sessualmente trasmesse (MST), in particolare all'infezione da HIV. Tuttavia, attualmente non disponiamo di sufficienti dati a livello nazionale sulla reale diffusione dell'infezione da HIV nella popolazione immigrata.

Obiettivi: In questa ottica, la presente indagine si propone l'obiettivo di valutare, in una popolazione semi-aperta di immigrati prevalentemente irregolari, i seguenti parametri:

- 1- il grado di accettabilità e fattibilità di un'indagine sierologica per HIV
- 2- il tasso di prevalenza dell'infezione da HIV nella popolazione in toto
- 3- il tasso di incidenza dell'infezione da HIV in una coorte di soggetti immigrati
- 4- il luogo presunto di acquisizione dell'infezione da HIV.

Materiali e metodi: Lo studio è stato condotto presso l'ambulatorio Migranti del Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale (CSI) dell'ASL di Brescia, nel periodo compreso tra il 15 gennaio 2004 ed il 15 gennaio 2006. La popolazione di studio è stata individuata con modalità random tra i pazienti afferenti all'ambulatorio mediante definiti criteri di inclusione che erano: età compresa tra i 18 e i 65 anni e provenienza da paesi extra-comunità europea; costituivano, invece, criteri di esclusione l'incapacità di fornire un consenso informato, l'esecuzione della sierologia per HIV nei sei mesi precedenti e lo stato di gravidanza. Per tutti i pazienti che avevano fornito un consenso informato, è stata compilata una scheda cartacea per la registrazione dei dati clinico-epidemiologici ed anagrafici. Inoltre, è stato somministrato ai pazienti un questionario conoscitivo riguardante: abitudini sessuali, abuso di sostanze stupefacenti e pregresse trasfusioni di sangue o emoderivati. Per quanto riguarda i comportamenti sessuali, i soggetti sono stati suddivisi in gruppi distinti: Commercial Sex Workers (CSW) sono le persone che praticano sesso in cambio di denaro, Promiscuità Sessuale (PS) sono le persone omosessuali o eterosessuali che hanno riferito rapporti sessuali occasionali o che erano clienti di CSW, Nessun Fattore di Rischio (NFR) sono le persone che hanno un partner fisso o che non hanno riferito alcun fattore di rischio. I pazienti arruolati sono stati invi-

tati a recarsi al Laboratorio di Sanità Pubblica dell'ASL di Brescia per eseguire un prelievo ematico per l'esecuzione delle indagini previste. Su ogni campione ematico prelevato è stata ricercata la presenza di anticorpi anti-HIV mediante il test "AxSYM HIV Ag/Ab Combo". I pazienti HIV+ sono stati sottoposti al test di conferma; il test impiegato è stato "INNO-LIA HIV I/II Score", metodica LIA (Line Immuno Assay), che permette di confermare la presenza di anticorpi anti-HIV-1, inclusi gruppo O, e anti-HIV-2, nonché di discriminare tra infezione da HIV-1 e HIV-2. Per ogni paziente, inoltre, sono stati archiviati 1,5 cc di siero, suddivisi in 3 aliquote da 0,5 cc ciascuna e conservati in un apposito spazio alla temperatura di -20 C°. Ai pazienti che sono risultati HIV negativi è stato consigliato di ripetere il test a distanza di almeno 6-12 mesi, preceduto dalla somministrazione del relativo questionario. Per definire il presunto luogo di infezione dei soggetti HIV+, è stata analizzata l'epoca di infezione da HIV in rapporto all'epoca migratoria dei soggetti. L'epoca di infezione è stata definita mediante il test "AxSYM HIV 1/2gO assay", che permette di datare l'infezione attraverso la valutazione dell'indice di avidità anticorpale. Convenzionalmente, l'infezione da HIV è considerata "recente" (entro sei mesi dalla data dell'esame) nei casi in cui il valore dell'indice di avidità sia inferiore o uguale a 0,80 e "non recente" in tutti gli altri casi. Parimenti, l'epoca migratoria è stata definita "recente" nei casi in cui il tempo intercorso tra l'arrivo in Italia e l'esecuzione del test per HIV sia inferiore a sei mesi e "non recente" in tutti gli altri casi. Tutti i dati sono stati informatizzati tramite l'utilizzo del database Access 2000; per l'analisi statistica dei risultati è stato utilizzato il programma SPSS per Windows, versione 12.0.

L'analisi statistica è stata condotta mediante due test:

- Chi-quadrato, con i rispettivi Odds Ratio (OR) ed Intervallo di Confidenza (IC) del 95%, per

saggiare l'ipotesi di indipendenza statistica tra le variabili qualitative prese a due a due

- ANOVA, per il confronto tra variabili quantitative.

Un valore di P two tailed $\leq 0,05$ è stato il livello di significatività statistica considerato.

Risultati: Complessivamente l'indagine è stata proposta a 2107 soggetti, di cui 2023 hanno fornito il consenso informato. Di questi ultimi, i pazienti che si sono effettivamente recati al Laboratorio di Sanità Pubblica per eseguire il prelievo ematico sono stati 1424. Sulla base di questi dati, l'accettabilità iniziale di questa prima fase dell'indagine è stata pari al 96% (2023/2107), mentre la fattibilità è risultata uguale a 67,6% (1424/2107). Di tutti i soggetti risultati HIV negativi al primo test, 199 sono stati nuovamente osservati in ambulatorio a distanza di almeno sei mesi dal primo contatto. Di questi, 193 hanno fornito il consenso a ripetere l'indagine e 164 hanno di fatto eseguito il secondo prelievo ematico per HIV. L'accettabilità e la fattibilità della seconda fase dello studio sono risultate pari al 97% (193/199) e all'82,4% (164/199) rispettivamente.

Le principali caratteristiche socio-demografiche ed epidemiologiche dei 1424 soggetti inclusi nello studio al tempo zero sono di seguito riportate. I soggetti erano di sesso prevalentemente femminile (54,1%) e di età mediana pari a 31 anni (range 18-65). Il 45,4% dei soggetti ha dichiarato di essere celibe/nubile, mentre 626 soggetti (44%) erano coniugati, anche se il 77,2% di questi viveva lontano dal coniuge; il 7,4% era divorziato/separato, mentre 46 soggetti si sono dichiarati vedovi/e. L'epoca migratoria, intesa come periodo intercorso tra la data di arrivo in Italia e la data di esecuzione del prelievo ed espressa in mesi, era pari ad una mediana di 18 mesi (range 1-241). Per quanto riguarda la provenienza, 676 soggetti (47,5%) sono risultati di origine Europea (est Europa), il 22,6% era originario dell'Africa sub-sahariana, il 14% dell'Asia, il 10,6% del Nord Africa mentre 76 soggetti, pari a 5,3%, provenivano dal centro-sud America. In riferimento, invece, ai singoli Paesi di origine, i primi 10 Paesi sono stati: Moldavia (21,8%), Ucraina (12,8%), Nigeria (9%), Senegal (8%), Romania (7,2%), Pakistan (6,9%), Egitto (5,6%), Cina (3,4%), Marocco (3,2%) e Albania (2,5). Il credo religioso prevalente è risultato essere quello cristiano, pari al 64,3% (di cui ortodosso nel 53,8% dei casi, cattolico nel 44,6% e protestante nell'1,6%), mentre il 29,6% professava la religione islamica. Poco rappresentate sono state le religioni orientali, pari al 2,9% (buddismo 1,7%, sick 0,9% e induismo 0,4%), mentre il 2,9% dei pazienti ha dichiarato di non professare alcun credo. Per quanto riguarda il grado di istruzione, la maggior parte dei pazienti della nostra casistica (76,5%) ha frequentato la scuola per più di 8 anni. Inoltre, il 54,6% è risultato essere in possesso di un diploma o di una laurea, mentre solo una minoranza pari al 7,2% era analfabeta o con un grado di istruzione elementare. Considerando l'attività lavorativa, 760 pazienti (53,4%) hanno dichiarato di avere un'occupazione almeno precaria, mentre il restante 46,6% era disoccupato. In relazione alla condizione giuridica, la quasi totalità dei pazienti (87,5%) non era in possesso di un permesso di soggiorno valido e il 98% non era iscritto al SSN. I dati relativi ai fattori di rischio associati all'infezione da HIV e al comportamento sessuale sono disponibili per 1277 pazienti. Di questi il 28,5% ha riferito rapporti etero- o omo-bisessuali promiscui, il 4,9% ha dichiarato di essere CSW, mentre 3 soggetti (0,2%) hanno riportato una storia di abuso di sostanze stupefacenti per via endovena. Solo 1 soggetto (0,1%) è risultato sottoposto ad emotrasfusione nel paese d'origine, mentre più della metà dei soggetti (66,2%) non ha presentato alcun fattore di rischio. Tra i 430 soggetti che hanno riferito comportamento sessuale a rischio solo 72 (16,7%) riferivano un regolare utilizzo del preservativo. Dei 1424 soggetti che si sono sottoposti al primo prelievo ematico, 23 sono risultati HIV positivi. La prevalenza dell'infezione nella nostra popolazione di studio, quindi, è risultata pari all'1,6%. Le caratteristiche salienti dei pazienti HIV+ erano: la prevalenza del sesso femminile (60,9%), la provenienza dall'Africa sub-sahariana nell'87% dei casi (di cui il 65% proveniva dalla Nigeria) e dall'Europa nel rimanente 13%, la religione cristiana nell'87% dei casi e islamica nel 13%. 9 soggetti (39,1%) riferivano rapporti eterosessuali promiscui, 8 (34,8%) svolgevano attività di CSW, mentre 6 pazienti (26,1%) non presentavano alcun fattore di rischio.

L'uso del condom tra i soggetti HIV+ che hanno avuto un comportamento sessuale a rischio, è risultato irregolare nella quasi totalità dei casi (94,1%). All'analisi univariata, le variabili che sono risultate associate ad un maggior rischio di infezione da HIV sono state: la provenienza dall'Africa sub-Sahariana ($p = 0,000$; OR 24,260; IC 7,161- 82,187), l'essere CSW ($p=0,000$; OR 20,339; IC 6,817-60,682) e la promiscuità sessuale ($p = 0,000$; OR 3,535; IC 1,249–10,006). La provenienza dall'Africa sub-Sahariana ha rappresentato una variabile significativamente correlata al rischio di infezione da HIV+, indipendentemente dalla contemporanea presenza di CSW o di persone sessualmente promiscue.

L'incidenza da HIV è stata valutata nei 164 soggetti immigrati HIV negativi al tempo zero, in cui è stato possibile ripetere il test per HIV in occasione di un secondo contatto ambulatoriale a distanza di tempo prestabilito. La sommatoria dei mesi di osservazione di ciascun paziente è risultata pari a 1603 mesi, con un periodo medio di osservazione di 9,7 mesi. In nessun caso è stata osservata una sieroconversione e l'incidenza di HIV nella coorte è risultata pari a zero.

La valutazione del presunto luogo di acquisizione dell'infezione da HIV è stata effettuata per 21 dei 23 soggetti HIV positivi, di cui è stato possibile disporre di un siero archiviato. In base ai risultati del test di avidità anticorpale e alla correlazione tra l'epoca di infezione e l'epoca migratoria sono stati individuati quattro possibili pattern:

- 1- soggetti con infezione recente e migrazione recente: 4,8% (1/21)
- 2- soggetti con infezione non recente e migrazione non recente: 66,7% (14/21)
- 3- soggetti con infezione recente e migrazione non recente: 23,8 (5/21)
- 4- soggetti con infezione non recente e migrazione recente: 4,8% (1/21)

L'esame dei diversi pattern sopra esposti può suggerire almeno tre possibili scenari interpretativi: nel caso in cui l'epoca migratoria e l'epoca di infezione risultino coincidenti (71,5% dei soggetti), l' infezione può essere stata contratta sia nel paese d'origine sia nel paese di approdo degli immigrati. Nel caso in cui l'epoca migratoria sia inferiore all'epoca di infezione (4,8%), è probabile che il luogo di infezione sia il paese di origine. Infine, nei casi in cui l'epoca migratoria sia superiore all'epoca di infezione (23,8%), il luogo di infezione è verosimilmente rappresentato dal nostro paese.

Discussione e conclusioni: I risultati preliminari di questo studio dimostrano innanzitutto una elevata accettabilità ed una buona fattibilità di un'indagine epidemiologico-sierologica nella popolazione immigrata, che per entrambi i parametri studiati raggiunge oltre i due terzi dei soggetti a cui è stata proposta. Questo dato, apparentemente in contrasto con l'opinione più diffusa, sottolinea l'importanza del contesto e delle modalità con cui tali indagini vengono condotte. Nel nostro caso, la presenza di una struttura dedicata ed adeguatamente pensata per le problematiche sanitarie degli immigrati ha rappresentato un elemento fondamentale per la realizzazione dello studio. Inoltre, la persistente carenza di dati sulla reale diffusione dell'infezione da HIV negli immigrati nel nostro paese suggerisce la necessità di

attuare ulteriori ricerche su popolazioni di immigrati più aperte e con estrema semplificazione dei percorsi e delle procedure di studio.

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

Le informazioni circa le abitudini sessuali mettono in evidenza un'alta percentuale di soggetti con pratiche sessuali a rischio per HIV ed uno scarso utilizzo dei mezzi meccanici di prevenzione della malattia, come il condom. Questo dato, non del tutto inatteso, assume maggiore importanza se si considera che altri studi, condotti anche presso il nostro centro, hanno evidenziato che oltre la metà dei soggetti immigrati irregolari recentemente arrivati in Italia non dispongono di sufficienti conoscenze sulle dinamiche di trasmissione del virus HIV e sulle modalità di prevenzione della malattia. Questi elementi possono giustificare, almeno sul piano teorico, una maggiore vulnerabilità di questa popolazione nei confronti dell'infezione da HIV.

Queste considerazioni trovano conferma nell'alta prevalenza dell'infezione da HIV registrata nella nostra popolazione di studio. Infatti, il tasso di prevalenza è stato pari all'1,6% ed è chiaramente più elevato rispetto ai tassi di prevalenza di HIV nella popolazione locale, calcolati sulla base di stime più o meno plausibili del numero di persone autoctone HIV+ a livello nazionale. Questa differenza è evidentemente influenzata dalla "selezione" della popolazione di studio al momento dell'arruolamento, che è avvenuto in una struttura a bassa soglia in grado di esercitare un effetto di richiamo su immigrati non altrimenti assistiti. I soggetti immigrati inclusi nello studio sono stati, infatti, individuati tra coloro che si rivolgono per motivi di salute ad un "ambulatorio medico per immigrati irregolari" e, di conseguenza, costituiscono una popolazione comunque selezionata all'origine rispetto all'universo degli immigrati nella nostra area, in cui possono concentrarsi alcune frange di immigrati particolarmente esposti all'infezione da HIV. A supporto di questa ipotesi, l'analisi statistica ha messo, infatti, in evidenza che le variabili significativamente correlate al rischio di risultare HIV positivo erano la promiscuità sessuale, l'essere prostituta e la provenienza dall'Africa sub Sahariana.

Tuttavia, il più elevato rischio di essere HIV+ registrato nei soggetti originari dall'Africa Sub Sahariana, può dipendere anche dalla più elevata diffusione di tale patologia nei paesi di origine, ma il riscontro in essi di una prevalenza di HIV di gran lunga inferiore a quelle riportate in letteratura nelle loro aree di provenienza può suggerire che il grado di diffusione dell'infezione tra gli immigrati non sia legato alla situazione epidemiologia nei paesi di provenienza, ma sia anche diretta

conseguenza delle condizioni di vita nel paese di approdo come, ad esempio, l'emarginazione sociale, le condizioni economiche, l'accesso alle strutture sanitarie, il livello di consapevolezza del rischio e il grado di accesso alle campagne di prevenzione.

Ad ulteriore conferma di quanto sopra citato, i dati relativi alla definizione del presunto luogo di acquisizione dell'infezione mediante il test di avidità, dimostrano come nella stragrande maggioranza dei casi il luogo di infezione può essere sia il paese ospite sia il paese di origine e come questo sia legato anche ad un limite del test, che non è in grado di datare l'infezione con estrema precisione. Tuttavia, se si escludo i soggetti in cui non è stato possibile stabilire con precisione il luogo di infezione, nella maggiore parte dei soggetti rimanenti l'infezione è stata verosimilmente contratta nel nostro paese (23% versus 4,8%).

Infine, la dimensione dell'infezione da HIV negli immigrati può essere meglio compresa con la valutazione della incidenza e mediante la sua correlazione con i fattori di rischio per HIV. Nella nostra coorte di 164 soggetti l'incidenza di HIV è stata pari a zero dopo un follow up medio di circa 10 mesi; tuttavia, l'esiguità del campione e la brevità del periodo di osservazione non consentono al momento di trarre indicazioni conclusive in questo ambito.

In conclusione, nella nostra esperienza l'infezione da HIV negli immigrati si conferma una tematica di importanza crescente e rappresenta una priorità per i moderni sistemi sanitari dei paesi di approdo degli immigrati. Una migliore comprensione di questa problematica richiede iniziative ed investimenti di ricerca volti a studiarne il profilo clinico ed epidemiologico.

La popolazione immigrata mal si presta, per la sua eterogeneità e la grande diversificazione etnica, ad essere considerata come una categoria unica, a rischio omogeneo per HIV. Diversi studi hanno dimostrato che lo stato di migrante di per sé non costituisce un rischio aggiuntivo per HIV ma, in analogia con quanto accade nella popolazione locale, l'infezione da HIV negli immigrati è legata al comportamento sessuale e alla presenza di riconosciuti fattori rischio per l'acquisizione della patologia.

Di conseguenza, risulta importante individuare, all'interno della popolazione di immigrati, i sottogruppi di popolazione a maggiore rischio, come ad esempio le persone dedite alla prostituzione e i clienti di prostitute, cui indirizzare più incisive campagne di informazione e sensibilizzazione in tema di HIV. Tali interventi devono essere in grado di raggiungere i soggetti target e dovrebbero essere realizzati in modo comprensibile per soggetti con differenti modelli di comunicazione socialmente e culturalmente fondati.

Le iniziative di carattere scientifico, epidemiologico, preventivo ed educazionale sono però destinate a non conseguire un apprezzabile successo senza interventi paralleli in ambito sociale, volti a favorire l'integrazione del migrante nel tessuto sociale e lavorativo.

Evitare di stigmatizzare gli immigrati è dunque un esercizio di buon senso che può essere oggi sostenuto sulla base di ricerche scientifiche.

Infezione da HIV e immigrati negli ultimi cinque anni di attività del nostro Centro.

S. Mancuso, V. Abbadessa.

Servizio di Riferimento Regionale per la diagnosi di AIDS e sindromi correlate.
Università degli Studi di Palermo.

Introduzione

La malattia da HIV è complessa poiché è la risultante di diverse separate epidemie e di diverse entità cliniche anche nella stessa regione. Ogni epidemia coinvolge differenti fasce di persone con frequenze varie e con pratiche e comportamenti a rischio diversi.. Nella nostra realtà socio-sanitaria un importante elemento che conferma il quadro di complessità e di eterogeneità dell'infezione da HIV è rappresentato dalla presenza di pazienti sieropositivi di provenienza extra-comunitaria. Si tratta di soggetti immigrati, provenienti da aree ad elevata endemia (Africa subsahariana) che, per le problematiche specifiche legate alla loro malattia, necessitano di programmi assistenziali dedicati.

Obiettivi

Scopo del nostro lavoro è quello di riportare i dati relativi agli ultimi cinque anni di attività del nostro Centro (2001- febbraio 2006) che riguardino l'afferenza di nuovi pazienti HIV positivi di provenienza extra-comunitaria, cercando di approfondire gli aspetti specifici (epidemiologici e clinici) che possano creare una distinzione rispetto alla popolazione locale.

Materiali e metodi

Lo studio fa riferimento alla casistica del Centro di Riferimento Regionale per la diagnosi di AIDS e sindromi correlate, che opera all'interno del Policlinico Universitario di Palermo in collaborazione con le restanti unità operative, nonché con la realtà territoriale della città e della provincia. Le caratteristiche del nostro Centro (ambulatorio e Day-hospital) facilitano il contatto con una vasta ed eterogenea popolazione a rischio, la cui composizione varia fedelmente con il variare dei trend epidemiologici. I dati tendono a confrontare le principali caratteristiche demografiche, immunologiche e cliniche tra i soggetti immigrati HIV positivi e soggetti HIV positivi di nazionalità italiana, pervenuti per la prima volta alla nostra osservazione nell'arco di tempo indicato. L'analisi descrittiva fa pertanto riferimento ad età, sesso, comportamento a rischio, stadio clinico CDC (1993) in entrambi i gruppi di popolazione. Si riportano inoltre i dati relativi alla modalità di presentazione presso il nostro Centro dei soggetti di altra nazionalità (spontanea o secondaria ad invio da altra struttura) e alla presenza di patologie o condizioni cliniche di accompagnamento; si segnala, sempre in questo gruppo di pazienti, l'avvio o meno della terapia

HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy), l'aderenza alla terapia e la possibilità di effettuare un follow-up regolare nel tempo.

Risultati.

Nel periodo 2001-febbraio 2006 si sono aggiunti alla nostra casistica 117 nuovi pazienti HIV positivi, di cui 20 di provenienza extra-comunitaria. La media annuale di presentazione per gli immigrati è stata del 16% (con la punta massima del 34,7% nel 2004).

Per quanto riguarda la nazionalità di provenienza, il 40% proveniva dalla Costa d'Avorio, il 25% dalla Nigeria e con eguale percentuale del 5% sono state registrate le seguenti nazionalità: Etiopia, Camerun, Eritrea, Kenia, Ghana, Marocco e Montenegro.

L'afferenza al nostro Centro è avvenuta spontaneamente solo in un caso. 13 pazienti sono stati avviati alla nostra struttura dall'Ambulatorio Immigrati del nostro Policlinico, 3 pazienti dalla Clinica medica, 2 pazienti dalla Clinica Ostetrica e Ginecologica e 1 paziente da Casa Circondariale.

Il confronto tra caratteristiche epidemiologiche e cliniche tra popolazione locale e immigrati è riportata in tab. 1. Si osserva una netta divergenza per i quattro parametri esplorati, evidenziandosi la netta prevalenza del sesso femminile, età media inferiore, comportamento a rischio eterosessuale presente nella quasi totalità dei casi e stadio clinico meno avanzato negli extra-comunitari, mentre nella popolazione italiana prevale il sesso maschile, età media più elevata, comportamento a rischio eterogeneo, con presenza di tossicodipendenza, e stadio clinico più avanzato. Focalizzando l'analisi solo sui pazienti stranieri, per quanto riguarda il valore medio dei CD4 e della carica virale alla presentazione erano rispettivamente di 307/mm³ (range 78-500) e 91.800 copie/ml (range <40 e > 750.000).

Sempre in questo gruppo di pazienti, tra le condizioni cliniche o malattie da accompagnamento si segnalano: 2 gravidanze, 1 cisti ovarica, 1 infezione da HPV, 2 anemie da carenza marziale.

L'HAART è stata avviata nel 50% dei casi, ma l'aderenza registrata è stata buona solo in 4 pazienti su 10.

Il follow-up, che in genere prevede un calendario di visite e controlli trimestrali, è stato regolare e continuo solo in 3 pazienti su 20.

Discussione

A 25 anni dalla sua insorgenza, l'AIDS rimane una malattia di notevole spessore, che pone numerosi problemi di ordine clinico, prognostico, terapeutico, ma anche etico, psicologico e sociale.

In strutture con la nostra tipologia (dedicata esclusivamente al management dell'AIDS e che per questo aiuta a concentrare i pazienti e a non disperderli) si può osservare l'evoluzione temporale della malattia e si possono affrontare i molteplici aspetti assistenziali.

Gli extra-comunitari sono una importante realtà per il territorio siciliano e per la nazione intera. Si collocano in una area di particolare interesse a causa della loro provenienza geografica (in genere zone ad elevata endemia per HIV) e perché la loro situazione di precarietà li rende particolarmente vulnerabili all'acquisizione dell'infezione nei nostri paesi. Per quanto già riportato circa la necessità di differenti ambiti di assistenza per l'infezione da HIV, occorre partire da un'analisi dei molteplici aspetti clinici della malattia in differenti gruppi di popolazione, nonché dalla considerazione degli aspetti etici, psicologici, epidemiologici, sociosanitari e degli eventuali limiti delle nostre reti organizzative.

Dalla nostra esperienza le principali caratteristiche epidemiologiche dei pazienti con altre nazionalità divergono significativamente rispetto alla popolazione italiana. L'assenza dei più tradizionali fattori di rischio quali tossicodipendenza ed omosessualità, impone la diversificazione dei programmi di prevenzione e di screening. L'età tendenzialmente più giovane e la massiccia presenza di soggetti di sesso femminile (secondaria alla trasmissione eterosessuale) in questo gruppo richiede una conoscenza completa ed aggiornata del problema HIV/gravidanza e di tutti ciò che sta a monte nel rapporto "donna e AIDS". Quindi è necessario una strategia dedicata alla donna in età fertile, con tutto ciò che riguarda la corretta informazione e i programmi educativi ai fini di limitare gli effetti moltiplicativi di gravità di eventuali gravidanze (fondamentalmente la trasmissione verticale). La presa in carico globale di queste pazienti, come è facilmente intuibile, richiede l'integrazione con altre competenze specialistiche, in particolar modo i ginecologi.

Lo stadio non molto avanzato di malattia da noi osservato nei soggetti immigrati, dovrebbe essere un vantaggio per potere attuare il trattamento anti-HIV in tempi precoci e migliorare le prospettive di salute a lungo termine. Tuttavia, a fronte di un'efficienza dei centri, tra cui principalmente le strutture dedicate agli immigrati, che consigliano ed effettuano lo screening dell'infezione da HIV, facilitando una diagnosi che altrimenti verrebbe procrastinata in fasi cliniche sintomatiche, non si riescono a trattenere in un programma terapeutico o in un semplice follow-up i pazienti extra-comunitari. Le ragioni che si possono individuare saranno numerose: la difficoltà da parte dei pazienti di accettare la malattia e con essa la terapia che ne deriva, la difficile integrazione della terapia in una esistenza per altre ragioni fragile e soggetta ad ogni forma di precarietà (economica, residenziale, affettiva, etc.). Può entrare in gioco un'eccessiva mobilità dei pazienti tra i vari centri o sul territorio italiano o europeo in generale: in questo caso è carente la comunicazione e il collegamento tra i centri, a tutto discapito della salute stessa dei pazienti. L'esperienza acquisita in questi anni insegna come bisogna intensificare gli sforzi di collaborazione tra i vari soggetti sociali e sanitari che ruotano intorno ai pazienti HIV positivi immigrati da aree extra-comunitarie. Bisogna sempre più lavorare in equipe, coinvolgendo figure indispensabili quali l'infermiere, lo psicologo, l'assistente sociale, il mediatore culturale, il volontario. Soltanto una visione unitaria dei problemi della persona umana, immigrata, HIV positiva insieme con

l'intensificazione delle reti assistenziali possono aiutare a migliorare la qualità e il livello di assistenza che possono essere offerti.

Confronto delle caratteristiche epidemiologiche e cliniche

tra soggetti HIV positivi italiani ed extracomunitari		
	Italiani	Extracomunitari
Sesso	M=73% F=27%	M=40% F=60%
Età (valori medi)	38 anni	30 anni
Comportamenti a rischio	Tossidipendenza=36% Omosessualità=28% Contatti eterosessuali=29% Trasfusi=2% Fattore non determinato=5%	Omosessualità=5% Contatti eterosessuali=95%
Stadio clinico CDC	AIDS (C1+C2+C3)=17% A1+A2+A3=53% B1+B2+B3=30%	C3=1% A1+A2+A3=72% B1+B2+B3=27%

Tabella 1

Bibliografia

Italian public and non-governmental organizations related to HIV/AIDS infection and migrant populations.

Ann Ist Super Sanità, 2004; 40(4):433-9. Petrosillo N; Colucci A; Luzi AM; Gallo P; Palmieri F.

Istituto Nazionale di Malattie Infettive L.Spallanzani, Roma

Risposte fornite dalle strutture pubbliche ai bisogni di salute delle persone straniere nell'ambito dell'infezione da HIV e dell'AIDS

A. Colucci¹, P. Gallo¹, G. Carosi², I. El Hamad², V. Vullo³, T. Prestileo⁴, N. Petrosillo⁵ e A.M. Luzi¹

(1) Istituto Superiore di Sanità, Roma - (2) Spedali Civili di Brescia - (3) Università "La Sapienza", Roma - (4) Ospedali Casa del Sole e Pisani, Palermo - (5) INMI Lazzaro Spallanzani, Roma

INTRODUZIONE

Da alcuni anni i paesi ad economia avanzata dell'Europa Occidentale sono interessati da costanti flussi migratori di persone che, spinte da condizioni precarie di vita nei paesi d'origine, si muovono con la speranza di raggiungere uno status di maggiore benessere e libertà. Anche l'Italia si è trasformata da paese di emigrazione in "meta migratoria preferenziale" ed ha dovuto confrontarsi con problematiche di tutela della salute della popolazione straniera anche per quanto riguarda le malattie infettive, tra le quali l'AIDS[1-4].

In Italia, il Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità ha rilevato un aumento della proporzione di casi cumulativi di AIDS notificati a cittadini stranieri (dal 4,4% nel 1994-95 al 17,6% nel 2004-05), [5] Il trend in crescita delle diagnosi di AIDS, registrato nell'ultimo decennio, potrebbe essere determinato anche da un aumento della popolazione straniera (circa 3 milioni con regolare permesso di soggiorno al primo gennaio 2005) [6]. Inoltre, uno studio sui casi di AIDS diagnosticati in cittadini stranieri evidenzia, a partire dal 1996 con l'introduzione delle terapie antiretrovirali altamente efficaci, una diminuzione dei tassi di incidenza delle nuove diagnosi di AIDS, così come è stato osservato anche tra gli italiani [7].

La letteratura scientifica evidenzia alcune criticità nell'accesso e nella fruibilità delle strutture pubbliche e nel livello di conoscenze sull'infezione da HIV/AIDS e sulle modalità di effettuazione del test per la ricerca degli anticorpi anti-HIV. Ciò comporta per il cittadino straniero, difficoltà a sottoporsi ad accertamenti clinici che potrebbero favorire diagnosi tempestive e cure farmacologiche adeguate [8-13]. In Italia, infatti, la proporzione delle persone straniere che hanno ricevuto la diagnosi di HIV in coincidenza con quella di AIDS è pari al 69,5% vs il 36,1% di persone italiane per le quali il tempo tra il primo test con esito positivo e la diagnosi di AIDS è uguale o inferiore a 6 mesi [5].

A ciò si aggiunge una non sempre adeguata risposta delle strutture sanitarie pubbliche ai bisogni di salute espressi dai cittadini stranieri. In particolare, tali nodi critici riguardano le modalità comunicativo-relazionali degli operatori sanitari e la difficoltà del sistema sanitario a riorganizzare i servizi in funzione delle reali esigenze del target.

Sulla base di tali considerazioni alcuni esperti, componenti del National Focal Point italiano (progetto europeo AIDS & Mobility), hanno proposto, all'interno del

V Programma Nazionale di Ricerca sull'AIDS – 2003, uno studio su “Sviluppo di programmi di prevenzione volti ad individuare i bisogni di salute dei cittadini stranieri in merito all'infezione da HIV/AIDS attraverso il coinvolgimento del National Focal Point italiano”. Ciò al fine di monitorare le modalità di risposta fornite dalle strutture sanitarie italiane ai bisogni di salute delle persone straniere in merito all'infezione da HIV.

Il presente lavoro vuole essere un contributo in questo ambito.

Obiettivo

Confrontare le strategie di intervento messe in atto da strutture sanitarie presenti sul territorio nazionale a favore della popolazione straniera coinvolta nelle problematiche dell'infezione da HIV e dell'AIDS.

Materiali e metodi

E' stata costruita una scheda raccolta dati ed inviata ai responsabili (precedentemente contattati per via telefonica) di strutture impegnate nell'ambito dell'infezione da HIV con le persone straniere.

La scheda costituita da 45 quesiti, permette di focalizzare l'attenzione sull'organizzazione della struttura (tipologia, figure professionali coinvolte, formazione, prestazioni erogate), sulle caratteristiche delle persone straniere che vi afferiscono (sesso, provenienza, status, tipo di richiesta formulata) e sugli interventi di prevenzione promossi dal singolo centro. Alcuni quesiti, inoltre, indagano sulle criticità emergenti nella relazione professionale tra operatore sanitario e cittadino non italiano (lingua, cultura, aderenza alle misure preventive e al trattamento).

RISULTATI

Il 47,3% delle strutture contattate, ha restituito la scheda dati compilata.

L'analisi dei dati evidenzia che le prestazioni erogate riguardano principalmente: interventi di screening/test (83,9%), di counselling vis à vis (69,7%) e di medicina specialistica (53,5%). La “confidenzialità” è assicurata nell'76,3% delle strutture, mentre il 7,7% garantisce il pieno anonimato anche se la persona non ne fa esplicita richiesta.

Dai dati si evince che il 7,7% delle strutture contattate ha promosso interventi preventivi rivolti alla popolazione straniera..

Le strutture rilevano lo status legale, il sesso e la provenienza degli stranieri, rispettivamente, nel 36,1%, nel 62,6% e nel 66,5% dei casi.

Le richieste più frequentemente formulate dalle persone straniere sono relative al test HIV (76,1%), a visite mediche (59,4%), analisi chimico-cliniche (58,1%).

Dai dati si evince che le criticità maggiormente incontrate dagli operatori sanitari nella relazione professionale con la persona straniera riguardano: differenze linguistiche (77,9%), differenze culturali (43,1%), rispetto degli appuntamenti per visite mediche o analisi cliniche (41,9%), adesione al trattamento (34,9%), comunicazione/informazione su salute e malattia (33,7%).

CONCLUSIONI

Lo studio ha permesso di rilevare, se pur in modo non esaustivo, la tipologia di risposte fornite dalle strutture sanitarie pubbliche alla popolazione straniera che vi afferrisce.

I risultati mostrano una notevole eterogeneità non solo nel target (molteplici provenienze geografiche), ma, anche, nell'offerta dei servizi e nelle modalità di erogazione di cure e prestazioni.

Denominatore comune a tutte i centri contattati sembrerebbe essere la presenza di aree critiche all'interno della relazione professionale tra operatore e persona straniera. Tali criticità riguardano prevalentemente differenze di lingua di cultura e di sistemi di riferimento che costituiscono, talvolta, un ostacolo all'accesso e alla piena fruibilità dei servizi presenti sul territorio.

La ricerca ha fornito una panoramica dell'attuale situazione italiana, evidenziando come nonostante la Legislazione italiana garantisca il diritto alla salute per tutti i cittadini stranieri anche senza documenti, di fatto ancora oggi si rilevano barriere organizzative nel Sistema Sanitario Nazionale che impediscono un completo soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino straniero. Tale considerazione avvalorerà la necessità di un impegno comune per la promozione di buone prassi e per l'attuazione di programmi e di interventi realmente efficaci.

Bibliografia

1. Hamers FF, Alix J, Downs AM. HIV among migrant populations in Europe. Atti XIV International AIDS Conference. Barcelona (Spagna), July 7-12, 2002.
2. Del Amo J, Bröring G, Hamers FF, Infuso A and Fenton K. Monitoring HIV/AIDS in Europe's migrant communities and ethnic minorities. AIDS 2004;18:1867-1873.
3. Hamers F, Downs AM. The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? Lancet 2004;364:83-94.
4. Del Amo J, Erwin J, Fenton K, Gray K. AIDS & Mobility: Looking to the Future. Migration and HIV/AIDS in Europe - Recent developments and needs for future action. Woerden (The Netherlands): Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ) - European Project AIDS & Mobility; October 2001. p. 18.
5. Suligoi B, Boros S, Camoni L, Lepore D AIDS cases in Italy: update to 31 December 2004. Not Ist Super Sanità 2004; 17(10) suppl.1.
6. Istituto Nazionale di Statistica – ISTAT. La popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2005. <http://www.istat.it> (ultima consultazione 6 aprile 2006)

7. Cacciani L, Rosano A, Camoni L, Boros S, Urciuoli R, Rezza G, Baglio G, Colucci A, Pezzetti P. Casi di AIDS diagnosticati in Italia tra cittadini stranieri (1982-2000). 2005 Rapporti ISTISAN 05/39
8. Petrosillo N, Colucci A, Luzi AM, Gallo Palmieri F per il gruppo National Focal Point. Ann Ist Super Sanità 2004;40(4):433-439
9. Saracina A, El Hamad I, Ptato R, Cibelli DC, Tartaglia A, Palombo E, Pezzoli MC, Angarano G, Scotto G and the SIMIT Study Group. AIDS Patient Care and STDs 2005;19(9):599-606
10. Mc Donald JT, Kennedy S. Insights into the “healthy immigrant effect”: health status and health service use of immigrants to Canada. Soc Sci Med 2004;59(8):1613-27.
11. Leduc N, Proulx M. Patterns of health services utilization by recent immigrants. J Immigr Health 2004;6(1):15-27.
12. Dray R and Lert F. Social health inequalities during the course of chronic HIV disease in the era of highly active antiretroviral therapy. AIDS 2003;17:283-290.
13. Stronks K, Ravelli ACJ, Reijnders SA. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? J Epidemiol Community Health 2001;55:701-707.

INTOSSICAZIONI DA FITOSANITARI SU LAVORATORI EXTRACOMUNITARI AGRICOLI IN PROVINCIA DI RAGUSA

M. Conticello, G. Miceli, L. Bongiovanni
S.Pre.S.A.L. - A.U.S.L. n° 7 – Ragusa

Lo S.Pre.S.A.L. della AUSL 7 di Ragusa interviene su un territorio con delle specifiche peculiarità. Si tratta, infatti, della provincia più meridionale d'Italia, con una area agricola con la più alta concentrazione di serre della nazione e dove insiste da anni una agricoltura intensiva tecnologicamente avanzata. In questo contesto lavorativo il ricorso all'uso di prodotti chimici per favorire e proteggere la produzione orticola e floricola è massivo.

Geograficamente il fatto di essere, dopo l'isola di Lampedusa, la costa più meridionale d'Italia ed in assoluto la più vicina all'isola di Malta, espone la provincia di Ragusa al fenomeno degli sbarchi di clandestini, fatto che, unito alla richiesta locale di manodopera per l'agricoltura a basso costo, fa di questa provincia il luogo ideale per "l'accoglienza" e lo sfruttamento lavorativo di tali soggetti.

Lo S.Pre.S.A.L., nell'ambito dei suoi compiti di prevenzione e di tutela della salute dei lavoratori, ha attenzionato le problematiche di igiene e sicurezza del lavoro derivanti dall'uso di prodotti fitosanitari. Tra queste ha rilevato la particolare frequenza degli episodi di intossicazione acute occorrenti ai lavoratori agricoli ed ha avviato iniziative per una completa conoscenza del fenomeno. In particolare, è stato messo a punto un sistema di ricerca attiva dei casi attraverso l'esame dei registri del Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri provinciali, strategia che ci ha permesso di evidenziare un fenomeno, quello delle intossicazioni da fitosanitari, altrimenti misconosciuto. L'attività del servizio ha coinciso con le indicazioni sulla rilevazione delle intossicazioni acute di cui all'accordo 08.05.03 tra Stato, Regioni e Province Autonome per l'adozione dei Piani nazionali triennali di sorveglianza sanitaria ed ambientale su eventuali effetti derivanti dall'utilizzazione dei prodotti fitosanitari.

Dall'analisi della copiosa casistica rilevata è emerso che gli eventi sono determinati da una sottovalutazione del rischio per un grave deficit informativo e formativo e per la mancata utilizzazione delle elementari procedure di protezione .

Per contrastare il fenomeno il servizio sta investendo le proprie risorse, in collaborazione con il locale Ispettorato Agrario nella formazione dei lavoratori che intendono acquisire l'autorizzazione all'uso di fitosanitari ed in collaborazione con il SIAN dell'AUSL 7 nella formazione dei rivenditori di prodotti fitosanitari.

Analizzando i dati in nostro possesso (anni dal 2001 al 2005) è possibile evidenziare come i lavoratori extracomunitari coinvolti in casi di intossicazione da fitosanitari rappresentino una percentuale sul totale dei casi compresa tra il 6% ed il 27% (media 15%) x anno.

Si tratta certamente di dati sottostimati in quanto risulta chiaramente appurato che molti soggetti con sintomi non gravi di intossicazione non si rivolgono alle cure del S.S.N.; inoltre, trattandosi spesso di soggetti senza fissa dimora – 72,5 % - non si riesce a condurre una valida indagine epidemiologica.

La criticità del sistema utilizzato nella ricerca attiva è causato dal fatto che trattasi di ricerca retrospettiva, quando cioè non è più possibile intervistare il soggetto vittima di intossicazione e quindi vanificare, relativamente a questi casi, la raccolta di dati sia tossicologici che epidemiologici.

Per tale motivo, al fine di superare la criticità evidenziata, si è ritenuto opportuno coinvolgere in prima persona nella ricerca i presidi di Pronto Soccorso ed e reparti di cura territoriali, con la segnalazione in tempo reale del caso ed il prelievo di sangue ed urine per l'identificazione della sostanza responsabile dell'intossicazione.

Dall'esame dei casi su cui si è riusciti a svolgere indagine emerge come i soggetti intossicati siano tutti sforniti sia di “ patentino “, sia di DPI e vengano comunemente utilizzati per effettuare trattamenti con prodotti estremamente pericolosi come il Metomil o l'Idrossicianammide.

Che la assoluta carenza di formazione sia la principale causa di tale evento viene inoltre testimoniato dal fatto che, nell'ambito dei “patentini” rilasciati dal 2003 ad oggi, quelli rilasciati a lavoratori extracomunitari costituiscono solo il 3% del totale – 85 su 2613- e, ovviamente, parliamo di lavoratori regolari.

Emerge chiaramente quindi la necessità di elaborare strategie che permettano una maggiore formazione ed informazione sui rischi di questi lavoratori, oltre ovviamente la necessità di una chiara regolamentazione delle politiche sull'immigrazione per consentire condizioni di lavoro quantomeno umane.

Le strategie che questo SPreSAL intende ulteriormente elaborare riguardano la collaborazione con gli Ambulatori per Stranieri, avviati sul nostro territorio da MSF ed oggi gestiti dalla nostra ASL, al fine di monitorare sia le esposizioni acute a fitosanitari sia gli effetti di quelle pregresse ed infine coinvolgere i presidi di Guardia Medica per la rilevazione di quei casi che inevitabilmente non giungono all'osservazione dei Pronto Soccorso e dei reparti di cura ospedalieri.

E' innegabile, inoltre, che una azione di controllo sulle aziende agricole che fanno grande uso di lavoratori extracomunitari avrebbe un benefico effetto sulla formazione di tali lavoratori; è infatti già accaduto che aziende sottoposte ad ispezione abbiano avviato a formazione specifica i lavoratori utilizzati per i trattamenti con fitosanitari.

Risulta quindi evidente che, oltre a piani sanitari più o meno validi, è necessario che i servizi siano messi nelle condizioni di operare proficuamente tramite opportuni potenziamenti.

TBC ed Immigrati

L. Sutera, G. Cassarà, G. Fazio, M. Lupo, M. Carella, L. Malfa
Università degli Studi di Palermo
Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti
Servizio di Medicina delle Migrazioni

L'infezione tubercolare (TBC) riguarda un terzo dell'intera popolazione mondiale e l'esistenza di ceppi resistenti alla terapia sta assumendo notevole criticità soprattutto nei soggetti socialmente svantaggiati, come le persone senza dimora e gli immigrati non regolari, che spesso vivono in condizioni, che favoriscono il contagio e lo sviluppo della TBC.

Al nostro Ambulatorio-DH di Medicina dei Viaggi, del Turismo e delle Migrazioni dell'Università di Palermo afferiscono gli immigrati, che non sono in regola e ai quali prestiamo assistenza sanitaria attraverso l'erogazione del codice STP (straniero temporaneamente presente).

MATERIALI E METODI

Abbiamo considerato tutti i ricoveri in regime di Day Hospital, effettuati negli anni 2002, 2003, 2004 e 2005 ponendo attenzione ai casi di TBC.

Gli obiettivi dell'arruolamento sono stati:

- Analisi dei principali dati socio-demografici di ogni singolo caso
- Prevalenza della positività per l'intradermoreazione di Mantoux
- Prevalenza annuale della TBC
- Prevalenza dei fenomeni di farmaco-resistenza in persone con scarsa integrazione socio-sanitaria.

A tutti i pazienti arruolati nello studio sono stati effettuati:

- Attenta visita medica
- Intradermoreazione di Mantoux
- RX torace
- Eventuale ecografia addominale
- Eventuale TC torace
- Esame colturale dell'espettorato
- Eventuale broncoscopia e BAL
- Dosaggio di IgG e IGM per BK
- Dosaggio degli indici di flogosi (VES, Fibr C, Proteine sieriche, PCR, ferritina)

RISULTATI

Il numero totale dei pazienti, afferiti al nostro Ambulatorio–DH, è stato 929, di cui 333 nell'anno 2002, 246 nel 2003, 250 nel 2004 e circa 300 nel 2005 (dati non definitivi)

I casi di TBC sono stati 49, di cui 11 nel 2002, 14 nel 2003, 3 nel 2004 e 22 nel 2005 (dati non definitivi).

Dei 49 soggetti con TBC 14 erano donne e 35 uomini. Tutti i pazienti arruolati erano giunti alla nostra osservazione come visita di primo livello (essendo immigrati non in regola e non potendo usufruire di altri enti, che erogano assistenza sanitaria).

La metà dei pazienti presi in esame vivevano in Italia da pochi mesi e la maggior parte alloggiava presso una comunità di accoglienza. I sintomi più frequentemente accusati erano: tosse, calo ponderale e febbre.

La popolazione più rappresentata era quella del Bangladesh con 9 casi di TBC, poi il Sudan con 5 casi, 6 del Marocco, 3 della Costa D'Avorio, 2 del Perù, 5 dell'Etiopia, 1 della Germania, 1 della Liberia, 1 del Mali, 1 del Senegal, 1 dello Srilanka, 1 della Tunisia, 1 dell'Ecuador, 1 del Ceylon, 1 del Congo, 2 dell'Eritrea, 2 del Ghana, 1 della Guinea, 1 della Liberia, 1 di Mali, 1 della Nigeria, 1 della Norvegia e 1 del Pakistan (tabella 3)

L'età media era 35 anni. Il più giovane dei pazienti aveva 17 anni e proveniva dal Bangladesh e la più anziana era una paziente del Ceylon di 78 anni.

35 casi di TBC erano a localizzazione polmonare (di uno di questi casi si attendono i risultati per appurare eventuale concomitante localizzazione tiroidea), 9 linfonodale, 3 splenica, 1 renale e ovarica ed 1 ossea (vertebre della colonna vertebrale).

38 casi presentavano positività alla lettura della Mantoux dopo 48 h.

32 presentavano monocitosi

37 presentavano indici di flogosi aumentati.

24 con aumento dei livelli di IgG ed IgM per BK

12 presentavano esame colturale dell'espettorato positivo per BK

1 caso presentava esame colturale delle urine positivo per BK .

In tre casi si è verificata farmaco-resistenza:

Caso n. 1: TBC polmonare e splenica riguardante un paziente proveniente dal Pakistan, di 28 anni, giunto alla nostra osservazione per faringodinia, febbre, dolore ipocondriaco sinistro e calo ponderale (10 Kg in 4 mesi). All'esame obiettivo si apprezzava palpatoriamente una milza debordante l'arcata costale, di consistenza dura e linfadenopatia periferica. Sono stati effettuati RX torace ed ecografia splenica, che sono risultati essere positivi per processo specifico. Sono state effettuate: ricerca microscopica diretta sull'espettorato di micobatteri (Ziehl-Neelsen, Kinyum) con evidenza di presenza di bacilli acido-alcol resistenti e ricerca colturale di micobatteri (con metodo tradizionale), in cui è stato isolato il *Micobacterium Tuberculosis*. In prima istanza è stata praticata terapia con Rifampicina 600 mg/die,

Isoniazide 200 mg/die, Etambutolo 500 mg/die e Streptomina 1 g im per 15 giorni. Dopo tre mesi di terapia, al controllo si evidenziava RX torace, invariato rispetto al precedente, e all'ecografia dell'addome la situazione splenica risultava essere peggiorata. Per tali motivi è stata effettuata Broncoscopia con BAL e l'esame microbiologico e batteriologico, che sono risultati positivi per BK. Successivamente è stata modificata la terapia con Claritromicina, Streptomina e Isoniazide. Al follow-up le condizioni del paziente erano notevolmente migliorate.

Caso n. 2: TBC polmonare riguardante una donna di 39 anni del Perù. La paziente con anamnesi positiva per TBC polmonare (trattata quattro anni prima con Rifampicina, Etambutolo e Isoniazide) giungeva alla nostra osservazione per tosse, febbre e toracoalgie.

All'esame obiettivo si apprezzavano ronchi e sibili diffusi, la RX torace appariva positiva per quadro specifico e la ricerca microscopica diretta sull'espettorato di micobatteri (Ziehl-Neelsen, Kinyum) evidenziava la presenza di bacilli acido-alcòl resistenti; inoltre la ricerca colturale di Micobatteri con metodo tradizionale mostrava isolamento dei Micobacterium Tuberculosis.

È stata quindi praticata terapia con Micobutin, Claritromicina, Streptomina ed Isoniazide con consecutivo miglioramento del quadro clinico.

Caso n. 3: TBC polmonare riguardante un uomo di 39 anni, proveniente dal Ghana, con storia di TBC trattata con Isoniazide, Rifampicina; era giunto alla nostra osservazione per febbre, prurito notturno ed emoftoe; presentava monocitosi, indici di flogosi aumentati, quadro radiologico del torace peggiorato rispetto al precedente (2003). Ha iniziato terapia con Rifampicina, Isoniazide, Etambutolo e Pirazinamide.

CONCLUSIONI:

Dai nostri dati emerge che la maggior parte dei soggetti, affetti da TBC, erano di sesso maschile (tabella 2), relativamente giovani, giunti in Italia da poco tempo e costretti a vivere in alloggi precari, in pessime condizioni igienico-sanitarie.

Aumento del numero dei casi di TBC riscontrati nell'anno 2005 rispetto agli anni passati (tabella 3)

La positività al test alla tubercolina risultava essere quasi assoluta (tabella 4).

Prevalente la TBC a localizzazione polmonare, rari i casi di TBC renale, ovarica e ossea

I casi di farmaco-resistenza sono stati tre.

Tabella 1

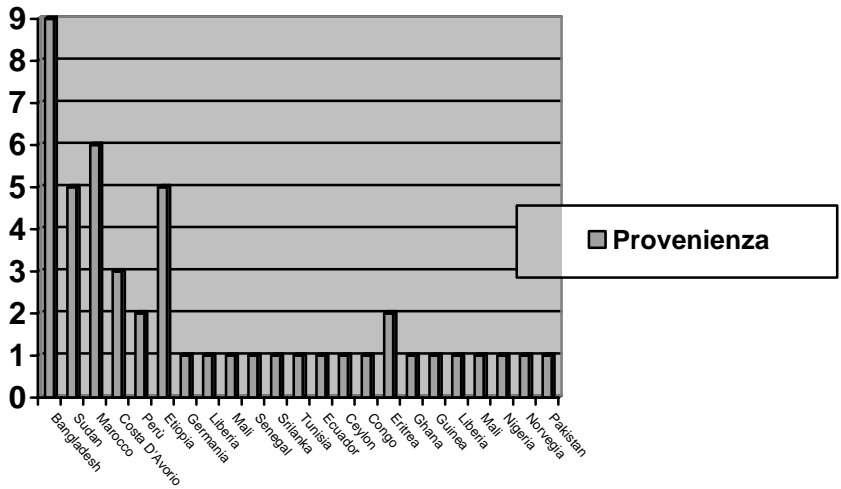


Tabella 2

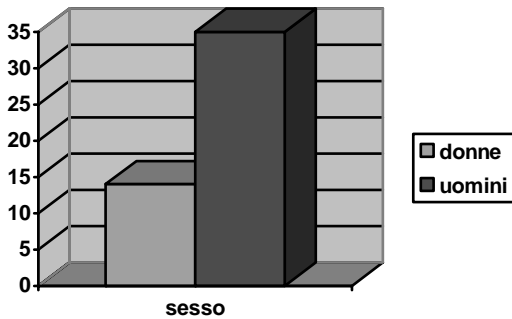


Tabella 3

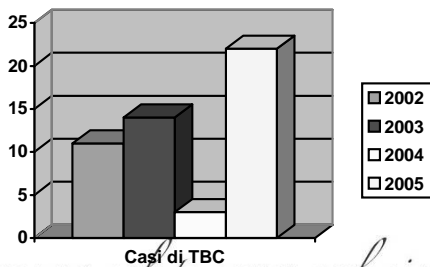
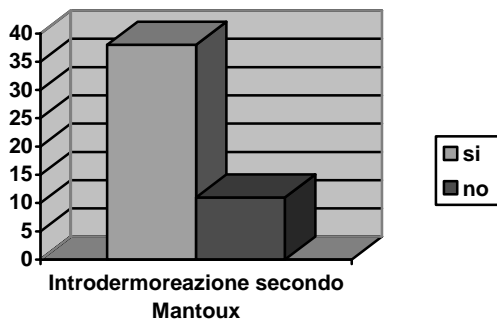


Tabella 4



ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE: IL COLORE DELLA PROFESSIONALITA'

Cinzia Melchiori¹, Laura Rasero², Patrizia Mondini¹

¹ U.O. Formazione Professionale - Azienda Sanitaria Firenze

² Dipartimento di Sanità Pubblica - Università degli Studi di Firenze

Abstract

Il nostro paese è caratterizzato da un forte fenomeno migratorio che determina una realtà socio-sanitaria sempre più multietnica. Le differenze culturali ed in particolare i concetti di salute e malattia, possono creare grosse problematiche nell'assistenza dei migranti. Se ciò è evidente in ambito ospedaliero, il problema è ancor più importante nell'assistenza infermieristica domiciliare, dove alla prestazione tecnico-pratica si aggiunge necessariamente l'educazione sanitaria.

Nel discutere il caso clinico di una neonata da genitori magrebini e affetta da una grave malattia intestinale, presa in carico dal servizio infermieristico domiciliare dell'Azienda Sanitaria di Firenze, vengono evidenziate le difficoltà all'empowerment dovute alle differenze culturali fra operatori e genitori.

E' necessaria e improrogabile, per gli operatori, un'ampia e appropriata formazione transculturale se si vuole superare questi problemi e fornire un'assistenza efficace, competente e rispettosa delle diversità: colore della pelle, lingua, cultura, religione.

Parole chiave: nursing transculturale, multietnicità, infermieristica domiciliare

INTRODUZIONE

Negli ultimi venti anni, a seguito dell'esplosione demografica nei paesi in via di sviluppo e della conseguente ricerca di posti di lavoro e migliori prospettive di vita, la presenza degli immigrati nei paesi occidentali è fortemente aumentata; questo fenomeno, in continuo e costante aumento, sta modificando la nostra società, la quale è ormai caratterizzata da contesti etnico-culturali molto vari e spesso lontani dai nostri.¹

Tra i paesi europei, l'Italia è una delle mete preferenziali di immigrazione collocandosi al quarto posto, dopo Germania, Francia e Gran Bretagna, per presenza di immigrati⁵.

Se, in tale situazione, uno dei problemi concerne l'accessibilità e la fruibilità dei servizi socio-sanitari da parte dei migranti, dall'altra è indiscutibile che gli operatori sanitari vengano sempre più frequentemente a contatto con culture e stili di vita differenti fra loro, diversi dai nostri e tali da rendere alquanto difficile l'accoglienza e la comprensione dei bisogni dell'altro. Se il problema è molto sentito in ambito ospedaliero, - reparti di degenza e dipartimenti di emergenza/urgenza

- le difficoltà si moltiplicano quando si deve intervenire a livello territoriale. L'infermiere domiciliare, infatti, può trovarsi di fronte scenari culturali in cui i concetti di salute, malattia e igiene possono rifarsi a parametri educativi così diversi dai propri da suscitare paure e pregiudizi fino all'etnocentrismo professionale (imposizione dei propri valori ed abitudini professionali, ritenute superiori).

Quando il servizio di Assistenza Domiciliare riguarda i bambini, in particolare se affetti da patologie croniche, le problematiche aumentano poiché gli interventi degli operatori non sono solamente indirizzati verso la prestazione tecnico-pratica, ma anche e soprattutto verso l'educazione dei genitori all'autonomia gestionale. Si intuisce come le difficoltà e i problemi siano magnificati tutte le volte che ci si trovi di fronte a genitori di altra etnia.

Prendendo spunto da un caso clinico occorso al servizio di assistenza domiciliare del distretto 4 dell'Azienda Sanitaria di Firenze riguardante una neonata da genitori magrebini e affetta da una particolare malattia intestinale, vengono analizzate e discusse le problematiche, in particolar modo quelle relazionali, insorte fra operatori sanitari e genitori e la loro possibile soluzione.

CASO CLINICO

Per Miriam e la sua famiglia, i problemi iniziano un mese dopo la nascita quando viene portata d'urgenza all'ospedale pediatrico di Firenze per la comparsa di vomito post-prandiale ripetuto associato a diarrea sanguinolenta. Durante il ricovero, in terapia intensiva prima e nel reparto di malattie infettive successivamente, vengono eseguiti accertamenti diagnostici (Esofagogastroduodenoscopia e colonscopia), i quali mettono in evidenza una marcata atrofia dei villi intestinali con un quadro istologico che pone la diagnosi di "enteropatia a ciuffi"; in pratica una rarissima forma di malassorbimento che porta ad una diarrea intrattabile. Durante il ricovero è istituita una nutrizione parenterale totale (NPT) tramite catetere venoso centrale (CVC) e dopo circa 20 giorni, migliorate e stabilizzate le condizioni generali, la bambina viene dimessa, con la prospettiva di una nutrizione parenterale domiciliare sicuramente per un lungo periodo di tempo e probabilmente a vita.

Per l'equipe dell'assistenza infermieristica domiciliare, tutto comincia nel tardo pomeriggio del giorno della dimissione, quando il padre della piccola Miriam si presenta alla portineria del distretto con una richiesta di assistenza domiciliare rilasciata dal reparto di malattie infettive.

La coordinatrice infermieristica, vista la genericità della richiesta e parimenti resasi conto della criticità del caso sulla base del racconto del genitore, contatta il personale del reparto di dimissione per avere ulteriori chiarimenti e per richiedere l'intervento del team nutrizionale pediatrico; apprende così la mancata attivazione del team nutrizionale prima della dimissione. Avvisata immediatamente, l'equipe si reca a domicilio della piccola paziente provvedendo ai bisogni urgenti.

La complessità del caso e le importanti criticità ad esso associate emergono il giorno dopo, quando la coordinatrice ne discute con il personale infermieristico:

1) dimissione pomeridiana; 2) mancanza di segnalazione al servizio di assistenza domiciliare da parte del reparto di dimissione; 3) mancanza di coinvolgimento del Team Nutrizionale Pediatrico;

4) assenza di esperienza del personale in assistenza pediatrica; 5) assenza del pediatra di famiglia; 6) mancanza di un'adeguata formazione dei genitori durante il ricovero.

Constatata la molteplicità delle problematiche, viene concordata la necessità di utilizzare l'approccio metodologico del case-management³.

Gli steps seguiti dal case-manager sono di seguito elencati:

- a) visita domiciliare per la valutazione del contesto familiare: ambedue i genitori sono originari del Marocco e da diversi anni residenti in un vecchio quartiere alle porte di Firenze. Il padre, lavoratore autonomo, impegnato per circa 12 ore al giorno, buona conoscenza dell'italiano; la madre, casalinga, scarsa conoscenza dell'italiano e poco inserita socialmente; primogenito di 6 anni, nato a Firenze con regolare frequenza scolastica, ottima conoscenza dell'italiano, capisce ma non parla la lingua dei genitori
- b) attivazione del pediatra di famiglia
- c) programmazione e organizzazione di approfondimenti sia formativi presso il reparto di terapia intensiva neonatale per tutta l'equipe infermieristica, sia operativi a domicilio insieme al team nutrizionale; il tutto da realizzare nell'arco di quindici giorni
- d) elaborazione di un piano di assistenza competente riguardo alla gestione della NPT e della sorveglianza e controllo dei parametri nutrizionali della piccola paziente
- e) educazione sanitaria ai genitori⁴, in modo da renderli capaci e autonomi nell'effettuare le corrette operazioni di gestione quotidiana della NPT.

Dopo circa 4 settimane il case-manager verificando il piano assistenziale insieme ai collaboratori, si è reso conto della mancata attuazione dell'ultimo step. La criticità è centrata sulla madre, la quale mostra un importante stato di disagio fino a rifiutare di essere coinvolta nella gestione della nutrizione artificiale della figlia, cosa che provoca incomprensione e giudizio negativo nella totalità degli operatori. Supponendo una difficoltà relazionale fra la madre e la figlia, viene chiesta la consulenza della neuropsichiatra infantile, la quale esclude l'ipotesi e suggerisce invece l'intervento di una mediatrice culturale; quest'ultima indica l'origine del comportamento della madre di Miriam nel concetto del ruolo di "donna-madre" proprio della cultura musulmana. Essendo ora chiare le problematiche culturali, gli operatori sanitari sono riusciti, con la collaborazione decisiva del padre, ad educare anche la mamma nella gestione della NPT.

A distanza di tre mesi dal nostro intervento la famiglia ha acquisito l'autonomia gestionale, chiamandoci saltuariamente per interventi, indicazioni e suggerimenti.

DISCUSSIONE

L'immigrazione in Italia, in continuo e costante aumento a partire dagli anni 80, è legata non solo al clima e all'ambiente favorevole ma anche e soprattutto

all'offerta crescente di lavori umili rifiutati dagli autoctoni e alla mancanza di adeguate politiche di controllo e pianificazione dei flussi immigrazionali. Nel 2004 sono state registrate 2.800.000 presenze straniere provenienti per la maggior parte dalla Romania, Marocco e Albania.

Negli ultimi dieci anni in Toscana è stato registrato un aumento percentuale del flusso (114%) superiore a quello nazionale (110%) e attualmente ci sono 6 stranieri ogni 100 residenti, rappresentati da albanesi, cinesi, rumeni e marocchini; si prevede che nel 2020 tale popolazione raddoppierà, andando a costituire il 12% della popolazione regionale⁵. Di fronte a questi dati è inevitabile che gli operatori sanitari vengano sempre più frequentemente a contatto con culture diverse che rendono problematico il processo assistenziale, il quale sta diventando sempre più complesso a livello territoriale per la diminuzione dei posti letto negli ospedali per acuti e per le dimissioni sempre più precoci che ne conseguono.

In tale contesto, il caso da noi descritto offre lo spunto per una serie di considerazioni.

La complessità è evidente fin dall'inizio non solo per la particolarità della patologia ma anche per l'età della paziente e le criticità associate: la mancata attivazione del team nutrizionale pediatrico e della segnalazione al servizio di assistenza territoriale da parte degli operatori del reparto di dimissione, - cose che avrebbero potuto permettere un'accoglienza a domicilio organizzata, programmata e pianificata - evidenziano un deficit organizzativo fra ospedale e territorio.

La non esperienza in assistenza pediatrica è l'altra questione che ha messo in crisi il servizio di assistenza domiciliare. Il problema, che all'inizio appariva difficilmente rimediabile, è stato risolto ricorrendo alla metodologia del case-management, che è risultato essere l'unica soluzione possibile per poter coordinare al meglio le risorse e le professionalità necessarie per trattare il caso: la rapida organizzazione e programmazione di approfondimenti formativi presso il reparto di terapia intensiva neonatale per tutta l'equipe infermieristica ed operativi a domicilio congiuntamente al team nutrizionale, ha consentito di "trasportare" l'esperienza ospedaliera sul territorio in un contesto di collaborazione ed di efficace apprendimento; ciò ha permesso di identificare il preciso ruolo degli infermieri domiciliari, facendo loro acquisire la sicurezza e il convincimento necessari per un'assistenza appropriata alla piccola paziente.

Risolto questo problema e quando ormai il resto del piano infermieristico riguardante l'empowerment dei genitori sembrava di facile attuazione, è comparsa un'ulteriore ed inaspettata criticità. Da una parte gli infermieri che cercano di attuare il programma di educazione sanitaria ai genitori per arrivare all'autonomia gestionale della NPT, dall'altra la mamma che rifiuta di essere coinvolta nelle manovre da effettuare. La situazione si protrae per oltre un mese rimanendo incomprensibile per gli operatori e creando incomunicabilità, distacco, indifferenza, fino al pregiudizio nei confronti della mamma.

L'intervento della mediatrice culturale è determinante per chiarire il dilemma: la difficoltà e l'incomprensione affondano le loro radici nella diversità culturale e

spiega agli operatori il differente concetto del ruolo della donna-madre insito nella cultura musulmana rispetto a quello occidentale.

L'epilogo di questo caso dà occasione ad una ulteriore, importante riflessione.

Le differenze culturali ed in particolare i concetti di salute e malattia, possono creare rilevanti problemi assistenziali che vanno dall'indifferenza alla noncuranza fino al rifiuto dichiarato.

Comprendere le altre culture per fornire un'assistenza appropriata sarà l'aspetto rilevante del lavoro infermieristico. All'infermiere è quindi richiesta, oggi più che in passato, una formazione che lo renda capace di fornire un'assistenza multiculturale. L'approccio antropologico è la metodologia appropriata per lo studio degli orientamenti cognitivi, percettivi ed affettivi dei diversi gruppi culturali, permettendo agli operatori sanitari di comprendere in modo scientifico il punto di vista del paziente e di spostarsi dall'etnocentrismo alla multietnicità. Il nursing transculturale² appare quindi come il modello idoneo per approcciare la diversità culturale e solo operatori formati in questa disciplina possono fornire un'assistenza adeguata agli utenti di altre etnie.

In definitiva sembra necessaria e improrogabile, per gli operatori, un'ampia e appropriata formazione transculturale se si vuole superare questi problemi e fornire un'assistenza efficace, competente e rispettosa delle diversità: colore della pelle, lingua, cultura, religione.

Possiamo concludere con una citazione di Collière, che già nel 1982 affermava:

“ogni situazione di cura è una situazione antropologica, ovvero che riguarda l'uomo inserito nel suo ambiente, intessuto da ogni tipo di legame simbolico; così l'approccio antropologico appare come il percorso più opportuno per scoprire le persone che vengono curate e rendere significative le informazioni che esso contiene”.

BIBLIOGRAFIA

1. Adami D.: Ruolo dell'infermiere dirigente nell'organizzazione di un servizio di mediazione e accoglienza all'utenza multietnica. *Manegement Infermieristico*, 2005; 2: 25-30
2. Leininger M., McFarland M.R.: *Infermieristica transculturale*, Ed. Ambrosiana, Milano, 2004
3. Chiari P., Santullo A.: *L'infermiere case manager*, Ed. Mc McGraw-Hill, Milano, 2001
4. Calafiore A., Garofano R.: *La relazione terapeutica domiciliare*, Ed. L'EPOS, Palermo, 1997
5. <http://www.regione.toscana.it> (ultimo accesso 20/03/2006)

TESTI E ARTICOLI CONSULTATI

Colombo G., Cocever ., Bianchi L.: *Il lavoro di cura. Come si impara, come si insegna*, Ed. Carocci Faber, Roma, 2004

Tognetti Bordogna M.: I colori del Welfare, Ed. F. Angeli, Milano 2004

Manara D.F.: Infermieristica interculturale, Ed. Carocci Faber, Roma 2004

Gostinelli M.: Assistere secondo cultura, Obiettivo professione infermieristica, 2004; 3:4-5

De Santi A., Simeoni I.: I gruppi di lavoro nella Sanità, Ed. Carocci Faber, Roma 2003

Degan M.: Piccolo manuale di assistenza domiciliare per operatori e familiari, Ed. Carocci Faber, Roma, 2001

***Dal bisogno di cura alle proposte di prevenzione:
il modello di salute dello straniero e l'attività infermieristica
ed ostetrica del CSFS***

MC. Gemmi e R.Fornaciari

Altri autori: C. Bini, R. Camorani, L. Canali, C. Crotti, L. Danini, M. Gentili, E. Nasi, M. Saparano.

Azienda Usl di Reggio Emilia

Il modello di salute che ogni straniero porta con se ha come caratteristica principale il bisogno di una risposta immediata e specifica, al sintomo, alla malattia, al sintomo segnalato: la cura è considerata un elemento principale del concetto di salute.

Gli operatori infermieristici ed ostetrici dei servizi preposti alla prevenzione nel territorio di Reggio Emilia (dipartimento di igiene pubblica, pediatria di comunità e salute della donna di tutti i 5 distretti della provincia) da alcuni anni prestano la propria attività professionale oltre che nel proprio servizio anche presso il CENTRO PER LA SALUTE DELLA FAMIGLIA STRANIERA.

Il modello organizzativo è stato quello di concentrare in uno spazio unico (nel capoluogo di provincia) le attività professionali di operatori che rimanendo parte integrante del proprio servizio, prestano le proprie competenze ed abilità sia per prestazioni sanitarie di base che per interventi ed azioni finalizzate alla prevenzione e al mantenimento dello stato di salute degli stranieri "irregolari".

Le attività di prevenzione sono poi sostenute anche con la fondamentale collaborazione dei colleghi volontari della Caritas Reggiana: attraverso una convenzione sono disciplinati sia gli obiettivi ed azioni/ interventi (il progetto di screening tubercolinico ad esempio) che il target di riferimento: stranieri non in regola col permesso di soggiorno e stranieri con alta complessità di relazione.

E' importante sottolineare che per la complessità dell'obiettivo prefissato, l'elemento organizzativo fondante non è solo il singolo operatore ma l'insieme di questi: il gruppo di lavoro.

L'equipe, come la chiamiamo noi è formata da medici (pediatri, igienisti, ginecologi) da infermieri, da assistenti sanitari, da ostetriche, da una assistente sociale, da una psicologa e da mediatori culturali (sei)

Le azioni di prevenzione proposte agli stranieri sono suddivisibili in due macro aree: promozione di comportamenti per il mantenimento della salute personale e salute pubblica (prelievi per markers, vaccinazione per minori ed adulti, educazione sanitaria, screening tubercolinico, controllo e sorveglianza malattie infettive,) promozione ed azioni per la tutela della maternità e della gravidanza (controllo

gravidanza fisiologica, educazione e promozione della genitorialità e accudimento dei bambini, cura del corpo ,) .

Mentre per la seconda area sopra descritta sono interessate quasi esclusivamente le ostetriche, per la promozione e mantenimento della salute singola e collettiva sono interessati tutti gli operatori .

L'attività infermieristica ed ostetrica ha inizio , anche per la parte di prevenzione, con una adeguata accoglienza: il poter dedicare tempo alla comprensione della qualità di vita dello straniero (da quanto tempo in Italia, con chi vive, se ha relazioni sociali ...) ed analizzare con attenzione il racconto dei problemi presentati , (con l'aiuto fondamentale della mediatrice culturale) sono azioni che premettono e promuovono una relazione di fiducia e di stima reciproca.

Siamo convinti infatti , che buona parte della attività di prevenzione e di promozione della salute non possa essere efficace se non si consolida un livello di relazioni umane tra l'operatore sanitario e lo straniero .

	Mantoux CSFS 2005		NON LETTO	TOTALI
	POS	NEG		
NUMERO	91	204	123	418
%	21,8	48,8	29,4	100

La tabella sopra riportata indica i risultati dell'attività di screening per la tubercolosi effettuata nel 2005 .

Un punto da analizzare con attenzione è il riscontro del 30 % di non lettura al test...

Stiamo attivamente lavorando per far comprendere allo straniero come e perché viene offerto il test mantoux (adesione di poco oltre il 40% dei nuovi utenti 2005).

Il mediatore linguistico culturale ha il compito con l'infermiere di indicare obiettivi specifici e generali della proposta. E' prevista anche una giornata settimanale di apertura per la sola attività infermieristica (oltre alla lettura mantoux, nei cutipositivi avvio del percorso di radiografia al polmone e visita pneumologica).

E' facilitato il compito dell'infermiere per una accurata e dettagliata presenza di procedure aziendali.

Rimane da comprendere , in corso analisi dei dati , perchè persone dello stesso gruppo etnico solitamente accettano il test (troppa insistenza degli operatori , poca chiarezza degli obiettivi ...) ma non tornano per la lettura (nord africani in testa)

Tabella con riassunto prevalenti attività ostetrica negli anni di attività del centro

OSTETRICIA	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Utenti ostetricia							
Accessi Ostetricia	396	425	613	764	969	1300	1468
Prestazioni Ostetricia	439	463	735	822	1005	1379	1562
Totale grav. prese in carico	91	116	170	175	153	227	200
Gravid. prese in carico stranie- re						227	200

PAP Test complessivi	198	256	332	277	134	230	184parz
----------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---------

Uno tra i più importante momenti di promozione e prevenzione della salute che l'ostetrica svolge presso il Centro Stranieri è l'attività per il monitoraggio ed accompagnamento della gravidanza.

A partire da settembre 2002, abbiamo aperto uno spazio gestito dall'ostetrica, a cadenza quindicinale, rivolto principalmente alle donne gravide, a cui si accede su appuntamento, per i controlli della gravidanza. A questo ambulatorio accedono donne con gravidanze che non presentano particolari problemi, viene loro dedicato un tempo di circa 30 m, è presente la mediatrice linguistico-culturale. L'ostetrica ha come riferimento in caso di problemi il ginecologo responsabile del Centro o un altro ginecologo del servizio raggiungibile telefonicamente.

L'adesione agli appuntamenti è piuttosto alta, sostanzialmente sovrapponibile a quella relativa all'utenza dei consultori della città e il grado di soddisfazione è buono a causa dei tempi d'attesa ridotti e per la possibilità riconosciuta di potere avere informazioni e sostegno più difficili da fornire quando l'affollamento al Centro è eccessivo come nei comuni giorni di apertura.

La buona adesione ci permette di individuare per tempo le situazioni che possono presentare problemi e nei limiti del possibile di prevenire condizioni di rischio maggiore, inoltre possiamo prenderci cura in modo adeguato delle donne con situazioni particolari e che richiedono controlli più frequenti anche su invio del ginecologo.

Dopo un cammino di confronto tra ostetriche e ginecologo e al fine di ottimizzare l'utilizzo delle figure professionali, i tempi e gli spazi del Centro, e cercando di soddisfare la richiesta sempre crescente, abbiamo gradualmente iniziato a lavorare in autonomia anche nei comuni giorni di apertura del Centro. Le ostetriche svolgono un ruolo di filtro all'orario di apertura della seduta ascoltando le donne che accedono spontaneamente assieme alla mediatrice linguistico-culturale, stabilendo chi sarà visitata dal medico e prestano consulenze in un ambulatorio attiguo a quello del ginecologo.

All'interno dell'attività del Settore Salute Donna esistono poi attività dedicate alle donne straniere:

- ❖ incontri in preparazione alla nascita rivolti alle donne cinesi di cui potete vedere il poster illustrativo
- ❖ incontri di preparazione alla nascita rivolti alle donne che provengono dai paesi di lingua araba e che non sono ancora adeguatamente integrate nella situazione locale o che comunque ricercano uno spazio che permetta loro di ricevere informazione e sostegno, che difficilmente ricevono in quanto lontano dalla rete parentale che in questa fase della vita ha un ruolo di primaria importanza. Agli incontri sono presenti l'ostetrica, la psicologa e la mediatrice linguistico-culturale.

“L’arte di assistere attraverso la cultura Rom”

Progetto applicativo aziendale, vincitore premio a stelle

M.Gostinelli

Azienda Sanitaria 10 di Firenze

Enti e Soggetti coinvolti:

- Regione Toscana: assessorato politiche sociali
- ASL 10 Firenze: U.F.S.P., S.S. EAS, U.O. Malattie Infettive, UU.OO: Med e CH, Dipartimento Cure Primarie; U.O. Formazione Prf.le Poliambulatori; Servizio Accoglienza I° e II° Livello; Network Facilitatori accoglienza , ospedalieri e territoriali
- A.O. Careggi: U.O. Malattie Infettive; DEA, Servizi Accoglienza
- A.O. Meyer: U.O. Malattie Infettive; DEA, Servizi Accoglienza
- Comune di Firenze: Consiglio di Quartiere 4, SIAST 4, Ufficio Immigrati del Q.4, Ufficio Promozione della salute Q.4, Gruppo Complex, Mediatrice Culturale Rom;
- SdS Firenze
- Dipartimento di Salute Pubblica, Università degli Studi di Firenze: medici specializzandi;
- CAT Società Cooperativa Sociale.
- Consulenza antropologica qualità progettuale **Prof.L.Piasere**

La motivazione

La nuova funzione istituita nel luglio 2004 nell’Azienda Sanitaria di Firenze, il Project management, permette di condurre e gestire il cambiamento e l’innovazione coinvolgendo tutti gli elementi dell’azienda, mentre la metodologia adottata (la cosiddetta *Company wide*) ci permette di far nascere i progetti là dove esiste il bisogno di cambiare, innovare. Questa metodologia si rifà alla qualità totale che non si riferisce ad una qualità superiore, ma ad una qualità che si caratterizza per la centratura sui processi aziendali, l’orientamento all’utente, la misurazione continua dei miglioramenti e la formazione del personale.

Il Progetto “L’arte di assistere attraverso la cultura Rom” è inserito nell’ambito del Macroprogetto aziendale “Umanizzazione ed accoglienza” che richiede, perché si realizzi, prioritariamente un cambiamento culturale e poi anche organizzativo. Il cambiamento culturale inizia proprio con momenti di riflessione, di confronto, di formazione e quindi di progettazioni precedenti le cui fasi si sono assai dilungate nel tempo perché includevano il riconoscimento ed il superamento del proprio pregiudizio, del proprio atteggiamento etnocentrico ed il conseguente riconoscimento, da parte dell’Azienda, di una cultura e del suo popolo. Esperienza, quella del superamento del pregiudizio, non solo cognitiva, ma prevalentemente emotiva e per certi versi anche affettiva perché richiede non solo la conoscenza ma

la comprensione dell'altro, che è una conoscenza più profonda, pertanto estremamente difficile.

Nella realizzazione del Macroprogetto di Umanizzazione ed accoglienza, per impregnare di senso e condivisione la prassi sanitaria, abbiamo dovuto adottare una definizione di “accoglienza” di tipo dinamico, processuale; una accoglienza pianificata anche per coloro che non arriveranno spontaneamente perché non percepiscono la necessità, il bisogno di accedere al Servizio sanitario, o vi arrivano tardivamente, o scappano prima che il processo di cura sia completato. Una accoglienza che fa spostare il Servizio sanitario là dove il bisogno di salute è maggiore senza “attendere di accogliere”. Così il progetto aziendale si occupa di anziani, disabili, emarginati sociali. Fra gli emarginati sociali il gruppo dei cosiddetti “zingari”, termine dato dall'esterno ad un insieme di popolazioni con diversità culturali anche notevoli, il cui unico tratto comune è consistito, forse, in una stigmatizzazione negativa da parte di chi non si considerava zingaro. Noi, useremo questo termine solo per convenzione

Il Contesto

Nel corso del 2004 (luglio) il campo nomadi del Poderaccio è stato smantellato ed è stato inaugurato un nuovo insediamento denominato Villaggio del Poderaccio organizzato sulla base di abitazioni in prefabbricato, coibentate e dotate di servizi, in area classificata quale superficie urbanizzata. Il medesimo positivo percorso ha seguito il Masini, con il nuovo insediamento del novembre 2005.

La popolazione residente al Poderaccio e al Masini è composta da differenti gruppi geograficamente provenienti da zone diverse dei Balcani – tratto che caratterizza fortemente la realtà dei due insediamenti - e qualsiasi tipo di servizio è chiamato a confrontarsi con non sempre omogenee o congruenti ottiche esistenziali a cui è difficile offrire risposte adeguate e comprensibili, nonché efficaci, per tutti i gruppi; lo stesso rapporto coi servizi presenta differenze notevoli a seconda della nazionalità dell'utenza.

I problemi che si sono maggiormente presentati in ambito sanitario sono riconducibili alla scabbia ed alla pediculosi.. In particolare per alcune famiglie i casi di scabbia si sono dimostrati di difficile risoluzione anche per il mancato allontanamento e corretto smaltimento di ciò che permetteva la trasmissione dell'infezione (divani, materassi.).

Sintesi dei contenuti

Il progetto intende prioritariamente sviluppare un rapporto di fiducia fra tutti gli operatori che a diverso titolo agiranno nel progetto e la popolazione dei due Villaggi per poter conseguentemente svolgere attività di tutela della salute, in modo particolare attività di tipo preventivo, attraverso l'utilizzo della funzione relazionale mediata, mediante l'opuscolo informativo operativo realizzato con il contributo partecipato e produttivo della persona rom, attraverso l'utilizzo delle cassette registrate contenenti tematiche sanitarie, narrate da una persona rom del Villaggio

gio; contenuti che dovrebbero essere recepiti ai fini preventivi e di cura eventuale. La complessità delle azioni necessarie presuppone e ricerca la collaborazione tra discipline diverse e figure interprofessionali per poter scegliere, attuare e valutare gli interventi stessi. Fondamentale la presenza del medico di medicina generale. In quest'ottica si cerca non tanto di creare un servizio nuovo, che si affianchi o si sovrapponga a quelli esistenti, ma di sviluppare le potenzialità di gruppi e reti già operanti all'interno dei villaggi.

Obiettivo generale

Garantire un accesso equo ai servizi sanitari adottando e sperimentando una definizione di accoglienza dinamica e processuale, di tipo transculturale, che permetta così di rispondere ai bisogni di salute non percepiti dei soggetti deboli, senza che il Servizio Sanitario “attenda di accogliere”, ma spostandosi dove il bisogno di salute esiste anche se non percepito;

Garantire una formazione di tipo transculturale degli operatori sanitari ospedalieri e territoriali che accolgono questa tipologia di utenza.

Azioni

1) Azioni di sistema: coordinamento e lavoro di rete con le agenzie e con figure di riferimento del territorio: mediatrice culturale, operatori scolastici, assistenti sanitarie, MMG, PLS, medici specialisti, Servizio accoglienza di II livello del presidio ospedaliero corrispondente alla zona territoriale di riferimento. Gli operatori del progetto si inseriranno in questo contesto svolgendo con i destinatari un'azione di orientamento ed accompagnamento, facilitando l'accesso ai servizi e sviluppando percorsi facilitati di presa in carico.

2) Promozione e prevenzione della salute: diffusione di una cultura della prevenzione e dell'attenzione alla salute all'interno della popolazione rom, attraverso attività di gruppo rivolte in particolare a donne e ragazzi in età scolastica appartenenti a diverse famiglie e nazionalità presenti. Per questa azione ci si avvarrà della presenza già attiva di un gruppo di donne che attualmente si ritrovano per sviluppare la propria conoscenza della lingua italiana (alfabetizzazione), di piccoli gruppi di donne “promossi” dalla mediatrice culturale che opera c/o l'Ufficio Immigrati e di un gruppo di sostegno scolastico per ragazzi delle scuole medie seguiti da un operatore del Quartiere 4.

3) Interventi di emergenza: creazione di una figura di tutor di facilitatore, prima non rom in seguito rom, da affiancare alle famiglie che presentano maggiori problematiche legate alla salute e all'igiene personale. Il tutor avrà il compito di seguire le famiglie, svolgendo un'azione di stimolo e motivazione al cambiamento, di orientamento ai servizi socio-sanitari del territorio, di coinvolgimento di figure professionali specializzate.

4) Interventi di monitoraggio degli accessi: il Dipartimento di salute pubblica realizzerà una indagine retrospettiva sugli accessi e poi prospettica per osservare l'impatto progettuale sulla popolazione rom determinando azioni di osservatorio.

5) Interventi di analisi dei bisogni formativi degli operatori sanitari ospedalieri: verrà somministrato un questionario validato per rilevare la percezione dei professionisti sanitari ospedalieri relativa all'utenza rom per l'eventuale progettazione di percorsi formativi pertinenti ai bisogni e per ridurre il disagio dell'ospedalizzazione della persona rom. (questionario posto in allegato)

6) Interventi di ricerca etno-antrpologica per rilevare la percezione del corpo ,della salute e della malattia da parte dei residenti nei Villaggi di interesse per il progetto.

7) Il progetto pertanto trova la sua razionalità affrontando e contribuendo a risolvere i seguenti

Risultati attesi:

- 1) la presenza di percorsi formativi aziendali per operatori sanitari sulla scienza transculturale capaci di umanizzare realmente l'assistenza perché trasformano una personale inclinazione all'aiuto in una pratica condivisa, sostenuta da linee scientifiche trasmissibili , protocolli e procedure che rendano evidente l'umanizzazione, una sorta di evidence based nursing del rapporto efficace con la persona;
- 2) la presenza di protocolli di accoglienza distinti per tipologia di utenza, per cultura di vita, per tipologia di patologia;
- 3) la presenza di modelli organizzativi assistenziali che prevedano la diversificazione delle competenze e la stratificazione di ruoli e quindi di distinguere tra accettazione ed accoglienza;
- 4) la promozione e l'approvazione di progetti di accoglienza non solo per connazionali.
- 5) Accesso adeguato ed equo al SS
- 6) Pertinenza della domanda di salute al contesto socio-sanitario
- 7) Continuità di assistenza tra ospedale e territorio e viceversa
- 8) Presa in carico dell'utente rom regolarmente iscritto da parte del medico di medicina generale

indicatore1 di processo: presenza versus assenza di materiale informativo per il cliente rom ricoverato in regime di isolamento;

standard accettabile: almeno uno strumento informativo/educativo nei primi sei mesi dall'inizio del progetto;

il cui criterio era: produrre beneficio attraverso un intervento assistenziale di competenza avanzata infermieristica

indicatore2 di processo Numero di agenzie territoriali coinvolte nella rete di progetto/ numero di agenzie presenti

indicatore3 di processo Numero di destinatari coinvolti nei gruppi di formazione e Peer education/ numero dei destinatari pianificati;

indicatore4 di processo Numero di accessi ai servizi attribuibili al lavoro di orientamento degli operatori/numero di accessi pianificati

indicatori di esito1 : diminuzione versus aumento di dimissioni volontarie precoci, dopo circa un anno dalla sua sperimentazione;

indicatore di esito2: Produzione di materiale di prevenzione realizzato con il contributo dei gruppi di destinatari coinvolti/produzione pianificata;

indicatori di esito 3: aumento versus diminuzione di compliance alla terapia, (rispetto ad un valore base ricavabile dai dati dei rispettivi reparti di sperimentazione).

indicatori di esito 4 diminuzione versus aumento di atteggiamenti di non consapevolezza sanitaria che portano alla interruzione di terapia farmacologia una volta che il cliente è tornato al campo.

indicatore di esito 5 Diminuzione dei casi di malattie infettive nella popolazione Rom.

Per quanto riguarda l'evento formativo gli indicatori, i criteri e gli standard più rappresentativi sono:

criterio : motivazione, pensabilità positiva nei confronti dello zingaro;

indicatore 1 di processo: numero di persone che si sono espresse mediante un valore < 5 circa il loro futuro modo di lavorare/ il numero di persone che si sono espresse

Standard accettabile: non superiore al 10%

Criterio: adeguatezza

Indicatore1 di struttura: presenza/assenza di procedure e/o protocolli di accoglienza distinti per caratteristiche età, fasce di popolazione, tipologia di popolazione e di cultura.

Indicatore2 di struttura: presenza/assenza di approvazione di progetti educativi rivolti all'accoglienza per l'utente straniero/ Rom.

Descrizione dettagliata del metodo, cronogramma, opuscolo posti in allegato

Considerazioni sullo studio della salute dei rom stranieri che vivono nei campi in Italia

L. Monasta

CIET, Universidad Autónoma de Guerrero (Acapulco, Messico)

Abstract

La ricerca epidemiologica che coinvolge popolazioni emarginate in società urbanizzate deve affrontare due sfide importanti: queste popolazioni vivono spesso in gruppi relativamente piccoli e dispersi e le loro caratteristiche, condizioni e bisogni sono generalmente definiti da persone esterne, spesso in modo inesatto.

In Italia, più di diciottomila rom stranieri, giunti da Paesi dell'Est Europa, vivono segregati in "campi nomadi" in situazioni molto precarie.

Un'analisi dettagliata della letteratura medica sulla salute degli "zingari" ha evidenziato come il pregiudizio influisca sulla qualità della ricerca epidemiologica:

- nella selezione dei temi studiati, spesso di scarsa utilità per il miglioramento delle condizioni di salute delle comunità rom;
- nell'attribuzione implicita a generici gruppi "zingari" di caratteristiche di salute e di comportamenti;
- nella mancanza di coinvolgimento diretto delle comunità rom nella definizione delle priorità e nelle modalità di ricerca.

Circa la metà degli studi sulla salute degli zingari è di natura genetica. Molti studi non definiscono in modo appropriato i gruppi "zingari" cui fanno riferimento, né le condizioni di vita che contribuiscono spesso al precario stato di salute delle popolazioni studiate. Spesso studi su patologie che possono essere collegate alle condizioni di vita marginali sono descrittivi e non forniscono, quindi, materiale utile per identificarne scientificamente le cause e per pianificare soluzioni adeguate.

L'autore ha condotto uno studio sulla relazione tra la salute dei bambini e le condizioni di vita nei campi. Lo studio ha coperto cinque campi di romá kosovari e macedoni, diversi per dimensioni e condizioni, e collocati in capitali di Provincia dell'Italia Centrale e Settentrionale. L'obiettivo della ricerca è stato individuato insieme ai residenti dei campi. Lo studio epidemiologico, di tipo "community based", si è avvalso dell'uso di metodi misti (quantitativi e qualitativi). Ne è risultato un campione di 167 bambini da zero a cinque anni d'età, provenienti da 137 famiglie. Lo studio è stato condotto senza finanziamenti e questo ha facilitato l'instaurarsi di un rapporto di fiducia tra l'autore e le comunità.

Nonostante la piccola base numerica, lo studio ha confermato le preoccupazioni dei genitori rom, anche in termini di fattori di rischio identificati dai rom stessi. La ricerca ha rilevato una prevalenza d'asma più alta di quella documentata in bambini italiani, un'alta proporzione di casi di diarrea e bronchite, e una percentuale alta di bambini nati sottopeso. Ha mostrato, inoltre, come alcuni fattori ambientali incidano significativamente su diversi aspetti della salute dei bambini, e come questa situazione si aggravi quando la famiglia ha vissuto al campo per molti anni. I fattori ambientali significativamente associati con asma, diarree e bronchiti sono il sovrappollamento delle abitazioni e dei campi, la presenza di ratti, l'acqua stagnante, le condizioni strutturali dell'abitazione, l'accesso ai servizi igienici, l'uso di stufe a legna e la presenza di siti industriali inquinanti nelle vicinanze.

Questi risultati provano che le preoccupazioni “epidemiologiche” dei rom che abitano nei campi sono comprovabili con la ricerca. Ciò dovrebbe spingere i ricercatori ad avvicinarsi maggiormente alle comunità rom per collaborare con loro alla definizione di obiettivi e stili di ricerca partecipativi. Per fare questo è necessario condividere il principio che in condizioni di marginalità, ogni studio epidemiologico possa servire alla pianificazione di soluzioni che riducano il divario tra gruppi emarginati e del resto della popolazione.

Inoltre, è di fondamentale importanza stilare, insieme alle diverse comunità rom e sinte presenti in Italia, protocolli etici per una ricerca che rispetti e coinvolga maggiormente questi gruppi, così come avviene già in comunità aborigene del Nord dell'America e altre minoranze etniche.

Introduzione

La situazione delle popolazioni rom e sinte in Italia è critica da molti punti di vista. In modo particolare, è preoccupante la condizione dei numerosi rom stranieri, giunti da Paesi dell'Europa Orientale e Meridionale nel corso degli anni '90. Da allora, sono migliaia coloro che vivono in campi ufficiali e non, sparsi in tutta Italia. Nei campi, le condizioni di vita precarie, i lunghi periodi d'attesa necessari per la regolarizzazione, la mancanza di una pianificazione seria che affronti una situazione che coinvolge quasi 20 mila persone e la mancanza di coordinazione nelle politiche intraprese dalle amministrazioni locali, generano una situazione che incide sulla possibilità d'integrazione dei rom stranieri nella società italiana. È necessario portare avanti ricerche nelle comunità che studino le potenziali implicazioni in termini sociali e di salute di questa situazione, e proponano soluzioni sostenibili.

L'obiettivo generale di questo studio era di dimostrare che è possibile svolgere ricerche quantitative tra gruppi di popolazione emarginati, dispersi in piccole comunità, così come i rom stranieri che vivono nei campi in Italia, ricerche che abbiano

le potenzialità di offrire evidenza attendibile e utilizzabile dalle comunità stesse per promuovere il cambiamento, a patto che lo studio sia definito a partire dalle priorità delle comunità stesse.

A seguito di un'analisi preliminare dei problemi esistenti all'interno dei campi, l'obiettivo specifico è stato identificato: tra le principali preoccupazioni dei rom che vivono nei campi in Italia c'è la condizione di salute dei loro bambini in relazione con le condizioni di vita nei campi.

Mappatura degli insediamenti di rom stranieri in Italia

Nel 2001 abbiamo svolto una mappatura di tutti gli insediamenti di rom stranieri presenti in Italia. Questa ricerca era parte del progetto europeo *The Education of the Gypsy Childhood in Europe* [1, 2]. Lo studio ha individuato 155 insediamenti, per un totale di oltre 18.000 rom stranieri, e una media di 115 abitanti per campo. I romá kosovari e macedoni rappresentavano, rispettivamente il 16% e l'11% di questa popolazione, per un totale di circa 5.000 persone. La mappatura dei campi ha fornito informazioni importanti per la ricerca sulla relazione tra condizioni di vita e salute dei bambini.

Il numero di rom stranieri che non vive in situazioni assimilabili ai campi è molto difficile da stimare. La mancanza di riconoscimento della minoranza rom e sinta in Italia e il forte pregiudizio rende spesso più conveniente nascondere, quando possibile, la propria identità etnica al mondo esterno.

Ricerca bibliografica

Una ricerca bibliografica sulla “salute degli zingari” è stata fatta prima di impostare lo studio. L'analisi bibliografica aveva l'obiettivo di verificare come la salute dei vari gruppi zingari fosse stata studiata, cosa fosse stato studiato e come i risultati fossero stati presentati. La necessità di investigare questi aspetti sorge dalla convinzione che la ricerca non si sviluppi nel vuoto, ma rifletta, in termini positivi e negativi, valori e supposizioni implicite che guidano l'impostazione concettuale, la scelta e l'analisi dei problemi che la ricerca si pone [3]. Dati i pregiudizi che colpiscono la minoranza rom e sinta, è importante verificare se la ricerca epidemiologica sugli zingari è influenzata dai pregiudizi o dai bisogni reali di specifici gruppi zingari.

La bibliografia, aggiornata recentemente, è composta da 207 documenti pubblicati tra il 1965 e il 2005. Per semplificare, in questo testo, sosterremo le nostre conclu-

sioni con le analisi di altri autori che si sono cimentati in ricerche bibliografiche sullo stesso tema.

In generale, molta della letteratura raccolta è caratterizzata da analisi superficiali sia degli aspetti culturali e antropologici dei gruppi studiati, sia del contesto socio-economico nel quale questi gruppi vivono. Ciò limita l'utilità della ricerca, e in alcuni casi è d'ostacolo alla comunicazione e alla comprensione tra il personale medico e i gruppi studiati. Questo problema è in gran parte dovuto alla distanza esistente tra ricercatori e popolazioni studiate.

Hajioff and McKee [4] segnalano come la mancanza di studi che prendano in considerazione il punto di vista e la difesa degli zingari sia uno degli elementi più significativi della loro analisi. Negli articoli considerati si nota una costante indifferenza verso le priorità e le percezioni dei gruppi rom e sinti, e la scarsità di studi sugli effetti del pregiudizio e della discriminazione sulla salute dei gruppi emarginati [5]. Nella raccolta svolta personalmente, sono rare le pubblicazioni su ricerche con base comunitaria e non sono stati trovati esempi di ricerche partecipative.

Zeman e colleghi hanno basato la loro ricerca su 129 articoli pubblicati tra il 1985 e il 2003 e disponibili in inglese [6]. Il 50% di questi articoli è di natura genetica. Gli autori rilevano che la ricerca genetica è molto costosa e, anche se scientificamente utile, se non viene applicata può fare pochissimo per migliorare la salute dei Roma nella loro vita quotidiana. Nella loro ricerca, gli autori hanno trovato pochi studi sullo stato di salute dei Roma, e segnalano come molti di questi studi fossero di natura descrittiva, mentre solo tre erano di natura analitica o per la valutazione di ipotesi. Sfortunatamente, infatti, molti studi che suggeriscono un legame tra marginalità e condizioni di salute, non approfondiscono analiticamente il problema e sono descrittivi o puramente qualitativi.

Ferrer, nel 2003, ha condotto una ricerca bibliografica sui gitanos spagnoli [7]. L'analisi si basa su 96 articoli pubblicati negli ultimi 20 anni. Di questi, 29 articoli sono di natura genetica. L'autore afferma che, nonostante una generale consapevolezza che lo stato di salute dei gitanos spagnoli sia più povero a causa delle disuguaglianze socio-economiche, sono pochi gli studi che affrontano questo argomento.

Nel 2001, Kalaydjieva, Gresham e Calafell hanno pubblicato un'analisi bibliografica specifica sugli studi genetici [8]. Di 297 articoli pubblicati tra il 1960 e il 2000, circa 124 riguardavano questioni genetiche. Nonostante questi studi mostrino una diversità interna dei Roma – anche all'interno di singoli Stati – i quali appaiono molto più eterogenei delle popolazioni autoctone europee, in Europa i Roma sono il gruppo etnico più studiato in termini di composizione genetica. L'articolo conclude affermando che i Roma sono troppo spesso gli "oggetti" delle ricerche con-

dotte da persone esterne, e che molte pubblicazioni mostrano atteggiamenti inquisitori e paternalistici, che sarebbero considerati inaccettabili se usati nei confronti di altre popolazioni.

Metodologia

Nel disegno dello studio, si è data grande importanza ai punti di vista e alle priorità delle persone che vivevano nei campi. Lo studio si è concentrato su cinque campi situati nell'Italia Centrale e Settentrionale. Per avere una popolazione il più possibile omogenea, rispetto alle abitudini e agli stili di vita dei partecipanti, sono stati considerati solo campi che avessero una popolazione kosovara e macedone di Xoraxané Romá. La mappatura è stata utile per individuare la popolazione e i campi su cui concentrare l'attenzione.

I campi selezionati erano: il Poderaccio a Firenze, Via Rovelli 160 a Bergamo, la cascina Camafame di Via Chiappa a Brescia, il San Giuliano a Mestre/Venezia e il campo di Castel Firmiano a Bolzano.

I cinque campi erano diversi in quanto a storia, periodo in cui erano stati allestiti (dal 1990 di Firenze al 1996 di Bolzano), contesti urbani in cui erano collocati, superficie occupata (dai 1500m² di Bergamo ai 7500m² di Venezia), numero di abitanti (dagli oltre 300 di Firenze agli 80 di Brescia), tipo di strutture abitative (in muratura a Brescia, casette di legno auto-costruite a Bolzano e baracche di materiali vari a Bergamo, Venezia e Firenze) e tipologia di servizi igienici (inutilizzabili a Bergamo, strutture per gruppi di famiglie a Firenze, strutture collettive a Venezia, unità prefabbricate per singole famiglie a Bolzano).

Prima di cominciare il lavoro di raccolta dei dati, si è ritenuto necessario vivere in un campo, per rafforzare i contatti e la conoscenza dall'interno, e in questo modo preparare attentamente l'approccio alla ricerca, le definizioni e gli strumenti da utilizzare.

Vari strumenti sono stati utilizzati per raccogliere le informazioni. Lo strumento principale è stato il questionario per l'indagine casa per casa sulla salute dei bambini, le condizioni abitative e l'accesso ai servizi. Tutti gli strumenti sono stati affinati e ultimati durante il mese vissuto al campo di Firenze, tra novembre e dicembre 2001. Le interviste e i gruppi focali sono stati condotti tra il 10 dicembre 2001 e il 7 marzo 2002, in modo da ridurre il più possibile le variazioni stagionali delle patologie prese in considerazione.

Risultati

Nei cinque campi lo studio ha coperto 137 famiglie, per un totale di 737 persone di cui 167 erano bambini da zero a cinque anni d'età [9].

Il peso alla nascita dei bambini è stato ottenuto per 147 dei 167 bambini. Il 10% dei bambini aveva un peso alla nascita inferiore ai 2,5kg (14/147) (IC95% 6%-15%). In Italia, secondo i dati dell'UNICEF e dell'OMS, la percentuale di bambini nati sottopeso (<2,5kg) nel periodo 1995-99 era del 5%. Per fare un confronto, Paesi con il 10% di bambini nati sottopeso includono l'Egitto, l'Iran e lo Zimbabwe [10]. L'analisi condotta sui nostri dati mostra due fattori associati con il basso peso: età della madre al parto (inferiore a 19 o superiore a 35 anni. OR 10,78; IC95% 1,82 – 66,13), e il fumo di sigaretta (se più di due persone fumano in casa. OR 4,00; IC95% 1,08 – 14,69). Specialmente nel caso del fumo, si devono considerare i modelli sociali di comportamento legati alla salute. La letteratura dimostra come il fumare, ad esempio, sia legato a condizioni abitative e materiali stressanti [11]. In gruppi marginali, la motivazione a smettere di fumare è molto bassa e i messaggi educativi sono spesso di scarso impatto. È necessario quindi risalire alle cause delle cause [12].

La percentuale di bambini che hanno avuto la diarrea nei 15 giorni prima dell'intervista era del 32% (53/165). Il rischio di diarrea era significativamente più alto per i bambini di famiglie che avevano vissuto al campo per più di due anni (OR 3,35; IC95% 1,12 – 10,72). Se le loro famiglie avevano vissuto al campo per più di cinque anni, i bambini che vivevano in case affollate (in più di 2,5 persone per stanza. OR 6,31; IC95% 1,64 – 25,69), o in campi con acqua stagnante (a causa del fondo dissestato o di sistemi di drenaggio inadeguati. OR 3,41; IC95% 1,32 – 8,96), avevano un rischio maggiore.

Il 55% (90/165) dei bambini ha avuto la bronchite nelle due settimane prima dell'intervista. Se la famiglia non aveva un accesso ad una doccia (OR 2,34; IC95% 1,17 – 4,69) e se vi era acqua stagnante nel campo (OR 2,43; IC95% 1,18 – 5,01), il bambino aveva maggiore probabilità di avere la bronchite. In un'abitazione affollata, un bambino aveva maggiori probabilità di avere la bronchite se per scaldare si usavano stufe a legna invece di stufe a gas o elettriche (OR 2,34; IC95% 1,17 – 4,69).

Il 17% (28/165) dei bambini aveva avuto difficoltà respiratorie negli ultimi 12 mesi. Il manifestarsi di problemi respiratori era associato significativamente al sovraffollamento del campo (se le persone vivevano in meno di 25m² a persona. OR 4,81; IC95% 1,59 – 15,59), alle cattive condizioni dell'abitazione (OR 3,44; IC95% 1,31 – 9,01) e all'accesso a bagni senza docce (OR 3,21; IC95% 1,25 – 8,41).

La prevalenza d'asma [13] riscontrata nei campi risultava molto alta (7% di bambini con asma attivo, 12/165). Per i bambini dei campi, la prevalenza d'asma era associata con la presenza di ratti nei campi, l'affollamento dei campi, le condizioni e l'affollamento dell'abitazione.

Attraverso le interviste casa per casa e i gruppi focali, si è visto come gli abitanti dei campi avessero una chiara idea di come le condizioni di vita influenzassero la salute dei loro bambini. Da un campo all'altro, le risposte degli intervistati sulle cause di malattia nei bambini variavano in numero e tipologia, secondo la situazione del campo in cui vivevano. Nei campi con le condizioni di vita più precarie e maggiori fattori di rischio per la salute dei bambini, gli intervistati riportavano un numero più elevato di cause di malattia dei bambini legate a fattori ambientali.

Gli abitanti vedevano i campi come luoghi squallidi e di vita precaria, luoghi in cui era difficile vivere con la famiglia e stare dietro ai bambini. Gli intervistati segnalavano la scarsa qualità delle abitazioni, l'umidità, la difficoltà di tenere pulito, la mancanza di luoghi in cui i bambini potessero giocare e la difficoltà di trovare un'occupazione permanente vivendo in un campo.

Discussione

Le povere condizioni di vita nei campi creano difficoltà e incrementano il livello di pregiudizio nei confronti dei rom da parte dell'opinione pubblica. Vivere in un "campo nomadi" aggiunge un ulteriore strato di discriminazione al fatto di essere "zingari", spesso limitando le opportunità lavorative e incidendo sulle reali possibilità d'integrazione attraverso l'imposizione di uno stile di vita precario.

È necessario che le istituzioni lavorino insieme con le famiglie rom per elaborare percorsi sostenibili d'integrazione nella società italiana. Nel frattempo, i campi dovrebbero essere almeno adeguati alle attuali norme ufficiali per la salute e la sicurezza. Questa richiesta giunge in primo luogo dai rom intervistati prima e durante il lavoro di campo. Il ruolo della Salute Pubblica è fondamentale. È necessario che i ricercatori si avvicinino alle comunità rom e lavorino insieme nella raccolta di dati analitici che mostrino l'attuale situazione. Su tale evidenza si potranno costruire proposte alternative sostenibili.

Questi risultati si possono ottenere riconoscendo che il pregiudizio ha finora inciso significativamente sulla possibilità di pianificare e realizzare soluzioni stabili d'integrazione. Il pregiudizio frena la creazione di una politica nazionale che prenda in considerazione le ragioni che hanno indotto i rom a migrare in Italia e ne impediscono il ritorno nei loro Paesi: tale politica è essenziale per facilitare la regola-

rizzazione e l'integrazione di queste persone che sono invece descritte come "nomadi".

Mentre il pregiudizio nei confronti dei rom ostacola la possibilità di un loro coinvolgimento nella ricerca e di una loro partecipazione alla pianificazione, questo studio conferma l'attendibilità delle loro preoccupazioni e delle loro analisi, indicando che è possibile costruire un approccio partecipativo alla ricerca ed enfatizzando l'importanza del loro coinvolgimento nello sviluppo di politiche d'integrazione.

Considerato che i rom e sinti sono la minoranza europea più numerosa, e la più discriminata ed emarginata, sarebbe auspicabile vedere più ricerca partecipativa sugli effetti diretti e indiretti di forme di esclusione che, in molti casi e in molti paesi, hanno un serio impatto sulla qualità della vita. Tale processo deve cominciare con la definizione di regole etiche di ricerca da sviluppate insieme alle associazioni rom e sinte, che riducano la distanza tra ricercatori e comunità, e servano a produrre risultati utili al fine di migliorare le condizioni di vita di rom e sinti.

Infine, è fondamentale tenere a mente che le popolazioni rom e sinte sono così eterogenee che comparazioni tra studi svolti su generiche popolazioni zingare, o su gruppi distinti che vivono in condizioni dissimili, non hanno alcun senso se il contesto abitativo e socio-economico non viene specificato e inserito nell'analisi.

Bibliografia

1. Monasta L. Mappatura degli insediamenti di cittadini non italiani di etnia rom sul territorio nazionale. Rapporto di ricerca del progetto "The education of the Gypsy childhood in Europe". Dipartimento di Studi Sociali, Università di Firenze, 2003.
2. Monasta L. Note sulla mappatura degli insediamenti di Rom stranieri presenti in Italia. In: Saletti Salza C, Piasere L. eds. Italia Romaní Vol. IV. CISU. Roma 2004: 3-16.
3. Krieger N. Questioning epidemiology: objectivity, advocacy, and socially responsible science. *Am J Public Health*. 1999; 89(8):1151-3.
4. Hajioff S, McKee M. The health of the Roma people: a review of the published literature. *J Epidemiol Community Health*. 2000; 54:864-869.
5. Brown P. Race, class, and environmental health: a review and systematization of the literature. *Environ Research*. 1995; 69:15-30.

6. Zeman CL, Depken DE, Senchina DS. Roma health issues: a review of the literature and discussion. *Ethn Health*. 2003 Aug;8(3):223-49.
7. Ferrer F. El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. *Gac Sanit*. 2003;17 Suppl 3:2-8.
8. Kalaydjieva L, Gresham D, Calafell F. Genetic studies of the Roma (Gypsies): a review. *BMC Medical Genetics*. 2001;2:5. <http://www.biomedcentral.com/1471-2350/2/5>
9. Monasta L. The Health of Foreign Romani Children in Italy: Results of a Study in Five Camps of Roma from Macedonia and Kosovo. *Roma Rights - Quarterly journal of the European Roma Rights Center. Health Care*, N. 3-4, 2004: 46-55. <http://www.errc.org/cikk.php?cikk=2061>
10. Unicef. La condizione dell'infanzia nel mondo, 2001 – Prima infanzia. Unicef. 2000.
11. Jarvis MJ, Wardle J. Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking. In: Marmot M, Wilkinson RG. eds. *Social Determinants of Health*, II ed. Oxford University Press, 2006:224-237.
12. Marmot M. Introduction. In: Marmot M, Wilkinson RG. eds. *Social Determinants of Health*, II ed. Oxford University Press, 2006:341-357.
13. Monasta L. Difficoltà respiratorie e prevalenza d'asma in bambini da zero a cinque anni in cinque insediamenti Rom. *Epidemiol Prev*. 2004 Jul-Oct; 28 (4-5): 258-64.

L'accesso dell'utenza nomade al servizio sanitario pubblico. Prima fase di un'esperienza di ricerca-azione nella città di Palermo

L. Vassallo, A. Stringi, P. Sampino, V. Lo Schiavo

DSB 13 – ASL 6 Palermo

Sommario

Il presente articolo riguarda l'indagine pilota di una più ampia ricerca-azione condotta al campo nomadi della città di Palermo. La ricerca nasce dalla collaborazione tra il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Palermo e la A.U.S.L. 6 e coniuga la tradizione degli studi psico-sociali (Kaneklin, C., 2003) con un approccio che tiene conto delle premesse proprie del paradigma etnopsicoanalitico (Devereaux, G. 1970; Inglese, S., 1993; Profita, G., 2003).

In esso si ipotizza, che le dinamiche di esclusione ed autoesclusione (Bracci, F., Cardamone, G. 2005), nonché il diverso modo di questi ultimi di concepire la struttura sociale, il tempo, la salute, la malattia, la morte, etc., comportano una consistente ricaduta in senso negativo, sull'adesione a protocolli di prevenzione e sull'accesso ai servizi sanitari, non adeguatamente preparati all'accoglienza di tale utenza.

L'obiettivo generale, quindi, della ricerca mira a creare opportunità di dialogo con la popolazione presente al campo nomadi, per poter valutare la messa a punto di nuove e "buone" prassi sanitarie per l'utenza; in ultimo valorizzando l'identità rom come agente di cambiamento nel rapporto tra cultura nomade e cultura sanitaria italiana, per l'implementazione della stessa offerta sanitaria.

Si è proceduto metodologicamente somministrando una scheda socio-familiare per la rilevazione dei bisogni, secondo alcuni parametri: provenienza geografica; proporzione adulti/minori; posizione rispetto al permesso di soggiorno; esigenze prioritarie. Procedendo con un approccio etnografico, è stata, inoltre, somministrata un'intervista strutturata per la rilevazione delle rappresentazioni della donna in gravidanza con riferimento ad aspetti del rapporto con i servizi sanitari, con la nascita e l'ambiente familiare, sociale e fisico.

L'ipotesi iniziale è risultata, quindi, confermata, contribuendo a definire meglio la diversità culturale dei nomadi e le cause probabili del non adeguato accesso ai servizi socio-sanitari pubblici.

Parola chiave: nomadi, servizi sanitari, etnopsicoanalisi

Introduzione

Il presente lavoro fa riferimento ad una ricerca-azione nata dalla collaborazione tra il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Palermo e la A.U.S.L. 6 e

si inserisce nell'ambito degli studi psico-sociali e di quelli fondati sul paradigma etnopsicoanalitico, inteso come strumento di interpretazione dei rapporti dell'individuo con la società (Devereaux, G. 1970; Nathan, T., 1993; Inglese, S., 2003; Profita, G., 2003; Beneduce, R., 1998; Moro, R. M., 1994).

Secondo i principi di tale approccio, il funzionamento psichico si fonda sul sistema culturale interiorizzato, che ne determina le caratteristiche e la fenomenologia. Sulla scorta di tale assunto si può affermare, quindi, che il sistema culturale di un gruppo dato consente di definire delle categorie implicite, attraverso le quali è possibile rappresentarsi il mondo e dare senso agli eventi.

Nell'attuale epoca della globalizzazione le continue migrazioni hanno determinato un incontro tra culture differenti, imponendo la necessità di mettere a punto nuovi modi di comunicare. La crescente segmentazione della domanda e conseguentemente dell'offerta, nonché dei servizi nello scenario attuale determina la necessità di operare trasformazioni continue nelle competenze e nelle prassi sanitarie sostenute dalla tecnica, superando la visione tayloristica della produzione (Kaneklin, C., 2003).

L'incalzare delle nuove situazioni sociali in profonda e continua trasformazione, l'incontro-scontro tra culture diverse, obbliga gli operatori sanitari a riadattare l'apparato di pensiero rispetto all'area salute/malattia/cura per poter comprendere le realtà "altre" o, comunque "inusuali", della condizione umana. (Zorzetto, S., et al., 2001). L'intervento sanitario con il paziente "altro", pertanto, pur sostenuto dalle lusinghe di una tecnica sempre più razionalista ed onnipotente (Galimberti, U., 1999) richiede una messa in discussione del suo modello operativo d'intervento e la considerazione della specificità circa la componente culturale nelle problematiche di competenza.

In particolare, nella città di Palermo, tra gli utenti dei servizi socio-sanitari pubblici, appartenenti ad altre etnie, un capitolo specifico è costituito dall'utenza nomade. Il campo nomadi di Palermo, che rientra per competenza, nel territorio del Distretto 13 della A.U.S.L. 6 della stessa città, ubicato nelle vicinanze della Favorita, quindi in uno spazio di transito, costituisce ancora un "luogo" o per meglio dire un "non-luogo" (Augè, M., 1992), caratterizzato nella realtà, ancora da malsane condizioni ambientali di vita, di esclusione e di emarginazione per la popolazione rom, che vi risiede.

La popolazione nomade presente in Sicilia, costituita da camminanti e rom, costretta nel transito attraverso le città ad una forzata sedentarizzazione, ha cercato di mantenere la propria identità nell'ancoraggio alle tradizioni culturali. Si sono manifestati, pertanto, marcati fenomeni di chiusura e diffidenza di questa popolazione verso la società e le istituzioni ospitanti, compresi i servizi socio-sanitari. A favorire tale fenomeno contribuiscono anche le condotte e gli atteggiamenti di pregiudizio e pensiero stereotipo della società maggioritaria, aspetti che hanno un'immediata ricaduta negativa sul gruppo minoritario.

In seguito ad un'osservazione partecipante in loco condotta dagli operatori sanitari della A.U.S.L. 6, impegnati nelle azioni di assistenza sanitaria di base e ne-

gli interventi di medicina preventiva, si è constatato che la situazione sanitaria dei rom presenti presso il campo nomadi di Palermo, che ad oggi conta poco più di 200 persone, registra una resistenza di tale minoranza alla prevenzione, soprattutto per ciò che riguarda l'applicazione di protocolli di monitoraggio delle gravidanze e di check-up per le patologie croniche e degenerative. Risultano, inoltre, crescenti, le condotte tossicomane di abuso di stupefacenti, caratterizzate da comorbidità.

Le emergenze relative all'area materno-infantile risultano in linea con quanto emerso nel rapporto finale della "Conference on Roma Women and Access to Public Health Care: Ensuring Effective Access" (2003), tenutasi a Strasburgo sul tema.

Abbiamo ipotizzato, pertanto, che le dinamiche di esclusione ed autoesclusione (Bracci, F., Cardamone, G. 2005), nonché il diverso modo di questi ultimi di concepire la struttura sociale, la salute, la malattia, comportano una consistente ricaduta in senso negativo, sull'adesione a protocolli di prevenzione e sull'accesso ai servizi sanitari, non adeguatamente preparati all'accoglienza di tale utenza.

L'obiettivo, quindi, della ricerca, indagine pilota di un progetto di ricerca e d'intervento più ampio, è quello di creare i presupposti conoscitivi per nuove opportunità di dialogo con la popolazione presente al campo nomadi. Ciò al fine di valutare la messa a punto di nuove e "buone" prassi sanitarie per l'utenza, valorizzando l'identità rom come agente di cambiamento nel rapporto tra cultura nomade e cultura sanitaria italiana, per l'implementazione, in ultimo, della stessa offerta sanitaria.

1. Metodo

Nella strategia di ricerca-intervento si è proceduto metodologicamente come segue:

- è stata condotta in loco l'osservazione partecipante negli ultimi cinque anni (2001-2006), in momenti non strutturati, durante le visite e l'offerta attiva di servizi da parte delle operatrici, mirando all'abbattimento dei fenomeni di diffidenza e chiusura reciproci;
- è stata somministrata a tutti i nuclei familiari presenti al campo (48) una scheda socio-familiare, messa a punto specificamente per questa utenza. La somministrazione è stata effettuata da allievi mediatori culturali, al primo contatto con questa utenza, facilitati dagli operatori sanitari. La scheda prevede una prima parte socio-anagrafica personale che analizza per nucleo familiare: la provenienza geografica, la regolarizzazione in merito ai permessi di soggiorno, le competenze lavorative, le esigenze prioritarie percepite dai rom.
- in considerazione della riluttanza dei rom ad aderire a modelli di prevenzione, si è scelto di indagare, tra quelle in cui si rilevano le maggiori conseguenze di tale fenomeno, l'area specifica della maternità. A tal fine, è stata realizzata sulle donne rom in gravidanza presenti al campo (13) da gennaio a marzo 2006, un'intervista strutturata, con approccio etnografico, mirante ad analizzare le rappresentazioni delle utenti circa le seguenti aree:

1. il rapporto con i servizi sanitari italiani;
2. il rapporto con il proprio corpo;
3. il rapporto con la gestazione;
4. il rapporto con la nascita di un bambino;
5. il rapporto con il partner;
6. il rapporto con la famiglia d'origine;
7. il rapporto con la madre.
8. il rapporto con la società e l'ambiente.

I risultati delle interviste sono stati sottoposti ad analisi tematica (McClelland, 1961; Magro, T., 1995; Contarello, A., Volpato, C., 2002). A proposito di tale metodo, Russel e Stiles (1979) sottolineano come esso consenta di ottenere numerose informazioni, compresa quelle relative al processo psicodinamico di chi comunica e alla sua struttura di personalità, oltrechè alle rappresentazioni sociali e culturali.

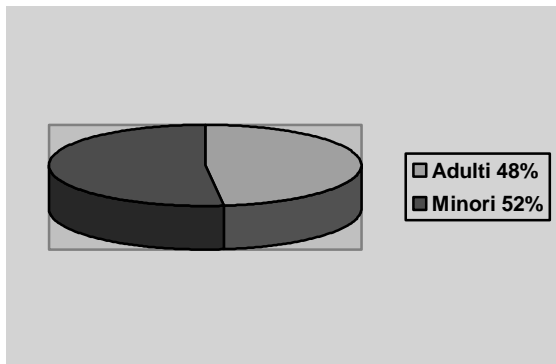
Grazie all'ausilio di tale metodologia, in seguito ad una valutazione operata individualmente ed in comune, da giudici diversi, sono state enucleate infine le categorie o unità di significato prevalenti, all'interno delle quali si distribuiscono le frequenze di risposta (Schneider et al. 1992). Si è proceduto, inoltre ad operare un'analisi testuale al corpus di alcune risposte, per evidenziare alcune co-occorrenze salienti di concetti.

2. Analisi dei risultati

2.1 Indagine della condizione socio-economica

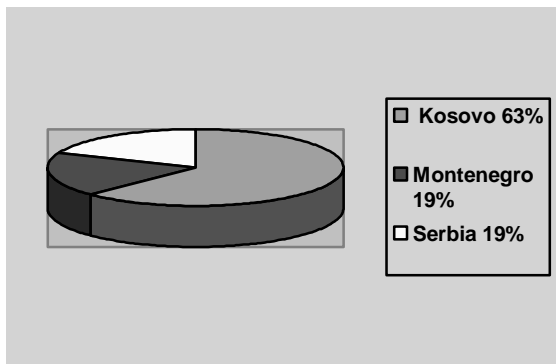
In riferimento alla rilevazione dei bisogni, si è ottenuto un quadro della condizione socio-economica dei rom, che appare definito così come segue. La fig. 1 riguarda la proporzione adulti/minori, che rispetta quella delle percentuali italiane ed europee. La popolazione nomade si conferma per l'alto tasso di natalità, secondo la tradizione di queste popolazioni, a prescindere dal culto acquisito nelle peregrinazioni attraverso i diversi paesi di transito o della relativa sedentarizzazione temporanea (a volte anche alcuni secoli).

Figura 1



Per ciò che riguarda la provenienza geografica, sul totale della popolazione presente al campo nomadi, le percentuali sono le seguenti, espresse nel grafico della figura 2:

Figura 2

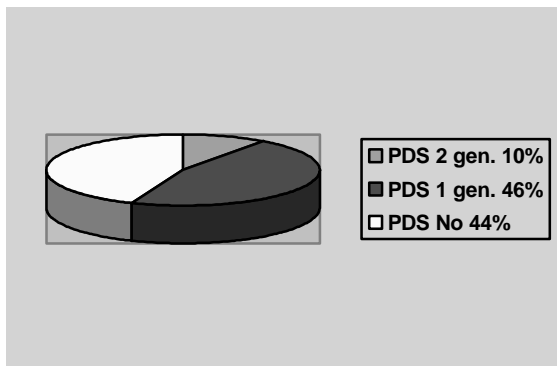


Si tratta di nomadi stanziatisi da tali paesi in più momenti migratori: alla fine degli anni '60 e negli anni '80-90. Bisogna inoltre ricordare che il campo nomadi di Palermo contava circa 1000 persone fino a quattro-cinque anni fa. Successivamente, in seguito alle condizioni esistenziali cui erano soggetti, i suoi abitanti partirono assumendo con meta principale la Francia e la Germania. In atto appare delinearsi una lieve flessione del trend, a favore di un ritorno progressivo da tali paesi.

Per ciò che riguarda la regolarità con il permesso di soggiorno (PDS) la condizione è rappresentata percentualmente come in figura 3. Da essa emerge che solo il 10% dei nuclei familiari presenta una posizione di piena regolarità di entrambi i coniugi, mentre nel 46% dei casi solo un coniuge è in possesso del permesso di soggiorno; ma il 44% dei nuclei familiari restano senza alcuna forma di

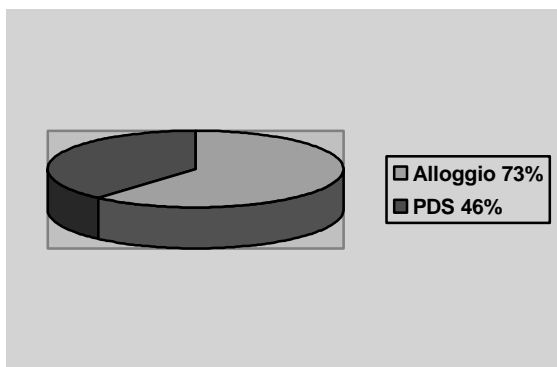
regolamentazione in una zona d'ombra e, quindi, in una condizione di elevatissima precarietà esistenziale.

Figura 3



Alla richiesta, inoltre, di indicare quali siano le esigenze prioritarie è risultato quanto rappresentato in figura 4, l'alloggio è la prima richiesta avanzata, a fronte di una situazione di irregolarità ancora persistente rispetto alle normative italiane in materia di immigrazione. Tale condizione d'altronde dipende solo parzialmente dai rom, spesso è determinata invece dal rifiuto delle forze dell'ordine a considerare con disponibilità la loro richiesta di regolarizzazione.

Figura 4

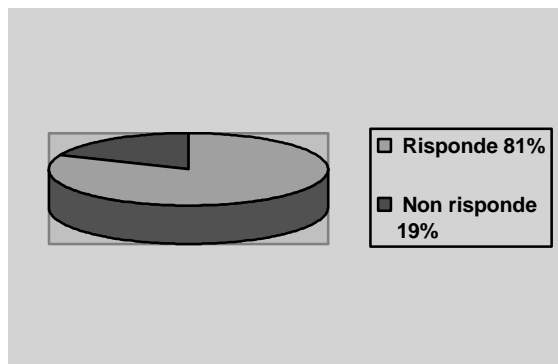


La richiesta relativa all'inserimento dei bambini a scuola è risultata ridotta e non rappresentabile, in quanto ancora non risulta maturata come esigenza primaria, a causa della condizione esistenziale generale precaria. Bisogna, in ultimo, considerare i fenomeni di diffidenza verso i minori rom da parte degli altri bambini a scuo-

la, nonché la resistenza delle donne nomadi a separarsi dai bambini in tenera età, accettando sistemi di vita estranei alla propria cultura.

In merito, inoltre, alla richiesta di fornire le competenze lavorative possedute, i dati appaiono come da figura 5, con una preponderanza di presenza di risposte per nucleo familiare (l'81%) ed una maggiore rappresentatività in ordine per l'attività di commerciante, di artigiano e di operaio specializzato:

Figura 5



Ciò testimonia una volontà di esprimere le proprie capacità e competenze, sfatando pregiudizi e forme di chiusura da parte di chi vede i rom dall'esterno, da parte di chi, in definitiva, assume le decisioni politiche per loro.

2.2. Indagine sull'area maternità

A fronte dell'indagine sulle 13 donne in stato di gravidanza (il 15% della popolazione adulta presente al campo) da gennaio a marzo 2006, rappresentative per provenienza della composizione dei diversi gruppi rom, assumendo come premessa l'assunzione di un approccio di pensiero comprensivo della diversità della cultura, della mentalità e della "mente" della donna nomade, come emerge dall'analisi del contenuto delle interviste, si riporta quanto segue per ciascuna delle sotto-aree tematiche indagate.

Circa il rapporto con i servizi sanitari italiani, emerge che, nel 62.50 % dei casi, le donne avevano già avuto un contatto con un medico del SSN, che nella totalità dei casi vi si erano riferite per la gravidanza, ma il 50% delle intervistate in seguito all'emergenza di un precedente parto. Ciò testimonia la preferenza delle donne per il parto in ospedale, nonostante l'esperienza tradizionalmente tramandata di alcune levatrici nel gruppo, come forma di compromesso tra modernità e tradizione.

Tale fenomeno trova una sua possibile spiegazione antropologica nell'antica rappresentazione culturale magico-religiosa relativa al nascituro come frutto impuro, in quanto a contatto con il sangue materno, quindi in grado di con-

taminare coloro che lo toccavano, tranne la levatrice, che infatti aveva per via del ruolo particolare uno statuto ed un'identità speciali rispetto al resto del gruppo (Cozannet, F, 1978). In tal senso l'ospedale resta un luogo a parte, quindi utile ad impedire la contaminazione della comunità di provenienza, solo nella metà dei casi, infatti, è presente un precedente contatto con un servizio sanitario diverso dall'ospedale.

Il giudizio sui servizi è per il 62.50% dei casi di soddisfazione, il resto mostra aperta insoddisfazione, nessuno si astiene dal rispondere, tale ultimo dato rende, in una certa misura attendibili gli esiti della raccolta diretta delle osservazioni. D'altronde ciò presenta corrispondenza con la percezione positiva di supporto da parte del servizio sanitario nazionale (75%) e da un'aspettativa presente e positiva di intervento da parte degli operatori dei servizi ambulatoriali impegnati al campo, espressa nei termini di un supporto relativo agli aspetti della sicurezza, della salute, dell'igiene ambientale.

Per ciò che concerne il rapporto con la gestazione emerge una consapevolezza non in tutti i casi presente circa il proprio stato di puerpera (è presente nel 75%), nonostante le donne intervistate fossero tutte già al di sopra del quinto mese di gravidanza. Ciò, a nostro giudizio, trova conferma anche nell'assenza di sogni relativi alla gravidanza (75% dei casi) e depone per una concezione di salute e sua profilassi diversa da quella della società ospitante, in cui possono entrare in gioco il culto dei morti e la sua influenza sulla percezione di salute o malattia (Zajade, N., 2003).

Rilevante appare ricordare, a tale proposito, che nel rapporto con la nascita del figlio, per la rappresentazione di "figlio", emerge chiaramente in metà delle intervistate una "relazione positiva" con il nascituro, con co-occorrenza dei concetti di:

- "dialogo";
- "nuova risorsa" (maschio),

Per l'altra metà si rileva una "relazione negativa", caratterizzata dalla corrispondenza di concetti come:

- "preoccupazione per aspetti materiali"
- "rifiuto".

Non si può, comunque, escludere che tali rilevanze possano essere date dal limite costituito dallo strumento diretto di raccolta dei dati e dalla diffidenza delle donne rom circa la manifestazione della loro reale condizione e dei sentimenti ad essa connessi verso i "gagè" (non-rom).

A tale proposito, per ciò che concerne il rapporto con la società emerge che per metà le intervistate sono in Italia da almeno quindici anni, qualcuna è nata a Palermo, che la migrazione ha avuto direttamente l'Italia come meta (75% dei casi) ed invece la guerra e la conseguente crisi come prima causa (62.50%). Ancora, che,

nonostante nel 75% dei casi non abbiano un'attività lavorativa, mantengono tutte un'opinione positiva sulla nascita del proprio figlio in Italia, il 62.50% ritiene che il marito la pensi nello stesso modo, sebbene l'analisi testuale di tali risposte evidenzia nella rappresentazione di "figlio che nasce in Italia" una co-occorrenza dei concetti di:

- Riscatto;
- Garanzia di appartenenza e di diritti (lavoro e PDS).

Tali concetti appaiono dominati da sentimenti di rabbia, rivalsa e orgoglio, soprattutto nel caso in cui le donne riferiscono ciò che esse pensano dell'opinione del marito. D'altronde l'uomo, trasversalmente al culto nei vari gruppi rom, ha nella sua comunità la funzione di comunicazione e quindi di mediazione tra la famiglia estesa, "la vica" e la società.

In merito al tema del rapporto con la famiglia, le donne hanno già, quasi per la totalità altri figli, appartengono a reti familiari disperse geograficamente sul territorio italiano ed europeo (62.50% dei casi). Nonostante ciò esse dichiarano di aver comunicato la nuova gravidanza anche ai familiari più distanti, nel 62.50% dei casi. Dichiarano inoltre di sentirsi aiutate dalla famiglia nella metà dei casi, per un 25% da "altri", intesi come gli operatori sanitari o un' "entità superiore".

Circa il rapporto con il marito direttamente il 75% delle intervistate dichiara di sentirsi supportata dal coniuge, ma indirettamente, nel riferire circa il supporto da parte di altri, solo il 25% risponde che è fornito in termini concreti dal marito, per cui l'interpretazione del dato resta controversa. La metà dichiara inoltre di sentirsi sostenuta affettivamente e moralmente dal marito, la restante metà si sfrangia tra assenza di risposta, incapacità a rispondere e in minor misura ad un'aperta negazione circa il ricevere supporto.

D'altronde appare chiaro invece che nel 75% dei casi le donne rom nutrono delle aspettative di supporto da parte del marito, manifestando l'esigenza di essere aiutate sia nei lavori domestici, che per tutto ciò che riguarda la sussistenza, la regolarizzazione con il permesso di soggiorno e l'igiene al campo, temi che riemergono continuamente. Ciò testimonierebbe per un'evoluzione della rappresentazione che ha la donna rom circa il ruolo familiare dell'uomo, coerentemente alla modernità e per via di una famiglia rom non sempre caratterizzata da unità e solidarietà al suo interno, benché da tale indagine risulti comunque la risorsa principale, se confrontata con le istituzioni pubbliche del gruppo maggioritario.

Conclusioni

Gli esiti di tale indagine saranno di ausilio alla formulazione di ipotesi per la fase successiva della ricerca-intervento, da realizzarsi nell'ambito di un progetto di lavoro già esistente. Si ritiene, inoltre, che esse costituiscano elemento di cono-

scenza valido per ulteriori studi e ricerche ad opera di altri gruppi di ricercatori ed operatori.

Dall'indagine risulta confermata, inoltre, la natura dei rom, come “popolo-resistenza”, come soggettività minacciata dalla dispersione e dalla disgregazione imposte dalle logiche dei gruppi maggioritari, ma pronta ad esprimersi con originale forza e rivendicazione

Bibliografia

Affronti, M., Carrillo, D., (a cura di), (2005). Modelli sperimentali per combattere le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari. Palermo:Medical Books;

Augè, M., (1992) Non luoghi. Introduzione a una antropologia della surmodernità. Milano: Elèutera.

Beneduce, R. (1998), Frontiere dell'identità e della memoria. Milano: Franco Angeli;

Conference on Roma Women and Access to Public Health Care: Ensuring Effective Access. Strasburgo (2003);

Bracci, F., Cardamone, G., (2005), (a cura di) Presenze migranti e accesso ai servizi socio-sanitari. Milano: Franco Angeli;

Contarello, A., Volpato, C., (2002). La dimensione storica dei processi sociali. Note metodologiche di ricerca, pp.61-76, in Mazzara, B.M., a cura di (2002). Metodi qualitativi in psicologia sociale. Roma: Carocci

Cozannet, F. (1973), Gli zingari. Miti e usanze religiose. Milano: 2° ed. 2000;

Devereux, G. (1970), Saggi di etnopsichiatria generale. Roma: Armando, 1978.

Kaneklin, C., Bruno, A. (2003), Progettare nel sociale: la ricerca-azione. Comunicazione al Dottorato di Pubbliche Relazioni, Università di Palermo, A.A. 2006;

Galimberti, U., (1999), Psiche e teche. L'uomo nell'età della tecnica. Milano: Feltrinelli;

Inglese, S. (1993), L'inquieta alleanza fra psicopatologia e antropologia (ricordi e riflessioni di un'esperienza sul campo). I Fogli di Oriss, 1993 n° 1;

Mazzara, B.M., a cura di (2002). *Metodi qualitativi in psicologia sociale*. Roma: Carocci

Moro, M.R. (1994), *Genitori in esilio. Psicopatologia e migrazioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore;

Nathan, T. (1993), *Principi di etnopsicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri, 1996a;

Profita., G., Lo Mauro V. (2003), “Essere fuori luogo”. *Appunti di clinica della migrazione*.

Zajade, N., (2003). Una tregua. Quando la consultazione di etnopsichiatria si adatta ai pazienti zingari, pp. 228-242 in Attenasio, L., Casadei, F., Inglese, S., Ugolini, O., (a cura di) (2005). *La cura degli altri*. Roma: Armando Editore.

Zorzetto, S., Da Prado, M., Inglese, S., Cardamone, G. (2001), *Declinazioni plurali della società e strategie di inclusione*. Milano: Franco Angeli.

**L'UNITÀ DI STRADA:
UNA METODOLOGIA DI ACCESSO E MESSA IN RETE
DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI**

D. T. Castellano Chiodo, A. Portoghese, R. Parisi

Associazione TerrAmica Onlus Catania

È da tempo ormai che la Sicilia è Paese d'approdo e territorio transfrontaliero dell'Europa. Ogni giorno le nostre coste registrano costanti arrivi di migranti provenienti, per lo più dai paesi africani e asiatici che da qui tentano l'ingresso nel territorio europeo e l'inizio di una vita più agiata e dignitosa.

Superate legalmente o illegalmente le procedure previste dalle nostre leggi, i più si trasferiscono nelle zone del Nord Italia o dell'Europa seguendo le catene migratorie e in cerca di lavoro offerto dalle grandi industrie per le quali gli immigrati, soprattutto irregolari, costituiscono lavoratori a basso costo disposti ad accettare ritmi, orari e mansioni di lavoro pesanti e disagiate⁹².

Dai dati dell'ultimo censimento effettuato dall'ISTAT nel 2001⁹³ emerge che in Sicilia gli stranieri residenti sono 49.399. Di questi 9.620 risiedono solo nella Provincia di Catania, seconda come presenza solo a Palermo che conta ben 12.572 stranieri residenti..

I 9.620 stranieri, che risiedono nella Provincia di Catania si dividono in 4.378 maschi e 5.242 femmine, di cui 1.898 minorenni. I paesi da cui provengono sono prevalentemente l'Africa (3.575), l'Europa (2.585) e l'Asia (1.874). Le fasce d'età più consistenti sono comprese tra i 25 e i 44 anni e il motivo principale del trasferimento in Italia, per cui è stato rilasciato il permesso di soggiorno, è da ricondursi a motivi di lavoro (3.989) e alla presenza dei familiari (2.871).

Naturalmente i suddetti dati si riferiscono alle situazioni di immigrazione regolarizzata in quanto rilevati ed elaborati da organi statali come il Ministero dell'Interno e l'ISTAT.

Da dati più recenti (Dossier statistico della Caritas 2005) si può evidenziare che, alla fine del 2004, gli immigrati regolarmente soggiornanti stimati sono 83.749 che rappresentano il 3% del totale nazionale e 1,7% sulla popolazione regionale.

Sappiamo che accanto a questi immigrati regolari, che sono nettamente in aumento, vi è però la realtà degli immigrati irregolari e/o clandestini di cui si può solo lontanamente stimare la presenza nel nostro territorio.

⁹² Basso P., "Gli immigrati in Europa", Einaudi 2002, pp. 100 - 105

⁹³ ISTAT, *Censimento del 2001*, cfr. www.istat.it

³Dossier Statistico 2005 – Caritas/Migrantes – Idos 2005

Un ambito dove certamente la clandestinità e l'irregolarità è utilizzata, perché perseguito penalmente dal nostro ordinamento, è sicuramente la tratta di donne allo scopo di sfruttamento della prostituzione.

I valori che ispirano le moderne società e che muovono le nostre attività quali il rispetto della natura umana e dell'esigenza di dignità ad essa associata indipendentemente dalla razza, dalla religione, dalla lingua, dalla provenienza geografica, ci hanno spinto ad occuparci di queste donne che, se pur clandestine o irregolari, popolano strade e quartieri ben noti a tutti nelle nostre città.

METODOLOGIA

La metodologia che ci ha permesso, e ci permette, di contattare le donne lì dove sono presenti e ben visibili a tutti è appunto l'Unità di Strada.

Le Unità di Strada effettuate dai nostri operatori e volontari due volte la settimana hanno lo scopo di:

- Sensibilizzare le donne alla prevenzione del diffondersi delle malattie infettive a trasmissione sessuale, in prima istanza attraverso la fornitura gratuita di preservativi;
- Fornire informazioni per l'accesso ai servizi socio – sanitari del territorio, anche con accompagnamento agli stessi da parte dei nostri operatori;
- Fornire prime informazioni sull'Associazione e sui servizi di consulenza giuridica e sociale organizzati per i cittadini immigrati;
- Dare sostegno psico-sociale.

RISULTATI

Durante le Unità di Strada svolte nel corso dell'anno 2005 sono state contattate 64 donne provenienti per lo più da Paesi Africani (Nigeria, Ghana, Togo, Benin) e sudamericani (Colombia, Santo Domingo).(Tab. 1)

Tab. 1. Dati UDS prostituzione immigrata Febbraio 2005 – Dicembre 2005:
contatti effettuati per Stato di provenienza

Stato di provenienza	Numero Casi	Totale
AFRICA		38
Nigeria	20	
Ghana	8	
Togo	6	
Benin	4	
AMERICA		17
Colombia	9	
Santo Domingo	8	
EUROPA		9
Romania	5	
Albania	4	
Totale		64

Associazione TerrAmica Onlus – Catania

Nel 98% circa dei casi le prostitute contattate sono clandestine, nel 2% circa irregolari. Questo dato diviene ancora più facilmente leggibile se si tiene in considerazione che la prostituzione in strada è svolta prevalentemente da ragazze sempre più giovani che:

- sono appena arrivate nel Paese e quindi non conoscono né la lingua, né i propri diritti, né i servizi territoriali fruibili anche dai clandestini e/o irregolari;
- sono vittime di tratta e quindi subiscono situazioni di violenza e di coercizione da parte delle organizzazioni criminali, almeno in un primo momento;
- continuano ad esercitare la prostituzione perché devono estinguere il debito contratto per il viaggio di arrivo e non vedono un'alternativa, ugualmente remunerativa, svolgendo altra attività lavorativa.

Anche nel contatto con questa tipologia di utenza è di fondamentale importanza il tipo di approccio e di linguaggio (verbale e non) che si utilizza.

Pur non esistendo modelli rigidi a cui fare riferimento, né particolari forme di comunicazione, abbiamo riscontrato come, già nel primo contatto con le donne (che forse sarà anche l'ultimo) devono passare sì le principali informazioni sui servizi per gli immigrati, nonché deve chiarirsi il nostro ruolo e la nostra funzione.

Soprattutto è l'atteggiamento empatico, l'ascolto sospeso dal giudizio, la manifestazione di autentico interesse per la persona e per il rispetto della dignità dell'essere umano, che deve emergere nella comunicazione e che ispireranno fiducia e autenticità nel rapporto tra "operatore" e "utente". E scendere con loro "in strada" (luogo pieno di "pericoli" per loro e per noi) è il primo, più semplice passo, per dimostrare il nostro rispetto e il nostro interesse ai loro bisogni.

Una volta instaurata una relazione di fiducia, autenticità ed ascolto la donna si apre al racconto dei propri vissuti, delle sue condizioni di vita nonché dei bisogni, delle paure, delle necessità e talvolta dei sogni che vorrebbe realizzare.

I nostri incontri rappresentano per loro un momento nel quale ci si sente accolte dalla società ospitante, rispettate, capite ed aiutate ed è spesso un momento in cui, vedere una faccia amica e scambiare una battuta di spirito, è un modo per evadere dal luogo in cui si trovano e forse in quei momenti rappresentiamo (e vorremmo rappresentare) la speranza di poter cambiare la propria vita, se si vuole, e per sognare un mondo migliore fatto davvero di uguaglianza e di solidarietà.

L'attività che è stata prevalentemente richiesta dalle donne, durante le Unità di Strada, si è rivelata proprio l'assistenza medico – sanitaria per la quale si è proceduto ad effettuare gli accompagnamenti ai servizi ambulatoriali territoriali e ospedalieri con i nostri operatori (mediatori culturali e linguistici, volontari). (tab. 2)

Tab. 2. Accompagnamenti effettuati ai Servizi Sanitari Febbraio 2005 – Dicembre 2005

Associazione TerrAmica Onlus – Catania

Servizio Sanitario	Totale Numero Casi
Cardiologia	11
Dermatologia	13
Ginecologia	49
Malattie infettive	45
Pronto Soccorso	5
Pronto Soccorso Ostetrico	4
Radiologia	25
Ser.T.	2
Servizi di Salute Mentale	3
Laboratori di analisi	42
Totale accompagnamenti	199

Dai suddetti dati emerge chiaramente che le prestazioni sanitarie maggiormente richieste dalle donne sono state naturalmente di natura ginecologica.

Nella totalità dei casi, che abbiamo seguito effettuando accompagnamento ai servizi sanitari, è stato richiesto dalle donne e, dunque, effettuato anche il test HIV in anonimato.

L'accompagnamento ai servizi sanitari da parte degli operatori ha permesso non solo la mediazione linguistica ma soprattutto la mediazione culturale tra medico e paziente. Senza l'aiuto di questi, infatti, le differenze culturali legate, ad esempio,

alle credenze religiose, alle pratiche mediche, all'utilizzo dei farmaci, nonché ai pregiudizi e ai luoghi comuni che si hanno sugli immigrati sarebbero state insormontabili.

Per di più i nostri operatori hanno svolto un'importante funzione di messa in rete dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri che, con il loro aiuto, hanno seguito sinergicamente e multidisciplinariamente i singoli particolari casi.

Conclusioni

La metodologia dell'unità di strada si è, in definitiva rivelata, come la più efficace per contattare direttamente le donne e per facilitare l'accesso di queste ai servizi socio – assistenziali del territorio e in particolare a quelli sanitari maggiormente sentiti e richiesti dalle donne stesse.

L'attività di accompagnamento, poi, ha permesso alle donne avviate alla prostituzione di fruire dei suddetti servizi avvalendosi dei mediatori linguistico–culturali che hanno svolto, inoltre, funzione di tramite e di messa in rete dei diversi settori della sanità.

Si auspica dunque che l'unità di strada sia maggiormente tenuta in considerazione e pensata come un nodo della rete socio–sanitaria che può migliorare la modalità di accesso ai servizi sanitari dell'utenza più debole, al fine di organizzare servizi sanitari più facilmente fruibili dai cittadini immigrati e che rispondano effettivamente alle esigenze di un'utenza “diversa”, sempre in aumento ma che allo stesso modo deve essere rispettata e integrata.

Bibliografia

Istat, “Censimento 2001”, dati estratti dal sito Internet www.istat.it

Associazione TerrAmica Onlus – Catania, dati UDS prostituzione immigrata raccolti dal Febbraio 2005 al Dicembre 2005

Basso Pietro, “Gli immigrati in Europa”, Einaudi, 2002

XV Rapporto – Immigrazione – Dossier Statistico 2005 – Caritas/Migrantes – Idos 2005

***Esperienze di reti e servizi per immigrati.
Edentulismo e povertà: risultati di un modello di risposta.***

R. Santopadre, S. Carta, A. Giovannetti, P. Morgia , M. Viola

Caritas Diocesana di Roma, Centro Odontoiatrico, Roma.

RIASSUNTO

Il volontariato in campo odontoiatrico ha sempre cercato di portare alla luce la problematica del bisogno di protesi dentaria espressa dalla popolazione che vive in condizioni di marginalità sociale visto gli alti costi che si accompagnano a tali prestazioni, escluse, di fatto, dai Livelli Essenziali d'Assistenza. Con il presente lavoro gli autori vogliono evidenziare, attraverso l'analisi dei dati forniti, alcuni aspetti della domanda di riabilitazione protesica orale da parte d'individui appartenenti alla fascia più debole della popolazione e la possibilità di risposta mediante un modello organizzativo basato sul volontariato.

INTRODUZIONE

Da circa vent'anni l'Area sanitaria della Caritas romana, attraverso i suoi servizi sanitari cerca di garantire l'assistenza a chi non riesce a fruire del sistema sanitario pubblico e privato, trovandosi in condizioni di marginalità sociale e/o eterogeneità culturale. Anche l'ambulatorio odontoiatrico cerca di dare tale risposta: in questo caso attraverso una "odontoiatria essenziale e transculturale" 1 . L'utenza, sempre contraddistinta da individui migranti e da una modesta rappresentanza di zingari, si è arricchita, in questi ultimi anni, di pazienti italiani che vivono una condizione di fragilità sociale.

La struttura sanitaria diretta dal Responsabile del servizio, nel ruolo di Direttore sanitario volontario conta 60 operatori, anch'essi volontari, i quali si distinguono in: odontoiatri, assistenti di studio, igienisti dentali, odontotecnici, tecnici radiologi, osservatori.

All'odontoiatra, aspirante volontario, è richiesta una anzianità di laurea di almeno due anni oltre alla frequenza al Corso base di formazione al volontariato organizzato dal Settore volontariato della Caritas di Roma.

L'attività dell'odontoiatra è incentrata, oltre che sulle fasi cliniche di diagnosi e terapia, anche sulla gestione del personale collaborante e dell'unità operativa affidatagli nel proprio turno di lavoro.

Lo svolgimento dell'attività clinica avviene in due turni giornalieri per cinque giorni a settimana: la mattina dalle ore 9.00 alle 12.30 ed il pomeriggio dalle 16.00 alle 19.00.

L'attività della segreteria, svolta da operatrice dipendente è dedicata alla accoglienza

za, alla gestione amministrativa del centro ed alla gestione degli appuntamenti. Le prime visite vengono effettuate per appuntamento, compatibilmente con la possibilità di inserire nuovi pazienti. Gli appuntamenti successivi vengono dati secondo le indicazioni dell'odontoiatra che ha preso in cura il paziente.

Effettuata la prima visita l'odontoiatra suggerirà alla segreteria il tempo d'attesa per iniziare la cura.

Nel Centro viene svolto un servizio di odontoiatria centrata sul paziente ovvero mirata a soddisfare le esigenze di ogni singolo individuo, secondo una impostazione operativa di tipo essenziale: si cerca, pertanto, di non intraprendere terapie particolarmente sofisticate, pur mantenendo i requisiti qualitativi necessari a fornire un servizio efficiente. Solo così il Centro Odontoiatrico Caritas è in grado di soddisfare le richieste di nuovi pazienti sofferenti che quotidianamente afferiscono ad esso.

Alcuni operatori "titolari di poltrona" si dedicano esclusivamente alla disciplina protesica. I pazienti possono essere inviati loro dagli altri colleghi del Centro, solo dopo una prima visita e dopo che altre cure sono state ultimate. Essi commissionano il manufatto protesico agli odontotecnici del laboratorio interno oppure a laboratori esterni tra cui le scuole odontotecniche "I.P.S.I.A.Europa" e "I.S.I.S.Carlo Urbani". In questo caso, pertanto, i manufatti vengono confezionati da studenti, sotto la supervisione dell'istruttore, su modelli veri, contrariamente agli standard scolastici che prevedono solo simulazioni. Oltre alle scuole, altri sette laboratori privati confezionano, in via del tutto gratuita, manufatti protesici per il Centro Caritas.

SCOPO DEL LAVORO

Obiettivo del presente lavoro è quello di evidenziare sia le caratteristiche socio-demografiche che si accompagnano al bisogno di riabilitazione protesica espresso da individui appartenenti alla fascia più debole della popolazione. Gli autori hanno voluto valutare, inoltre, alcuni aspetti relativi alle possibilità di risposta a questo fabbisogno sanitario; a tale scopo sono state analizzate le prestazioni erogate, mediante un modello organizzativo, basato sul volontariato socio-sanitario e sul coinvolgimento di una rete esterna di laboratori odontotecnici volontari.

Infatti, come già riferito in un precedente lavoro ², riteniamo che prima di dare risposte in termini di "salute orale", sia necessario innanzitutto conoscere il profilo psicosociale degli eventuali destinatari, con che gravità si presenta l'edentulismo, con quale tipo di soluzione protesica possono essere soddisfatti i requisiti d'appropriatezza.

MATERIALI E METODI

I dati esaminati sono stati raccolti su dei moduli, appositamente creati per i pazienti sui quali sono stati applicati dispositivi protesici nel biennio 2004/2005 (22 mesi escludendo agosto) presso l'ambulatorio odontoiatrico della Caritas di Roma. Le prestazioni protesiche sono state offerte gratuitamente, grazie all'opera volontaria

di quattro odontoiatri protesisti, con il contributo volontario di alcuni odontotecnici e di nove laboratori privati esterni, tra cui due scuole.

I campioni utilizzati per la ricerca sono costituiti da pazienti di ambo i sessi, arrivati al Centro per via diretta o indirizzati da servizi Caritas di cui alcuni di loro sono utenti (ostelli, case famiglia, mense, centri ascolto ma soprattutto l'ambulatorio di medicina di base). L'età dei pazienti è stata calcolata approssimando l'ultimo compleanno al 1° gennaio del 2004 e del 2005. Attraverso i moduli sono stati raccolti alcuni dati come nominativo, sesso, età, nazionalità, epoca d'arrivo in Italia, attività lavorativa attuale, una breve indagine anamnestica ed il tipo di riabilitazione protesica effettuata.

RISULTATI

Le persone che sono state sottoposte a riabilitazioni protesiche nel biennio 2004/2005, sono state 141. Per quanto riguarda i dati sociodemografici, la figura 1 illustra la distribuzione del campione per nazionalità: i paesi maggiormente rappresentati sono in ordine crescente: Bulgaria e Tunisia, Perù, Marocco e Polonia, Ucraina, Romania, Italia. Mentre la distribuzione, relativamente ai soli stranieri, rispecchia le caratteristiche dell'immigrazione a Roma, è interessante notare, per quanto concerne la sola subcomunità straniera, la netta differenza che emerge relativamente ai paesi di origine rispetto a due precedenti studi del 1990 3,4, a conferma della variabilità dei flussi migratori.

Per quanto riguarda il sesso, il gruppo osservato appare costituito per il 53% da femmine e per il 47% da maschi (figura 2). La distribuzione per età, valida anche per la subpopolazione italiana, ha mostrato una prevalenza della fascia adulta (45-54) (figura 3).

Le protesi consegnate ai pazienti ed ultimate nel suddetto periodo sono state 233 (tabella 1 e figura 4) con una netta prevalenza di protesi totali rimovibili, di cui 28 sono quelle applicate su ambedue le arcate dello stesso paziente. La condizione di edentulia totale prevale tra gli italiani (figure 5 e 6); mentre la distribuzione per fascia d'età è sovrapponibile tra individui stranieri e autoctoni con un evidente picco tra i 45 e i 54 anni (figura 7).

Rispetto al dato emerso in un precedente lavoro 2, la percentuale d'abbandono da parte del paziente protesico, è trascurabile: ciò è probabilmente dovuto ad una più attenta selezione iniziale attraverso l'ascolto dei bisogni espressi, alla chiarificazione delle aspettative e all'ottenimento della massima compliance tenuto conto di caratteristiche quali quella migratoria, d'incertezza sociale, psicologica, di diffidenza.

CONCLUSIONE

La valutazione dei dati ha rivelato che una quota non trascurabile d'individui presenti nella nostra società che vive in situazione di marginalità se non di vera esclusione sociale, non accedono alle strutture sanitarie odontoiatriche, in questo specifico caso per prestazioni protesiche, e che lo stato di fragilità che caratterizza il campione d'individui oggetto di questa indagine incide anche sullo stato di salute orale viste le fasce d'età rappresentate. Essi sono in prevalenza migranti stranieri ma la presenza italiana è considerevolmente rappresentata e purtroppo in forte crescita.

L'analisi dei dati emersi e l'esperienza degli autori con questa tipologia d'utenza "fragile e vulnerabile", porta ad affermare che un servizio simile non può prescindere da tutta una serie di competenze professionali, da quelle tecniche a quelle relazionali, da quelle internistiche a quelle psicologiche e transculturali, parimenti necessarie per la gestione di pazienti che si rivelano, tutti, come portatori di bisogni speciali. Peraltro, è utile sottolineare che in odontoiatria protesica, prima di intervenire con la sostituzione protesica degli elementi dentari mancanti, è necessario valutare non solo la dentatura residua, ma anche la funzionalità dell'apparato stomatognatico e quindi la necessità di terapia, ovvero decidere se intervenire o meno protesicamente⁵.

Individuare i percorsi diagnostico-terapeutici odontoiatrici più appropriati, nei programmi di odontoiatria sociale, non può prescindere dalla raccolta di dati sociodemografici e clinici; questi rappresentano una importante risorsa degli ambulatori di odontoiatria sociale basati sul volontariato, tenendo conto, peraltro, della diversità culturale che influenza il concetto di salute per ogni individuo.

Il modello organizzativo presentato, costituito da odontoiatri volontari coadiuvati da una rete esterna di laboratori odontotecnici privati, due dei quali di scuole superiori odontotecniche, ha permesso di riabilitare protesicamente un cospicuo numero di persone che non avrebbero avuto risposta presso il servizio sanitario pubblico.

Da non sottovalutare inoltre l'indiscusso valore pedagogico determinato dal coinvolgimento degli studenti delle scuole odontotecniche.

RINGRAZIAMENTI

Un particolare ringraziamento va agli odontotecnici del laboratorio interno: P.Lugni, G.Trovato, P.Sicuranza nonché i titolari dei laboratori privati esterni e i capi d'istituto delle scuole romane di odontotecnica I. P. S. I. A. Europa e I.S.I.S. Carlo Urbani gli studenti e gli insegnanti M. Di Pietro e F. Ricciardi.

BIBLIOGRAFIA

1. Santopadre R.: La dimensione transculturale in Odontoiatria: diagnosi e terapia nel paziente immigrato e nomade - Atti VI Consensus Conference

- sulle migrazioni e IV Congresso nazionale SIMM Palermo 25/28 maggio 2000
2. Santopadre R.: Indagine socio-sanitaria su un campione di individui appartenenti alla fascia debole della popolazione - Prevenzione odontostomatologica QE 2005; 1:47-52
 3. Della Ventura D., Bertuzzi A., Mignucci P. Indagine statistica presso gli ambulatori Caritas di Roma di pazienti protesici - Atti del II Congresso Internazionale Medicina e Migrazioni - Roma, 1990
 4. Falcucci M., Illuzzi P., Tartaglia P.,: Demand of prosthetic dental treatments by immigrants in Rome - Atti del II Congresso Internazionale Medicina e Migrazioni - Roma, 1990
 5. Santopadre R.: Indagine socio-sanitaria sulla domanda di protesi dentaria da parte di individui appartenenti alla fascia debole della popolazione.- Prevenzione odontostomatologica QE 2006;

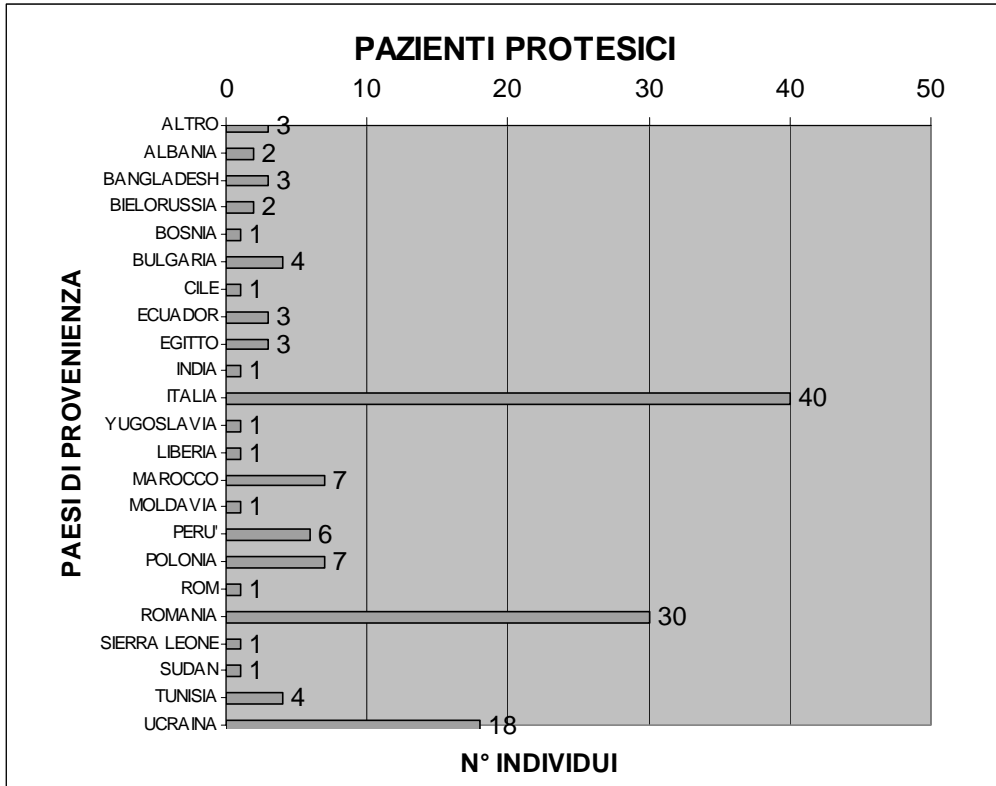


Figura 1: Distribuzione per nazionalità dei 141 pazienti protesici. Biennio 2004/2005

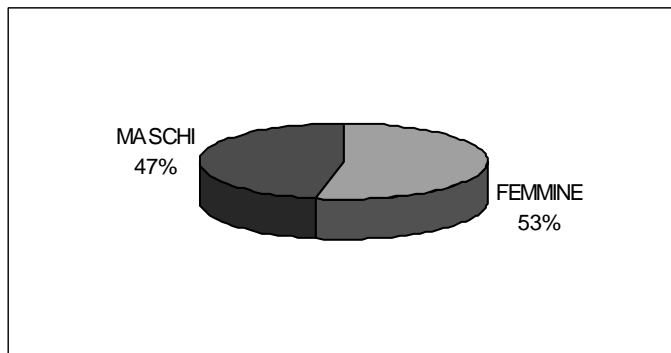


Figura 2: Distribuzione per sesso.

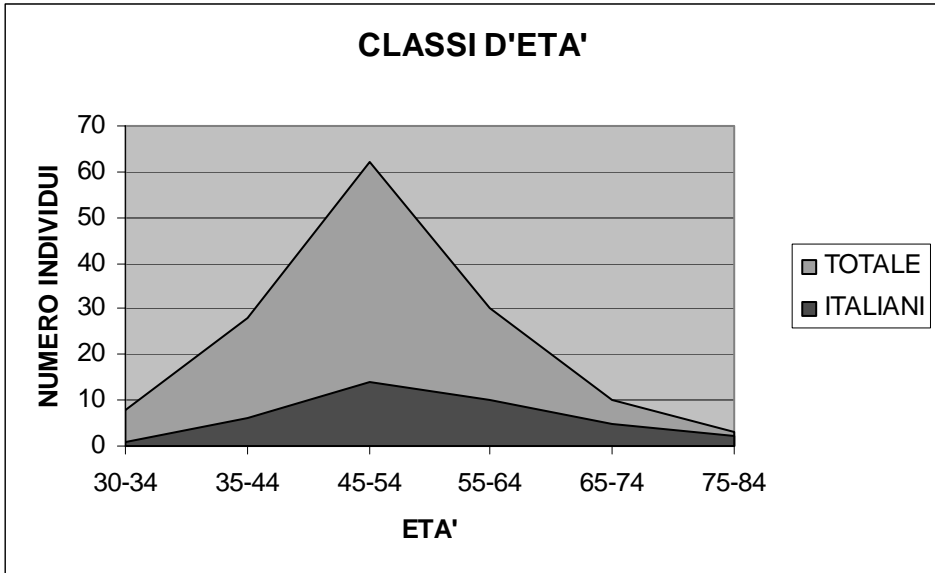


Figura 3: Distribuzione per classi d'età.

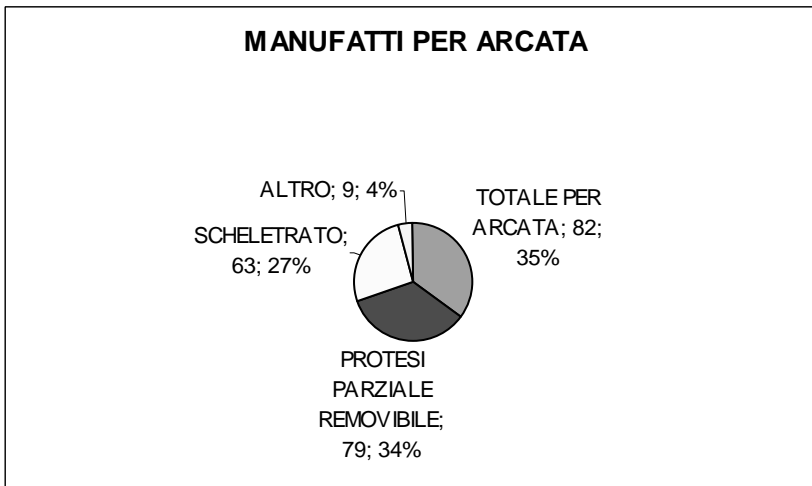


Figura 4: Manufatti protesici per arcata.

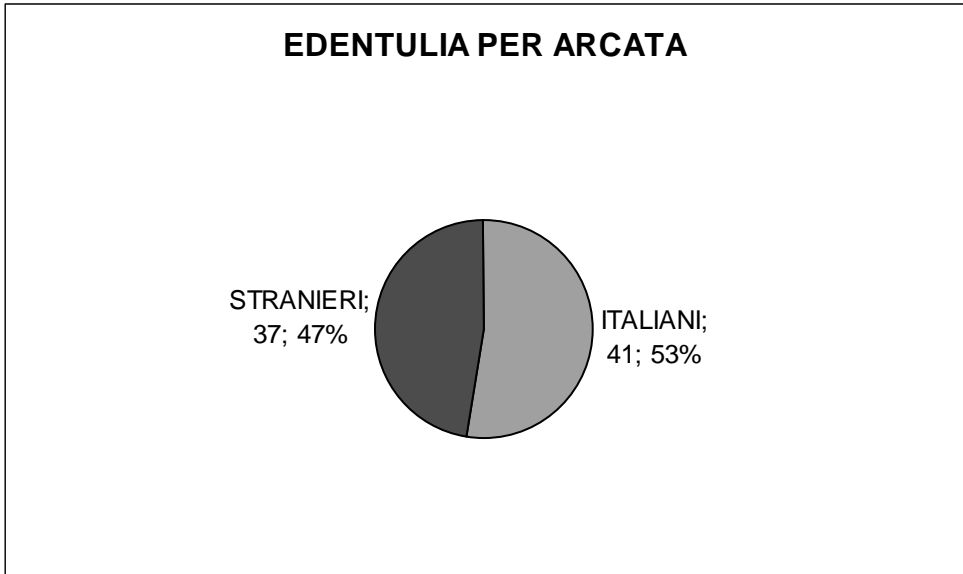


Figura 5: Distribuzione per arcate totalmente edentule

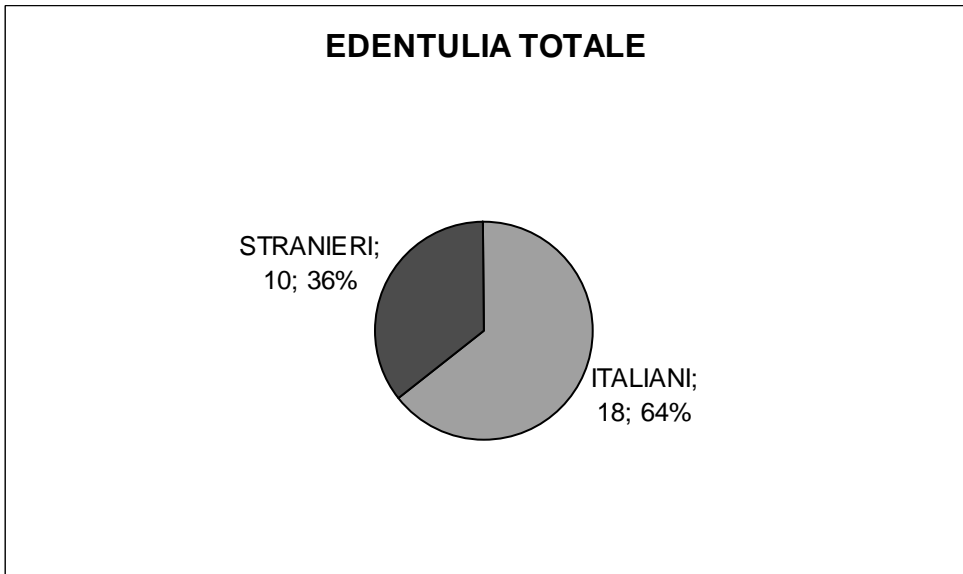


Figura 6: Distribuzione per edentulia totale

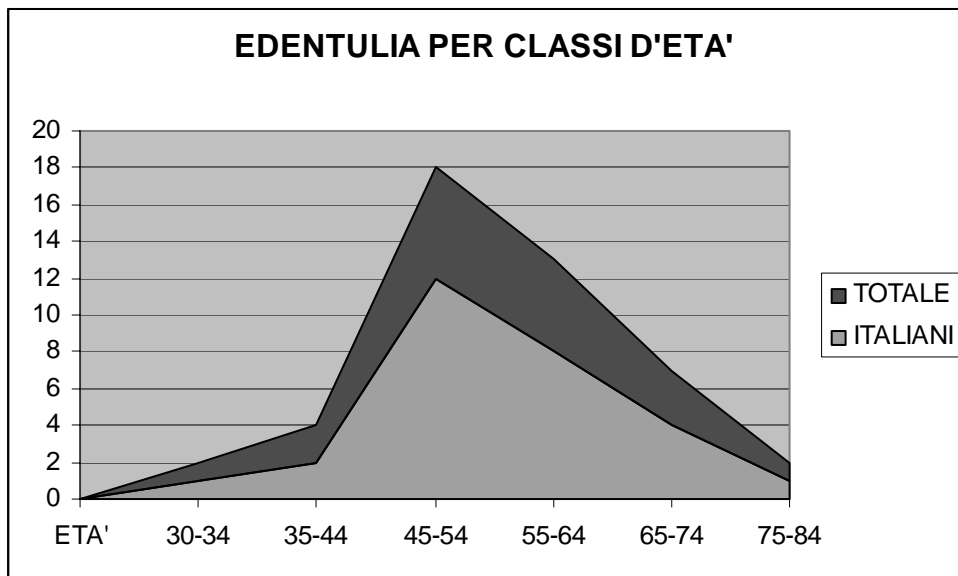


Figura 7: Distribuzione per classi d'età dell'edentulia totale

Tipo di manufatto	Quantità
Modifica protesi	4
Protesi combinata	2
Corona	3
Scheletrato superiore	16
Scheletrato inferiore	29
Scheletrato sup. e inf.	9 (18)
Protesi parziale removibile superiore	32
Protesi parziale removibile inferiore	25
Protesi parziale removibile sup. e inf.	11 (22)
Protesi totale superiore	18
Protesi totale inferiore	8
Protesi totale sup. e inf.	28 (56)
Totale manufatti	233

Tabella 1: Protesi effettuate per tipologia

Medicina Tradizionale Cinese a S. Chiara: trecento pazienti trattati con il Tuina (massaggio cinese), il massaggio di qi-gong medico e le tecniche collaterali

M.C Mansueto

*Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti,
Università degli Studi di Palermo*

Introduzione

Nel febbraio 2002 è stato attivato il Servizio di Volontariato di Medicina Tradizionale Cinese (MTC) presso il Centro Immigrati Stranieri di “S. Chiara” di Palermo, al fine di mettere al servizio della comunità degli immigrati stranieri la grande risorsa rappresentata da questa particolare Medicina non Convenzionale, per tutte quelle patologie, a volte considerate “secondarie”, per le quali la Medicina Convenzionale non ha ancora individuato terapie efficaci. Nel nostro studio, della durata di circa 4 anni, abbiamo valutato l’efficacia del Tuina (massaggio cinese), del massaggio di qi-gong medico e delle tecniche collaterali della MTC nel trattamento di varie affezioni algogene a prevalente carattere funzionale dell’apparato muscolo-scheletrico.

Materiali e metodi

Sono stati valutati, nel periodo 2002-2006, 300 pazienti, in maggioranza maschi (M=198, F=102), di età variabile tra i 17 e i 60 anni, affetti da cervicaglia, dorsalgia, lombalgia e lombosciatalgia, spesso in associazione a disturbi a carico dell’apparato gastro-enterico (pirosi, dispepsia, dolori addominali, stipsi, diarrea) e/o genitale (dismenorrea, amenorrea) ed a cefalea farmaco-resistente, patologie tutte, comunque, a dimostrato carattere prevalentemente funzionale, senza evidenza di importanti alterazioni organiche. Tutti i pazienti praticavano terapia antalgica con FANS al bisogno. I pazienti sono stati sottoposti a sedute ripetute (da un minimo di 6 ad un massimo di 15) di Tuina, massaggio di qi-gong medico e tecniche collaterali della MTC.

Il tuina consta di una serie di manovre, pressioni, sfioramenti, prese, picchettamenti, associate alla stimolazione dei punti di agopuntura. A questo trattamento è stato associato il massaggio di qi-gong medico, che rende l’azione del terapeuta molto più efficace ed assai più gradita al paziente. Molto spesso, sono state usate anche le tecniche collaterali della MTC, quali l’uso di coppette di vetro (cupping o coppettazione) e della moxibustione (stimolazione degli agopunti mediante il calore generato da un sigaro di Artemisia moxa seccata e pressata).

Risultati

I pazienti che si sono sottoposti con continuità al trattamento sono stati 120, pari al 40% del totale (M=95; F=25), ed i risultati ottenuti sono stati: remissione totale del

dolore in 73 pazienti (61%), parziale in 44 pazienti (37%), nessun risultato in 2 pazienti (2%). I pazienti che, per motivi di lavoro o di famiglia, non hanno potuto sottoporsi alla terapia con regolarità, sono stati 180 (60% del totale, M=103; F=77), ed i risultati ottenuti sono stati: remissione totale del dolore in 135 pazienti (75%), parziale in 35 pazienti (19%), nessun miglioramento in 10 pazienti (18%).

Nei pazienti con remissione totale o parziale della sintomatologia algica si è osservata la sospensione o la riduzione dell'uso di FANS al bisogno pari, in media, al 60%.

Nei pazienti in cui la remissione del dolore è stata parziale, tra le motivazioni, vanno citate: l'impossibilità del paziente a cambiare lavoro e/o stile di vita (fattori, questi, fondamentali per l'insorgenza della patologia responsabile del dolore) ed il tipo di patologia da cui il paziente era affetto.

Nei pazienti in cui non si è avuto alcun miglioramento della sintomatologia dolorosa, alle difficoltà di cui sopra, si aggiungeva anche un fattore patologico intrinseco alla malattia stessa: la sua incurabilità.

E', inoltre, da sottolineare, la notevole compliance dei pazienti verso le tecniche collaterali, in special modo per le coppette, perché in alcuni dei paesi d'origine come, ad esempio, la Romania, questo metodo è ancora di uso corrente e molto apprezzato.

A causa dello stile di vita dei pazienti, molti dei quali solo di passaggio nel nostro territorio, è stato difficile effettuare un follow up statisticamente significativo. Si è riusciti a valutare solo il 10% dei pazienti della casistica, ed il risultato è stato, in tutti i casi, un generale miglioramento della sintomatologia dolorosa, con riduzione della gravità e della durata delle fasi di riacutizzazione (del 50% e del 65%, rispettivamente).

Conclusioni

Le nostre osservazioni dimostrano l'efficacia del Tuina, del massaggio di qigong medico e delle tecniche collaterali della MTC nel trattamento di patologie algogene funzionali dell'apparato muscolo-scheletrico, sia in ambito acuto che cronico, con il risultato aggiuntivo di una riduzione, e talora di una totale sospensione, della somministrazione di FANS al bisogno, con un notevole risparmio anche sugli eventuali effetti collaterali ad essi collegati.

Bibliografia

- 1) Audette JF, Ryan AH. The role of acupuncture in pain management. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2004; 15: 749-72.
- 2) Yang KH, Kim YH, Lee MS. Efficacy of Qi-therapy (external Qigong) for elderly people with chronic pain. *Int J Neurosci* 2005; 115: 949-63.
- 3) Vaskilampi T, Hanninen O. Cupping as a remedy against aching and pain. *Duodecim* 1981; 97: 1174-83.

Problematiche dei Centri di Accoglienza nell'affrontare i casi di grave disagio psichico.

S.Pelargonio, M.S.Ricci, A.Meftahi, E.Pelargonio
ACISEL (Associazione Cooperazione Internazionale Studi E Lavoro)-Roma

Il disagio psichico è una condizione patologica molto difficile da gestire anche oggi che la scienza ha fatto tanti progressi e che la società si è evoluta in maniera positiva per molte situazioni di bisogno dell'uomo.

Ciononostante e, malgrado la legge Bisaglia(n.180 del 1978)che abbatteva i muri dell'isolamento e della coercizione e che solo in pochi casi ha permesso che il ritorno in famiglia e/o con gli aiuti socio-sanitari esterni fossero migliorativi per le condizioni del soggetto affetto,per altri,per non dire per la maggioranza dei casi,è stato un imporre un calvario alle famiglie,rendere obsoleta l'assistenza socio-sanitaria esterna sfociando spesso in gravi condizioni di convivenza familiare e civile e quindi in tragedia.

La cronaca ne è piena mostrando ancora una volta l'inadeguatezza dei sistemi usati e la necessità di revisionare le leggi che riguardano quest'argomento.

Trasferendo questo problema ad alcuni casi che si possono riscontrare durante la permanenza nei centri di accoglienza per immigrati,richiedenti asilo e rifugiati ove le condizioni di convivenza e di adattabilità non sono ottimali anche per persone normali,si evince che la gestione di anche un solo caso,presente in un determinato periodo,può incontrare notevoli problemi sia da parte degli operatori del Centro che da parte dei sanitari specialisti in questo settore.Vengono presentati 3 casi passati attraverso i Centri di accoglienza dell'ACISEL,riferendo le difficoltà di gestione ed assistenza nel centro e le carenze socio-sanitarie incontrate.

1° Caso.

Giovane di 24 anni,proveniente da un paese dell'est di lingua russa viene inviato dall'Ufficio Immigrazione trasferito da altro Centro di Accoglienza.Dichiara di essere stato per 3 anni in un ospedale psichiatrico del suo paese che ha abbandonato per non esservi ancora rinchiuso.

In Italia si è rivolto ad un'unità sanitaria locale chiedendo aiuto psichiatrico.Giunto quindi al Centro d'Accoglienza ACISEL, chiede qui l'assistenza del Servizio Medico che lo prende in cura seguendolo con una certa assiduità e convincendolo ad essere accompagnato al CIM di zona.Qui gli viene diagnosticata una schizofrenia paranoide e,dato un appuntamento quindicinale,si stabilisce un percorso da seguire e si prescrive una terapia che a volte non ritiene necessaria perchè dice di "non essere matto".Nei colloqui parla sempre con un certo sarcasmo,sguardo tagliente e minacciando di poter sgozzare coloro che lo costringessero a far qualcosa contro la sua volontà.E' un artista dell'intaglio in legno,fa lavori molto belli con i quali vorrebbe vivere.Quando è nervoso e non fortemente aggressivo lo si lascia al suo lavoro nella sua stanza nonostante, secondo il regolamento,dovrebbe abbandonare al

mattino. Questa “terapia occupazionale” lo calma e gli permette d’andare avanti. A volte minaccia verbalmente d’usare il suo taglierino per aggredire più che per difendersi. Viene molto aiutato psicologicamente da tutti gli operatori del Centro indistintamente. Nel suo ultimo incontro con la psichiatra del CIM, si agita e accanisce contro di lei, minacciandola di “tagliarle la gola” nel caso avesse deciso il suo ricovero forzato. Il CIM discute con gli operatori una procedura d’intervento in caso di necessità. Ciò che si era paventato succede una sera: insegue un ospite nel Centro, l’aggredisce e lo ferisce con un taglierino che non abbandona. Inutili i discorsi di persuasione: si chiamano ambulanza con medico e polizia. Per competenza si chiamano i Vigili, ma questi ultimi non sono in servizio perché sera. Si chiamano i Carabinieri. Si convince il giovane a scendere dal piano ove è situata la sua stanza e lo si convince per un attimo a salire sull’ambulanza dalla quale immediatamente scende senza più risalire, nonostante gli sforzi di convincimento del medico, dell’operatore del Centro e dei Carabinieri che dopo tutto non possono fare nient’altro. Anzi, il giovane sfida le forze dell’ordine dicendo: “Parlerò con il mio avvocato: arrestatemi!” Dopo circa un’ora e mezza l’ospite è leggermente rientrato dal suo stato di agitazione, l’ambulanza, i Carabinieri e la Polizia vanno via perché il medico considera “rientrata l’emergenza”. Il giovane, inconscia bomba ad orologeria, rimane nel Centro con numerosi altri ospiti sul “chi va là” e l’operatore del Centro con la responsabilità di gestire un “malato psichiatrico” senza supporto medico, terapeutico, di protezione fisica e con varie responsabilità legali. L’ospite si allontana dal Centro alle due di notte e vi rientra il mattino successivo come se nulla fosse accaduto. Apparentemente ristabilitosi, abbandona il Centro dicendo di trasferirsi altrove e lasciando alcuni suoi pacchi che ritirerà dopo quasi un mese. Sembra che viva con amici e non si sa più se seguito da uno psichiatra.

2° Caso

Trentanovenne, originario di un paese arabo dell’est, in Italia da parecchi anni, viene inviato al Centro dall’Ufficio Immigrazione perché indigente e bisognoso d’assistenza. Pur avendo vissuto alcuni anni in Italia e apparentemente di cultura più elevata (due anni di università di scienze biologiche) ha lavorato in varie occasioni ma mai per lunghi periodi. Apparentemente educato, è trasandato nel vestire. Comunica con scarsa conoscenza dell’italiano e sembra provenire da famiglia agiata, ha lasciato il suo paese perché “comunista e difensore di un partito d’opposizione”. Ha idee deliranti. Aveva contattato in passato altri medici che hanno prescritto tranquillanti che non ha preso. Racconta che un anno e mezzo prima aveva avuto la sensazione di “stare per morire” per cui è tornato nel suo paese ove dice di essersi curato da solo, rientrando poi in Italia. L’ospite è orientato nel tempo e nello spazio, chiede un alloggio e lavoro stabile, motivo che lo ha indotto ad aggredire circa 5 anni fa un operatore in un ufficio per assistenza per immigrati. Afferma di essere genio, scienziato, artista, di essersi psicoanalizzato da solo, di non essere di quella nazionalità da dove proviene ma siciliano, nato a Chicago, affidato dal vero padre ai genitori adottivi. Dice di aver fratelli e parenti in tutto il mondo. Identifica negli ospiti e negli operatori del Centro fratelli, figli, zii ed è irremovibile nelle sue

convinzioni. Rifiuta i tranquillanti, vorrebbe essere seguito dal punto di vista medico e psicologico da un medico di nostra conoscenza che poi dovrebbe riferirlo ad un Centro ospedaliero di psichiatria.

E' contento all'ipotesi di essere accolto presso una comunità o una casa famiglia che purtroppo non può essere trovata al momento, anche con l'aiuto del CIM che si era contattato. Si convince ad andare al CIM di zona dove sfortunatamente si agita al punto che viene deciso un trattamento ospedaliero obbligatorio previa una iniezione di sedativo e trasporto in ambulanza. Dimesso dopo 15 giorni, persiste nel suo delirio, disturbando i suoi compagni di camera durante la notte.

Dopo un periodo di permanenza al Centro l'ospite comincia a pensare di ritornare in patria dove dice che c'è soltanto la famiglia che può occuparsi di lui. Si cerca allora di mettersi in contratto con i suoi ma senza risultato. Spunta però la famiglia di un suo amico, residente in Italia e benestante, e con loro si decide di coordinare gli sforzi per ricongiungerlo ai suoi familiari e si cerca di appoggiarlo presso servizi sociali psichiatrici ed ospedali locali ma senza successo.

Lo si aiuta nell'acquisto del biglietto aereo per tornare nel suo paese che viene offerto in parte dai suoi amici. Lo si accompagna all'aeroporto anche con un nostro operatore per sbrigare le pratiche di rientro con la polizia aeroportuale. Si sa dai suoi amici che è arrivato in famiglia, avvisata in precedenza da loro ma non si sa cosa sia successo di lui anche se ci si era tanto raccomandati di contattare medici ed istituzioni che lo avrebbero aiutato localmente.

3° Caso

Di anni 44, proveniente da un paese dell'est di lingua russa, prima di giungere al Centro ACISEL ha soggiornato in un paese del Nord Europa e poi presso un centro di accoglienza italiano. Nella nazione del Nord Europa era stato ricoverato in un ospedale psichiatrico ove gli fu diagnosticata una "schizofrenia paranoidea". Inviato in Italia per le leggi sull'immigrazione, era stato già seguito da uno psichiatra prima di giungere al Centro di Accoglienza dell'ACISEL. Si trova in una forma grave di depressione, necessità di farmaci che assume e che lo rendono quasi apatico, ma che non lo distolgono dall'idea di "voler morire" che è la sua idea dominante. E' trasandato, cura poco la sua persona ma si mostra sempre gentile, rispettoso delle cose comuni e del regolamento del Centro. Viene seguito dai medici del CIM e va a scuola d'italiano, sempre accompagnato da un mediatore culturale di lingua russa richiesto dal Centro al CIES. Un certo miglioramento è favorito dalle attenzioni a lui prestate dai medici e da tutti gli operatori del Centro, ma nonostante questo, appare sempre incapace di gestire se stesso e d'affrontare da solo il suo inserimento nella società. A volte beve birra, ma allora non prende i farmaci antidepressivi perché riconosce la pericolosità dell'associazione di questi con l'alcool.

Dopo un periodo di tempo ed insistenza da parte sua di tornare nel Nord Europa, impossibile per lui perché espulso, pensa di rientrare nel suo paese presso la sorella, che alla fine risulta deceduta da poco tempo. Ricade in profonda depressione, ma ciò nonostante vuole rientrare in patria. E' solo: si cerca di contattare organizzazioni socio-assistenziali italiane ed internazionali, Croce Rossa Internaziona-

le, chiese russe ecc., ma non si riesce a trovare chi lo possa aiutare. Lo si munisce di lettere in inglese per eventuali enti sociali, sanitari e psichiatrici che lo possono sostenere e curare. Anche se apparentemente la situazione generale sembra essere sotto controllo, l'aspetto negativo psichiatrico è sempre presente perché "costantemente", anche in semplici colloqui o nel semplice saluto di "come sta?", risponde con un velato sorriso, stringendosi nelle spalle "I want to die!". Questa frase ha tenuto sempre allerta tutto il personale del centro che ha sempre temuto, in ogni momento, che l'ospite portasse a compimento questa sua idea fissa.

Discussione

E' noto come dopo l'applicazione della Legge Bisaglia n.180 del 1978, si siano svuotati i cosiddetti "manicomi" con tutto il loro pesante fardello negativo, riversandolo sulla società e sulle famiglie che ora annaspiano nelle difficoltà, seppur aiutati dai servizi socio-sanitari anch'essi insufficienti e impreparati a prevedere e prevenire certi subitanei atteggiamenti peggiorativi che spesso portano a tragedie durante "i buchi assistenziali".

Un rischio maggiore, verso il peggioramento delle condizioni psichiche di incidenti gravi e gravissimi, si può a maggior ragione prevedere in un Centro di Accoglienza ove le condizioni di convivenza non sono ottimali. Inoltre il disagio psicologico tra tutti gli ospiti è frequente e precario a causa delle condizioni che li hanno spinti a lasciare la loro terra, i familiari, il lavoro e talvolta, dopo aver subito vessazioni e torture. I soggetti più fragili, a volte già portatori di squilibri psichici, di depressione, di ansia, di ipereccitabilità sono quelli che più facilmente escono fuori da quel tenue equilibrio per cui le loro azioni e reazioni diventano sproporzionate sia qualitativamente che quantitativamente. A volte le cause sono così piccole che non si riescono ad individuare né comprendere come abbiano potuto scatenare tali reazioni. Esse sono da ricercare nelle rappresentazioni psichiche abnormi del soggetto, sostenute da deliri o manie, le più varie, che sono già pronte o si elaborano al momento sfociando in alterazioni della personalità con azioni aggressive o di altro grave disturbo del comportamento verso se stessi e verso gli altri.

I casi presentati sono esempi tipici di cosa e quanto può accadere in soggetti che hanno bisogno di sostegno psicologico e psichiatrico, ma in un luogo idoneo per queste necessità. Purtroppo un ambiente di questo tipo non esiste, anche in ricovero ospedaliero coatto o non, ove il soggetto viene curato per non più di sette giorni come media e quindi rinviato al Centro di accoglienza ove, come già detto, l'atmosfera non è la più adatta. Inoltre il contatto con i medici del CIM sono saltuari, limitati nel tempo e pertanto non sempre atti a creare quei rapporti medico-paziente che sarebbero necessari e fruttiferi in questi casi particolari.

Nel Centro dell'ACISEL si è cercato di dare la massima assistenza a queste persone da parte degli operatori, dei medici volontari e di tutto il resto del personale in modo da creare, durante tutte le ore di presenza dell'ospite nel Centro, un ambiente caldo, amichevole, comprensivo, protettivo, di sostegno cercando anche con la parola, il sorriso, il comportamento, di comprendere il suo problema e di essere sincera-

mente interessati ad aiutarlo nel risolverlo. Si sono pertanto trasformati in psicoterapeuti volontari, sfruttando le loro capacità di comunicazione, comprensione e di rapporti umani. Nonostante questo, nei momenti in cui il grave disagio psichico prende il sopravvento, viene cancellato tutto quello che si è cercato di costruire ed il soggetto è in balia del suo comportamento senza freni che lo spinge a fare e dire cose che non avrebbe voluto nei momenti di maggiore lucidità.

Né sono capaci, come accennato, i presidi sanitari addetti che non possono seguire 24 ore su 24 questi soggetti e che ordinando un ricovero obbligato al momento, risolvono solo per alcuni giorni la possibilità di rischio estremo. Né possono imporsi alcuni operatori sanitari, né le forze dell'ordine, come dimostrato dal caso n.2 lasciando poi al Centro e agli operatori del momento, giorno o notte che sia, l'incombenza di gestire ed accudire una persona, che indipendentemente dalla propria volontà è di alta pericolosità per sé e per gli altri, senza che vi sia una copertura né medica né legale per gli operatori, cosa peraltro simile ai casi di persone affidate ai propri cari in ambienti familiari.

Anche le autorità sociali ed assistenziali competenti non mediche hanno poca possibilità di movimento. Incompetenti sul come prevenire e sul da farsi, perché materia sanitaria, non possono filtrare e selezionare quegli ospiti che sono a rischio per se stessi e per gli altri ed anche perché non vi è alcun istituto pubblico di accoglienza e sanitario che possa ricevere immediatamente queste persone, apparentemente in buone condizioni ma che potrebbero esplodere dopo un periodo più o meno lungo. In tali situazioni i soggetti vengono riferiti a quei Centri di Accoglienza ove si pensa esista una assistenza "più attenta" per la qualità dei servizi offerti da questi centri, se pur sempre inadeguati per i motivi prima esposti.

Esiste inoltre la difficoltà di far eseguire un'attenta terapia continuativa, essenziale per l'equilibrio psichico del soggetto, a causa della sua inaffidabilità.

Grande difficoltà si incontra nell'inviare il soggetto alla visita psichiatrica sia la prima volta che a quelle successive di controllo. Si rischia di creare un risentimento più o meno accentuato verso i medici e gli operatori. Lo studio medico, presso il CIM, a volte non offre quella privacy necessaria per un colloquio tranquillo, disturbato spesso dalla presenza di estranei quali un mediatore culturale, un assistente del servizio sociale, un infermiere ed a volte anche un vigile o altra persona presenti per la sicurezza del personale che tende al colloquio.

"Curare chi non vuol essere curato": se è difficile per un italiano è ancor più difficile per uno straniero e, la mancanza di una lingua comune, rende difficile i rapporti tra paziente e medico.

La presenza del mediatore culturale tende a volte a far raccontare storie inesatte che poi possono venir trasmesse in modo inadeguato o addirittura travisato.

Se si riescono a superare questi ostacoli nel Centro, rimane poi oscuro e problematico ciò che potrebbe avvenire nella post-assistenza. Come, dove e quando si riuscirà a seguire adeguatamente questo soggetto così fragile ed in necessità di un supporto il più delle volte continuativo? La sua situazione sarà peggiore di quella dei cittadini italiani che si trovano nelle sue stesse situazioni. Se alcuni di essi hanno una casa e

famiglia, lo straniero spesso rimane in balia di se stesso ed incapace di trovarsi un alloggio o qualcuno che gli offra un'altra assistenza. Ha più difficoltà di contattare i servizi socio-sanitari e se qualche successo si era riusciti ad ottenere, questo può facilmente venire azzerato.

Tale situazione di notevole disagio per le persone con gravi problemi psichici, sono finora stati oggetto di interesse ma con scarsissimo risultato da parte delle varie autorità competenti. Lo scorso settembre un ministro comunicava: "Il Ministero della Salute si attiverà per realizzare delle strutture residenziali ad hoc, una per Regione, per pazienti psichiatrici gravi, che garantiscano un'assistenza in tutto l'arco delle 24 ore". Il Ministro della Salute prometteva di affrontare il problema nella prossima legislatura, che "metterà mano alla legge 180, perché si tratta di dare una prospettiva di sicurezza alle famiglie". Nel febbraio 2006 la Commissione Sanità del Senato ha votato l'indagine conoscitiva sull'assistenza psichiatrica per riformare la legge 180 inadeguata per la realtà di oggi e che interessa un gran numero di pazienti sia italiani che stranieri. Questo a conferma di quanto affermato da altri che dopo la legge "è mancata la creazione di strutture intermedie tesa a garantire un passaggio equilibrato del malato dalla fase acuta della sua condizione alla successiva socializzazione". Per chi è a contatto con questo tipo di patologie, resta ancora e finché non si realizzeranno i progetti, la difficoltà di affrontare i problemi socio-sanitari irrisolti e di continuare a rimanere soli nel momento del bisogno con tutte le complicazioni che si creeranno.

Conclusione

I tre casi di grave disagio psichico, riportati tra immigrati in un Centro di Accoglienza, oltre a riproporre il problema della inadeguatezza della legge 180 sulla chiusura dei nosocomi psichiatrici mettono in evidenza la difficoltà di gestire tali casi in Centri non adeguati per questo tipo di persone e l'impossibilità delle autorità competenti a selezionarli anche perché sono deficitarie le strutture socio-sanitarie adibite per una loro eventuale accoglienza. Il problema grave da risolvere spesso rimane, particolarmente nella fase acuta, nelle mani di persone che, nonostante la buona volontà non sono le più adatte, ma sono costrette a gestire la situazione con grave responsabilità e pericolosità per se e per le altre persone che vivono nella stessa comunità. Si auspica che la volontà politica di considerare la modifica della legge possa portare ad un adeguato miglioramento dell'assistenza socio-sanitaria per questi malati.

Bibliografia

1) M.S. Ricci, M.D'Angelo, D. Sibilia, E. Pelargonio. "Il Linguaggio della comunicazione nella valutazione psicologica dell'ospite straniero". Atti VIII Consensus Conference sull'immigrazione, 5-8 maggio 2004, pag. 336-348

- 2) E. Pelargonio, M. Sgaramella, A. Meftahi, M. S. Ricci. "Importanza del sostegno psicologico nell'immigrato multietnico: come iniziare?" Atti VIII Consensus Conference sull'immigrazione, 5-8 maggio 2004, pag. 303-309
- 3) G. Cardamone, S. Zorzetto, M. Da Prato, S. Inglese. "Immigrati e servizi di salute mentale. Dati da un'indagine sull'accesso condotta a Prato". Atti VII Consensus Conference in collaboration with SIMM, 19-22 maggio 2002, Erice, Italy, pag. 208-221

Vittime di tortura nell’Ambulatorio DH di Medicina delle Migrazioni del Policlinico di Palermo.

G. Cassarà, N. Candeh, M. Affronti.

L’incremento costante della presenza di immigrati in Italia è legata sicuramente alla posizione geografica del nostro paese che lo rende facile porta d’ingresso verso l’Europa per le popolazioni asiatiche ed africane spinte dall’istinto di sopravvivenza a lasciare le proprie terre a causa di guerre, carestie, epidemie.

Dal 1991 l’Italia assiste al sorgere del fenomeno dei “boat people”: drammatici viaggi della speranza affrontati su gommoni o “carrette del mare” dove vengono stipati, per giorni, 80-100 persone senza cibo, né acqua, né servizi igienici. Il viaggio per raggiungere clandestinamente le coste italiane dai paesi di origine dura a volte mesi o anni, con lunghe tappe forzate in paesi della costa nordafricana per potersi guadagnare un posto su una di queste imbarcazioni; tutto ciò rappresenta sicuramente un maggiore rischio per i migranti di perdere il proprio patrimonio di salute ancora prima di essere giunti in Europa.

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

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

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

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

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

Medici contro la tortura

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

Nel 1974 9 medici danesi crearono il primo gruppo di medico di Amnesty

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

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

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

Vittime di tortura a Palermo

L'esperienza palermitana nell'assistenza degli immigrati è iniziata quasi 20 anni fa, nel 1987, come volontariato. Da circa vent'anni lavoriamo al Poliambulatorio S. Chiara in un'ottica che – su una base di sostanziale volontarietà – ci ha visto impegnati non solo sul versante strettamente sanitario, ma anche su quello sociale e culturale.

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

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

Nasce così quello che per molti è un modo nuovo di fare medicina, con al centro il malato anche se diverso per provenienza, per cultura e per religione. Nasce la medicina transculturale i cui punti centrali di riflessione sono due: la consapevolezza che la cultura influenza in modo sostanziale la tipologia dell'espressione patologica e che la forza della relazione terapeutica influenza in modo decisivo il risultato terapeutico finale.

Circa 20 anni di lavoro intenso voluto e realizzato da tutti gli operatori, lavoro che ha cambiato lo stesso modo di fare medicina, il modo di guardare le migrazioni e i fenomeni sociali ad esse connessi; vent'anni di attenzioni all'affascinante mondo dei migranti, perennemente in fieri; vent'anni di scoperte e di studi su concetti non solo strettamente scientifici e medici ma anche e soprattutto antropologici e filosofici.

Dopo aver conosciuto l'attività svolta a Roma dai Medici contro la tortura attraverso il "Master di Medicina delle Migrazioni, delle emarginazioni e della povertà", è nata la forte esigenza di investigare, in modo esplicito, sulla silenziosa ed invisibile presenza di vittime di tortura a Palermo.

Tale esigenza nasce soprattutto dalla sbalorditiva considerazione che negli anni di lavoro assiduo con i pazienti migranti nella nostra città, nessuna testimonianza di

tortura fosse stata mai raccolta in modo esplicito, nonostante la provenienza da paesi noti per praticare torture e persecuzioni.

L'esperienza di questi ultimi anni con pazienti immigrati a Palermo, ci insegna che soltanto "guardando" si riesce a vedere un vissuto di violenze e torture.

Nel febbraio del 2005, grazie alla collaborazione con Medici Contro la Tortura di Roma, abbiamo voluto aprire nel nostro Ambulatorio uno spazio dedicato a persone che erano state vittime di tortura nei propri paesi di origine.

Nel giro di pochi mesi è emerso un numero sorprendente di pazienti, alcuni dei quali già seguiti nel nostro DH per patologie comuni mai messe in relazione con la storia della violenza subita.

Si tratta, per lo più, di pazienti provenienti da paesi dell'Africa sub-Sahariana tutt'ora insanguinati da guerre infinite, giunti in Italia attraverso gli sbarchi sulle coste siciliane ed in attesa di definire il proprio status giuridico.

Sono stati seguiti 7 pazienti provenienti da Eritrea, Liberia, Sudan, Burkina Faso e Sri Lanka, tutti di sesso maschile e di età compresa tra i 23 e i 47 anni.

Tutti erano fuggiti dal proprio paese dopo un periodo di prigionia durante il quale avevano subito maltrattamenti e sevizie di ogni genere; tutti, tranne un paziente proveniente dalla Liberia, erano sbarcati sulle coste siciliane almeno 1 o 2 anni prima di giungere alla nostra osservazione e fino a quel momento nessuno di loro era stato curato per gli esiti fisici e psichici delle violenze subite.

Tutti vivevano in centri di accoglienza non istituzionali della città, in attesa di essere chiamati dalle Commissioni centrali e periferiche per ottenere lo status di rifugiato politico o l'asilo per motivi umanitari.

Alcuni di loro erano già seguiti presso il nostro ambulatorio per patologie comuni a carico dell'apparato gastroenterico, osteoarticolare e respiratorio o per problemi di insonnia.

Tutti presentano conseguenze fisiche e psicologiche delle violenze subite, dello sradicamento e dalle persistenti separazioni dagli affetti.

Le lesioni riscontrate all'esame obiettivo e in alcuni casi fotografati, prima di interventi ricostruttivi di chirurgia plastica, sono compatibili con le storie riportate dai pazienti e sicuramente sono state inferte volontariamente.

Sono tutti vittime di tortura.

In atto sono seguiti presso il nostro ambulatorio per un percorso riabilitativo medico e chirurgico. Purtroppo nessuno di loro ha ancora iniziato una vera riabilitazione psicoterapeutica, in quanto sono seguiti solo da un medico internista.

1

Paziente: Nato in Eritrea nel 1974

Il paziente è giunto in Italia nel 2003

Riferisce severa lombalgia prevalentemente sinistra, difficoltà alla deambulazione e parestesie agli arti inferiori.

Il colloquio tra il medico ed il paziente è avvenuto in lingua inglese senza la presenza di un mediatore culturale

L'esame obiettivo evidenzia cicatrici cutanee a livello dorsale, rottura del setto nasale e esiti di trauma cranico a livello occipitale.

Il paziente riferisce di essere stato condotto in prigione nel Giugno del 2000, alla fine della guerra contro l'Etiopia durante la quale aveva combattuto nel National Service come responsabile della sua divisione.

Spogliato dei suoi vestiti, è stato rinchiuso in isolamento in una stanza piccola e molto calda, senza fonti di luce né servizi igienici e in questo luogo è rimasto per 5 giorni; durante uno degli interrogatori hanno posto la sua testa in un recipiente colmo di escrementi umani minacciandolo di morte. Questo tipo di trattamento si è ripetuto successivamente quasi ogni 3 giorni mantenendolo sempre in isolamento e tenendolo all'oscuro di quale fosse l'accusa..

Il paziente non sa dire per quanto tempo sia durata questa situazione e riferisce che in quei giorni soffriva per le infezioni, a livello rino-faringeo e soprattutto a livello oculare, arrecategli dagli escrementi.

Successivamente è stato condotto in una stanza sotto terra dove dei militari gli hanno presentato un foglio da firmare in cui avrebbe confessato di essere una spia etiopica;

è stato colpito ripetutamente al volto e al naso, sotto minaccia di morte.

2

Paziente: Nato in Liberia nel 1958

è giunto in Italia nel Giugno 2003 per poter richiedere asilo politico. Il colloquio tra il medico ed il paziente è avvenuto in lingua inglese senza la presenza di un mediatore culturale

All'esame obiettivo presenta esiti di ustione di grado severo al volto ed al torace
Cute : Il paziente presenta esiti cicatriziali al volto prevalentemente a livello dell'emilato sinistro coinvolgenti l'occhio, il padiglione auricolare e tutta la piramide nasale. Esiti cicatriziali da ustioni di II grado profondo sono evidenti al collo con limitazione funzionale nei movimenti di rotazione ed estensione del capo. L'emitorace sinistro e parte dell'emitorace destro presentano esiti di ustioni di II grado superficiale e profondo.

Occhio sinistro: deficit funzionale palpebrale; panno corneale vascolarizzato a livello del segmento anteriore.



Il paziente riferisce di essere stato catturato nel giugno del 1998 nella capitale liberiana dalla A.T.U.(Anti Terrorist Unit) per aver distribuito e affisso poster riguardanti gli abusi dei diritti umanitari nel proprio paese.

Accusato di danneggiare la sicurezza dello stato, dopo 5 giorni di interrogatori e di sevizie è stato colpito al volto con una sostanza liquida caustica (verosimilmente soda caustica) e ha ripreso conoscenza dopo qualche giorno nell'ospedale S.Joseph di Monrovia dove è rimasto ricoverato per circa 7 mesi, sottoponendosi a diversi interventi chirurgici ricostruttivi.

3

Paziente: Nato in Sri Lanka nel 1982,

Il paziente è giunto alla nostra osservazione per presenza di dolore epigastrico, vomito post-prandiale, dolore emiaddome di sinistra.

Il colloquio tra il medico ed il paziente è avvenuto in lingua italiana senza la presenza di un mediatore culturale.

Riferisce di essere stato catturato dai Singalesi, mentre si trovava nella propria abitazione, con l'accusa di aver militato con i Tamil; trasportato nel comando di polizia è stato costretto a bere acqua e sapone ed è poi stato condotto, a mani legate, in una cella sotterranea priva di fonti di luce, dove ha trascorso tutta la prigionia. Presenta conseguenze fisiche e psicologiche dei traumi subiti, dello sradicamento e dalle persistenti separazioni dagli affetti. Il distacco dalla sua famiglia ha contribuito notevolmente allo stato di estrema sofferenza e smarrimento nel quale egli ha affrontato la fuga per istinto di sopravvivenza.

4

Paziente: Nato a Mendefara in Eritrea nel 1971.
E' sbarcato a Lampedusa nell'estate del 2003.

Il paziente è giunto alla nostra osservazione per presenza di cefalea gravativa, visione offuscata e perdita di memoria. La comunicazione col paziente è avvenuta tramite un mediatore culturale in quanto il paziente parla solo l'arabo. E' stato sottoposto ad esame medico obiettivo che ha messo in evidenza la presenza di cicatrice nella zona temporale destra della testa. Ricorda poco e a tratti degli avvenimenti relativi al periodo di prigionia. Riferisce di essere fuggito dall'ospedale militare in cui era stato ricoverato insieme ad altri soldati feriti, per minacce alla sua stessa vita. Fino agli inizi del 2003 è rimasto in Sudan e da lì si è rifugiato in Libia, a Tripoli, da dove è partito nel Giugno 2003 per raggiungere l'isola di Lampedusa insieme ad altri 140 clandestini a bordo di una imbarcazione di piccole dimensioni. In Eritrea ha lasciato la moglie e 3 figli di cui ha notizie indirette tramite un suo connazionale da poco giunto in Italia.

5

Paziente: Nato in Sudan, a Nyala nel 1962
E' sbarcato a Lampedusa nel Maggio del 2002

Il paziente è giunto alla nostra osservazione riferendo i seguenti sintomi: cefalea, stato d'ansia, insonnia, attacchi di panico e paura dell'oscurità. Il colloquio tra il medico ed il paziente è avvenuto in lingua inglese senza la presenza di un mediatore culturale.

L'esame medico obiettivo che ha messo in evidenza la presenza di numerose cicatrici cutanee rotondeggianti a livello dorsale, a livello plantare bilateralmente e a livello del terzo medio degli arti inferiori. Tali esiti accertati sono conseguenza di traumi inferti volontariamente attraverso l'uso di sigarette spente sulla cute e sulle pregresse bruciature, così come riferito dal paziente.

Il paziente ha raccontato di essere stato prigioniero nel suo paese per circa 6 mesi dopo aver militato per il movimento di liberazione del Sudan (The Chairman Sudan people's Liberation Movement)

E' stato catturato dalla "Sucurity" durante la notte nella sua casa nel Marzo del 2001 e condotto in prigione a Karthoum.

Spogliato dei suoi vestiti, è stato rinchiuso in isolamento con i polsi legati in una stanza senza fonti di luce e senza possibilità di sdraiarsi a causa delle dimensioni della cella. Riferisce di essere rimasto in tale condizione per molto tempo, verosimilmente mesi, anche se impossibilitato a riconoscere il ciclo giorno-notte in quanto tenuto in totale oscurità. Durante questo periodo è stato periodicamente interrogato, picchiato e torturato attraverso bruciature di sigarette prevalentemente a livello della pianta dei piedi.

E' stato liberato dopo 6 mesi grazie ad una sorta di riscatto pagato dal fratello.

Dopo la liberazione è fuggito dal Sudan e ha raggiunto la Libia.

6

Paziente: Nato in Burkina Faso nel 1975

E' sbarcato a Siracusa nel 2004

Il paziente è giunto alla nostra osservazione per presenza, da qualche mese, di lombosciatalgia bilaterale, parestesie agli arti inferiori e limitazione funzionale.

Il colloquio tra il medico ed il paziente è avvenuto in parte lingua francese ed in parte in italiano senza la presenza di un mediatore culturale.

Il paziente riferisce di essere perseguitato politico, nel proprio paese, dal 1999, anno in cui ha iniziato la sua attività di sindacalista come segretario generale del SYNATE B (Sindacat National des Ensegnants du Primairel).

Durante gli anni di attività come sindacalista è stato più volte minacciato di morte insieme alla propria famiglia e alla fidanzata per aver organizzato manifestazioni pacifiche e riunioni sindacali rivendicando il diritto alla libertà di stampa.

E' stato arrestato, a Bobo Dioulasso, il 13 Dicembre dello scorso anno durante una manifestazione per l'anniversario della morte del giornalista Nobert Zongo, ucciso nel 1998; è stato trattenuto in arresto per 3 giorni, durante i quali ha subito maltrattamenti fisici ed interrogatori.

Nel mese di Febbraio, uscendo dalla sede del sindacato è stato investito da un'auto dopo aver ricevuto minacce verbali dal conducente.

Ha riportato ferite al volto, a livello della fronte e del labbro inferiore, e all'arto inferiore sinistro, a livello del polpaccio; sono ancora visibili gli esiti cicatriziali.

Dopo questo episodio è stato costretto a lasciare il proprio paese raggiungendo il Senegal e poi l'Algeria in camion, e da qui la Libia.



7

Paziente: Nato a Gran Sano in Liberia, nel 1971
E' sbarcato a Catania il 15 dicembre del 2002.

Il paziente è giunto alla nostra osservazione riferendo i seguenti sintomi: cefalea, lombalgia e dorsalgia intense.

Il colloquio tra il medico ed il paziente è avvenuto in lingua inglese senza la presenza di un mediatore culturale.

E' stato sottoposto ad esame medico obiettivo che ha messo in evidenza la presenza di 2 cicatrici cutanee a livello del terzo inferiore della faccia anteriore dell'arto inferiore destro.

Tali esiti cicatriziali sono conseguenza di percosse inferte attraverso l'uso di bastoni di legno e tubi in gomma e successivamente causticate con sostanze liquide acide al fine di provocare ulteriore dolore, così come riferito dal paziente.

Il paziente ha raccontato di essere stato prigioniero nel suo paese per circa 2 settimane

Durante una incursione nel proprio villaggio da parte un gruppo di ribelli, è stato catturato il 20 Ottobre del 2002 insieme ad altri 25 uomini e condotto in un campo di prigionia, dove ha trascorso gran parte del tempo con polsi e caviglie legati, senza alcuna possibilità di alzarsi da terra o difendersi.

Nelle settimane in cui è stato trattenuto prigioniero, è stato picchiato a livello degli arti, del dorso e della pianta dei piedi al fine di indurlo ad unirsi al gruppo di ribelli. E' riuscito a fuggire dal campo solo dopo aver ottenuto di essere slegato, con la promessa di unirsi a loro.

Tornato nel proprio villaggio ha trovato la propria abitazione distrutta dal fuoco, appiccato dai ribelli durante l'incursione, e ha saputo che i genitori, così come la maggior parte degli abitanti, erano stati uccisi. Della moglie non ha avuto più notizie: ancora oggi non sa se sia riuscita a fuggire o sia rimasta uccisa.

Il 15 novembre 2002 lascia il suo paese, raggiunge il Niger e da qui, insieme ad altre 10 persone attraversa il Sahara per raggiungere la costa nord africana.

Conclusioni

Il lavoro con le vittime di tortura ci mette di fronte alla testimonianza diretta di coloro che hanno vissuto in prima persona gli abusi di potere, i colpi di stato, i sovvertimenti di potere tra le etnie, le persecuzioni brutali con omicidi di massa, stupri, detenzioni illegali e tortura. E' l'altra faccia della Storia dell'uomo, quella che non si può raccontare né si vorrebbe conoscere perché fa paura, ribrezzo.

Il silenzio che avvolge la tortura e i torturati è il peggiore strumento di violenza, una violenza più intima che abbandona la vittima in uno stato di ineluttabile solitudine.

L'incomunicabilità del dolore fa sì che le vittime rimangano chiuse in se stesse nella impossibilità di una rielaborazione razionale del trauma subito. Trauma antropogeno, perpetrato volontariamente da altri uomini, non riconducibile ad altri modelli di sofferenza. Difficile curare un dolore tanto profondo e presente; difficile superare la paura di rompere quel muro di silenzio che protegge noi e che isola loro.

“Le diverse torture fanno scoppiare la personalità dei torturati, si disperdono i pezzi e poi ognuno di noi dovrà trovare la forza di ricomporli con un'opera di grande pazienza e fatica, bisognerà elaborare da diverse angolazioni, quelle sofferenze e umiliazioni che hanno lasciato le tracce più profonde, che hanno distrutto le strutture portanti della nostra personalità”(Gina Gatti,cilena vittima di tortura).

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

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

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

In atto, il nostro ambulatorio dispone di un medico internista, che esegue tutte le visite cliniche ed i colloqui, di una mediatrice culturale che collabora in forma di volontariato e di una buon lavoro di rete con medici specialisti (chirurghi plastici, dermatologi, gastroenterologi) e legali.

Nel nostro spazio, manca del tutto un approccio psicoterapeutico adeguato alle esigenze di questi particolari pazienti, per mancanza di psicoterapisti specializzati, figure che risulterebbero indispensabili per una reale e corretta analisi ed elaborazione delle sofferenze psichiche e per un possibile percorso riabilitativo.

Riferimenti bibliografici

- Medici e tortura-Amnesty international. Il pensiero scientifico Editore
- Guarire dalla tortura. Da vittime a testimoni Amnesty International- Medici contro la Tortura. A cura di Andrea Taviani. Il pensiero scientifico Editore

ABSTRACT

Esperienze di rete tra Consulitori Familiari e Servizi per Immigrati

E.Meloni*,G.Carreca°

Dipartimento Area Tutela Maternità ed Infanzia* – S.C. Organizzazione e Gestione
Emergenze Sanitarie Immigrati° Azienda USL Latina

Nell'Azienda Usl di Latina, in seguito all'approvazione come progetto aziendale del progetto Iris, volto alla prevenzione del ricorso all'Ivg nelle categorie considerate a rischio, adolescenti ed immigrate, si è creata una sinergia tra Consulitori Familiari dei 5 Distretti e la Struttura Organizzazione e Gestione Emergenze Sanitarie Immigrati. Tale sinergia, che ha incluso associazioni di Volontariato, Mediatori culturali volontari, Medici in servizio presso altre strutture, ha permesso la realizzazione di un Corso di formazione Aziendale sul Progetto, la preparazione di opuscoli in lingue diverse sulla contraccezione ed i diritti delle donne, l'organizzazione di incontri con opinion leaders e piccoli gruppi di donne di varie comunità straniere. I Consulitori dei 5 Distretti accolgono tutti gli immigrati con STP e riservano loro uno spazio preferenziale per il percorso nascita e la medicina preventiva dell'età evolutiva. Attualmente l'apertura di un ambulatorio Immigrati a Latina, rivolto a irregolari e clandestini, con il compito di primo accesso ed indirizzo eventualmente ad altre strutture, ha facilitato l'affermarsi della collaborazione.

E' stato messo a punto un percorso-tipo tra le due strutture, per mezzo anche della collaborazione con le associazioni volontariato; si è venuto a realizzare così un "circolo virtuoso" tra questi tre punti di riferimento, grazie anche al fatto che la gravidanza ed i ricongiungimenti familiari rappresentano situazioni-tipo, esemplificate dall'esistenza del permesso per gravidanza e permesso di coesione familiare. Le strutture di primo accesso e di volontariato facilitano l'affluenza delle famiglie immigrate ai Consulitori, dove gli operatori sono preparati a fornire informazioni fondamentali sui diritti di salute. Recentemente, con l'inserimento dei volontari del servizio civile all'interno dei nostri Servizi, si è estesa la rete d'accoglienza, e la presenza di persone giovani e spesso entusiaste ha notevolmente contribuito ad una maggiore umanizzazione dei Servizi stessi.

IL GR.I.S. Trentino: nascita, evoluzione, problemi e prospettive

G. Bigot - L. Scantamburlo

liciascantamburlo@hotmail.com - giulia.bigot@soc.unitn.it - gristn@libero.it

Il GR.I.S. Trentino, Gruppo Immigrazione e Salute, è un'Unità Operativa Territoriale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. E' un gruppo formatosi su base spontanea, i cui membri condividono la definizione di salute come «benessere fisico, psichico, sociale» dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Il Gruppo ha come obiettivo quello di porre in rete gli attori che si occupano delle esigenze di salute delle persone immigrate e che vivono in condizione di emarginazione sociale in Trentino (le istituzioni pubbliche, il privato-sociale, gli operatori del settore sanitario e del settore sociale, le associazioni di immigrati e di volontariato) promuovendo e integrando le attività esistenti, condividendo le conoscenze e l'esperienza maturata nell'operatività, promuovendo infine attività di studi e ricerche nel campo sanitario. In particolare, il Gruppo ha avviato un'analisi e discussione dei bisogni sociali e sanitari individuati all'interno di ciascun ente, servizio e associazione rappresentati al suo interno, ed ha promosso attività di formazione per operatori socio-sanitari che lavorano con la popolazione immigrata, necessarie per affrontare in modo adeguato e competente le problematiche che gli immigrati pongono.

Nel paper che si intende presentare alla Consensus Conference della SIMM, verrà descritta una breve storia del GR.I.S. Trentino, dalla sua fondazione agli avvenimenti più attuali, cercando di mettere in evidenza gli obiettivi del gruppo fondatore, le modifiche avvenute nel tempo, e i parziali successi ottenuti. In particolare, si intende descrivere il percorso, avviato dalla Consensus Conference organizzata nel settembre 2004 e intitolata "Una rete per la salute degli immigrati e delle persone in situazione di emarginazione sociale", e che ha portato alla firma nell'ottobre 2005 di un documento di intesa con le Istituzioni in cui si stabilisce un tavolo di consultazione tra chi istituzionalmente è preposto ad occuparsi della salute delle persone immigrate e/o in situazione di emarginazione sociale e quanti si trovano ad operare sul campo.

In merito a questo processo, obiettivo di questo lavoro è comprendere se a livello locale l'interazione tra i soggetti coinvolti può essere considerata un esempio di policy network (tra i maggiori contributi ad esempio Laumann e Knocke 1987, Marsh e Rhodes 1992, Marin e Mainz 1991, Kenis e Schneider 1991, Kooiman 1993, Mayntz 1993, Joop e Koppenjan 2000), modello teorico che permette di connotare le relazioni strutturali, le interdipendenze e le dinamiche tra attori nel policy-making, di analizzare l'esistenza di alleanze per lo scambio delle risorse disponibili tra gli attori e di comprendere se i loro legami, che differiscono nel grado di intensità e frequenza di interazione, costituiscono le strutture di un network.

Utilizzando questa cornice interpretativa, si intende concentrare l'attenzione su come si è evoluta la partecipazione al GR.I.S., che ha visto una crescita di adesioni nel tempo ma anche cambiamenti nella membership e varie presenze di aderenti non attivi. In particolare, si vuole mettere in evidenza che la mancanza di partecipazione e la partecipazione scostante di alcuni soggetti del panorama locale limita la capacità di creare un processo di vero e proprio network governing.

Un'esperienza di volontariato nel Servizio Civile Nazionale con gli Immigrati

per una salute senza esclusioni

E. Planera , I. Bernardis, A. Alessi, G. Caiani, G. Carreca
ASL Latina S.C. Organizzazione e Gestione Emergenze Sanitarie Immigrati

Nel mese di novembre 2005 è cominciata la nostra esperienza come volontarie del servizio civile nazionale. Il progetto a cui abbiamo aderito, “Prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) nella popolazione immigrata mediante interventi di informazione e formazione”, ci offre la possibilità di stabilire un contatto con gli immigrati a vari livelli; dal momento che il progetto prevede la somministrazione di questionari anonimi, ci stiamo recando nei centri di aggregazione presenti sul territorio provinciale in cui è possibile incontrare queste persone.

Tale attività diventa un’occasione per affacciarci su un “mondo” che vive parallelamente a quello che conosciamo e che immaginiamo. In questa fase è indispensabile il ruolo degli operatori delle associazioni i quali aiutano a non farci percepire come “asettici ricercatori” ma ci sostengono nel far capire il fine della nostra ricerca gettando così un ponte tra noi e gli immigrati. Nell’incontro è, ovviamente, fondamentale la risposta delle persone a cui ci rivolgiamo, la cui reazione non è sempre uguale: il netto rifiuto da parte di una persona si contrappone alla disponibilità totale di un’altra. Ciò non dipende solo da una sensibilità individuale ma ha spesso un’origine culturale: i mediatori culturali e tutti coloro che lavorano nelle associazioni ci hanno spiegato, infatti, che in molte religioni e culture è inconcepibile trattare la sessualità come un qualunque argomento scientifico. La distribuzione dei questionari avviene anche all’interno dell’“ambulatorio degli immigrati” gestito dalla ASL di Latina, in cui lavoriamo insieme ai medici volontari impegnati a fornire un servizio professionale ma soprattutto un’esperienza di autentica accoglienza. Siamo consapevoli, dunque, che con il nostro progetto non raccogliamo solo delle informazioni utili in ambito clinico ma proponiamo un’occasione di contatto tra la nostra cultura e le altre: ciò realizza per noi non solo un arricchimento intellettuale ma una vera e propria occasione di crescita personale.

LA PERCEZIONE DEI PROBLEMI ASSISTENZIALI NELLA MADRE STRANIERA NEGLI OPERATORI DEI PUNTI NASCITA DELLA PROVINCIA DI TRENTO

S. Piffer*, L. Battisti*, L. Bianchi*, E. Cescatti°

* Osservatorio Epidemiologico, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Trento (Fax: 0461 904645; e-mail: Silvano.Piffer@apss.tn.it)

° U.O. Ostetricia e Ginecologia, Ospedale S. Chiara, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Trento

Introduzione

La progressiva crescita dei nati da madri straniere in Italia, come in provincia di Trento (11,9% e nel 2002, 13,1% nel 2003 e 15,9% nel 2004) impone la necessità di adeguare l'accoglienza e la risposta dei servizi tra cui, particolare rilevanza assumono i servizi materno infantili nel loro complesso. Il livello di competenza degli operatori sanitari più direttamente coinvolti e la loro percezione rispetto al tema possono rappresentare elementi rilevanti con cui costruire/rivedere percorsi organizzativi o implementare azioni di formazione.

Materiali e Metodi

Nella primavera dell'anno 2005 è stata realizzata un'indagine, tramite un questionario da compilare personalmente da parte di ogni ostetrico ed ostetrica dei punti nascita della provincia di Trento. Il questionario si proponeva la raccolta, dal punto di vista degli operatori dei punti nascita, delle problematiche assistenziali della madre straniera e le esigenze formative conseguenti.

Risultati

I soggetti rispondenti sono 94, 60 ostetriche e 34 ginecologi, appartenenti a tutti i punti nascita provinciali, per una copertura media complessiva dell'86,4%. Le madri straniere assistite da ogni operatore nel corso dell'anno 2004 corrispondono in media al 17% della propria casistica (3,0-40,0%). Il 92,5% dei rispondenti afferma che una gestante di cittadinanza straniera implica maggiori problemi assistenziali rispetto ad una di cittadinanza italiana, senza differenze statisticamente significative per punto nascita o qualifica professionale. La lingua (95,7%), la religione (39,7%), il nucleo familiare (37,6%), le condizioni di salute (33,3%) e la durata del soggiorno in Italia (31,2%) rappresentano le prime cinque condizioni per frequenza che possono influenzare l'assistenza in gravidanza ed al parto. Non emergono differenze statisticamente significative in relazione al punto nascita o alla qualifica professionale. I problemi assistenziali sono percepiti più frequentemente in occasione del travaglio/parto (89,7%) a cui seguono la gravidanza (76,1%), il puerperio in ospedale (46,5%) ed il puerperio a casa (32,9%). I cinque più frequenti fattori che sono ritenuti incidere maggiormente sulla risposta ai bisogni assistenziali della gestante straniera sono: l'informazione sui servizi disponibili (65,9%), la formazione operatori (60,2%), l'accesso alle visite ostetriche/ecografie (53,4%), l'accesso ai corsi di preparazione alla nascita (46,5%), le informazioni in merito ai propri diritti assistenziali (46,5%). Nove operatori, 6 ginecologi (17,6%) e 3 ostetriche (5,0%) hanno effettuato corsi "spontanei" di formazione sull'assistenza alla

madre straniera. L'86,0% degli operatori ritiene utile che l'azienda sanitaria organizzi in futuro corsi di aggiornamento dedicati al tema.

Discussione

Le risposte degli operatori dei punti nascita forniscono delle indicazioni per migliorare l'accesso e la risposta dei servizi ospedalieri per l'assistenza ostetrica. Il percorso di miglioramento non pare possa poggiare solo sulla disponibilità/utilizzo di mediatori culturali ma richiede anche un investimento culturale degli stessi operatori. Fa fede al riguardo la bassa proporzione di operatori che hanno fatto una qualche formazione rispetto al tema, in modo particolare le ostetriche che si trovano in prima battuta ad assistere il travaglio/parto e che dovrebbero essere le destinatarie privilegiate di questa iniziativa. Emerge anche la necessità di una maggiore informazione che dovrebbe trovare il suo epicentro nel territorio, cronologicamente a monte dell'evento gravidanza e dell'evento nascita.

Formazione professionale operatori del progetto aziendale Iris, volto alla prevenzione del ricorso alla interruzione volontaria di gravidanza nelle adolescenti ed immigrate.

A. Capodilupo*, E.Meloni*, G.Carreca°.

Dipartimento Area Tutela Maternità ed Infanzia* - S.C. Organizzazione e Gestione Emergenze sanitarie Immigrati° Azienda USL-Latina.

OBIETTIVI : L'esperienza presentata si riferisce al corso di formazione professionale per operatori tenutosi nell'ambito del progetto Iris, volto alla prevenzione del ricorso all'Interruzione di gravidanza(Ivg) tra le adolescenti e le donne immigrate. Gli obiettivi del corso sono stati: migliorare la qualità assistenziale, revisionando alcune modalità di lavoro; analizzare criticità e sollecitare proposte; approfondire le conoscenze sui contraccettivi, riferendosi alle linee-guida dell'OMS; impostare una corretta comunicazione per ottenere l'impatto atteso sul target del progetto; evidenziare le diversità delle posizioni etico-culturali in tema di gravidanza, contraccezione ed aborto, per promuovere il dialogo transculturale.

METODI : Il corso formativo è avvenuto in due sessioni, presso i Presidi Ospedalieri di Latina e di Fondi. I partecipanti sono stati 49 a Latina e 45 a Fondi. Il corso si è svolto in due giornate, ed è stato diviso in quattro moduli : "Protocollo per la gestione delle IVG", "Organizzazione della contraccezione d'emergenza", "Problemi degli adolescenti verso maternità, contraccezione e IVG – Risposte dei servizi", "Modalità di intervento verso le donne extra-comunitarie". Dopo una presentazione degli argomenti, sono seguiti i lavori in gruppi, composti da varie professionalità, con la tecnica del focus group. Le conclusioni erano riportate in assemblea.

RISULTATI: La valutazione del Corso è avvenuta con la metodologia ECM. Un questionario in 8 domande ha rilevato il grado di acquisizione delle conoscenze: le risposte corrette non sono state inferiori a 6. Un secondo questionario ha raccolto la rilevanza degli argomenti, la qualità della didattica e l'efficacia dei contenuti in ordine agli impegni professionali.

La valutazione registrata nella sessione di Latina, migliore rispetto a quella di Fondi, è attribuibile sia ad una adesione più partecipata dei convenuti sia all'amalgama

nei lavori di gruppo, ottenuta dai facilitatori seguendo una griglia precedentemente discussa.

CONCLUSIONI : I lavori di gruppo hanno rappresentato agli organi responsabili dell'ASL criticità e proposte di soluzione: rendere omogenei percorsi e procedure dell'IVG nel territorio dell'ASL Latina e valorizzare il Coordinamento provinciale; affiancare gli/le adolescenti nei percorsi assistenziali per la contraccezione, la maternità e l'IVG; rendere disponibili i mediatori culturali per l'accoglienza delle donne extra-comunitarie.

L'IVG in provincia di Trento. Caratteristiche e percorsi nelle utenti italiane e straniere.

L. Battisti*, E.Cescatti,[°] S.Franchini*, L. Bianchi*, S. Piffer*, E.Arisi[°]

* Osservatorio Epidemiologico, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Trento
(Fax: 0461 904645; e-mail: Laura.Battisti@apss.tn.it)

[°] U.O. Ostetricia e Ginecologia, Ospedale S.Chiera, Trento – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

Introduzione

La progressiva crescita delle utenti di cittadinanza straniera presso i servizi sanitari di certificazione e assistenza per l'ivg richiede un'attenta valutazione delle caratteristiche delle utenti e dei loro percorsi assistenziali. Rispetto a questo ultimo aspetto è importante verificare l'esistenza o meno di differenze con le utenti di cittadinanza italiana, allo scopo di ridurre/rimuovere situazioni di barriera o di disequità.

Materiali e Metodi

Sono stati analizzati i dati del flusso informativo sull'ivg in provincia di Trento dal 2000 al 2004 (6.208 aborti volontari di cui 872 relativi a cittadine straniere). Il flusso è attivato presso le U.O. di ostetricia e ginecologia ed è gestito dall'Osservatorio Epidemiologico. Il confronto tra utenti con cittadinanza italiana/straniera è stato effettuato in riferimento a tre aspetti principali: le caratteristiche delle donne, la certificazione e l'accesso ai servizi, i criteri di attuazione dell'intervento. La significatività statistica delle differenze osservate è stata valutata con il test del chi quadrato e con il t test. Le analisi sono state condotte con il software SAS System.

Risultati

Caratteristiche delle donne.

Le donne straniere che ricorrono all'ivg risultano mediamente più giovani delle donne italiane (28,5 anni vs. 29,7 anni; $p \leq 0,001$). Il 58% delle donne italiane è nubile al momento dell'effettuazione dell'ivg, contro solo il 42% delle cittadine straniere ($p < 0,001$). Il 18% delle ivg considerate delle donne italiane risulta essere un aborto ripetuto, mentre lo è per il 33% delle ivg delle straniere ($p < 0,001$).

Certificazione e accesso ai servizi.

Tipicamente le straniere certificano l'interruzione di gravidanza presso i consultori (51% vs. 26% delle italiane) a differenza delle italiane che si rivolgono al medico di fiducia (65% vs. 34% delle straniere). Il ricorso alle strutture pubbliche è più elevato nelle delle donne straniere (74% vs. 35% delle italiane). Anche il tempo d'attesa tra data di certificazione e data dell'intervento sembra diverso (in modo statisticamente significativo) rispetto alla cittadinanza: viene eseguita l'ivg oltre i 14 giorni per il 44% delle donne italiane e per il 59% di quelle straniere. Controllando per un possibile effetto confondente dato dal luogo dove è effettuata l'ivg (pubblico/privato), considerato che nelle strutture pubbliche si rileva un tempo d'attesa maggiore rispetto a quelle private (17,5 giorni vs. 13 giorni; $p \leq 0,001$) e che le straniere si rivolgono principalmente agli ospedali pubblici, si osserva che la

differenza legata alla cittadinanza persiste nelle strutture pubbliche (ivg oltre i 14 giorni: 64% italiane vs. 70% straniere; $p < 0,01$), mentre scompare in quelle private. Criteri di attuazione dell'intervento.

Le differenze osservate (metodo Karman: 93% italiane, 88% straniere) sono legate alla più avanzata età gestazionale con cui le donne straniere si presentano all'intervento. Le straniere restano inoltre ricoverate più a lungo (69% in day hospital, contro l'84% delle italiane). Non emergono differenze né rispetto alla somministrazione di terapia antalgica, né all'insorgenza di complicanze.

Discussione

La contenuta percentuale di donne straniere che si rivolgono ad una struttura privata per l'ivg presenta tempi di attesa sovrapponibili rispetto alle italiane, mentre le straniere che afferiscono a strutture pubbliche presentano tempi di attesa maggiori rispetto alle donne italiane. Tale diseguità nell'accesso ai servizi sottolinea la necessità di ripercorrere le tappe del percorso assistenziale che conduce all'ivg ricercandone le criticità per poter su di esse intervenire. Altra condizione importante è il dato riferito all'abortività ripetuta che, sebbene presente anche nelle donne italiane, risulta maggiormente diffusa in quelle straniere e richiama la necessità di interventi di prevenzione finalizzati alla riduzione del fenomeno.

In conclusione il miglioramento dell'accesso e della risposta dei servizi territoriali nonché ospedalieri deve essere ricercata nella consapevolezza di una sempre maggior complessità del fenomeno e nello sforzo sinergico di tutti gli attori coinvolti in questo percorso assistenziale

**ANALISI DELLA RILEVAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA IN GRUPPI
MULTIETNICI OSPITI DI UN CENTRO DI ACCOGLIENZA. EPIDEMIOLOGIA
E SUA EVENTUALE IMPORTANZA SCIENTIFICA.**

M.S. Ricci, S. Pelargonio, A. Meftahi, E. Pelargonio

ACISEL (Associazione Cooperazione Internazionale Studi E Lavoro) – Roma

“Realtà multietniche e patologie vascolari” è uno dei temi che saranno discussi nel congresso dell’Italian Council of Cardiology Practice, parte del Collegio Federativo di Cardiologia, il prossimo ottobre. Questo interesse a livello scientifico per le varie patologie multietniche, è stato sin dall’inizio uno degli obiettivi dell’ACISEL che ha man mano raccolto dati sulla salute dei propri ospiti, seppur con le note difficoltà legate alle particolari condizioni di queste persone.

Milleseicento rifugiati e richiedenti asilo son passati nel Centro di accoglienza dell’ACISEL negli ultimi 10 anni e di questi, che si sono rivolti ai medici volontari della sede si è potuto rilevare per uno screening pressorio, una o più misurazioni della pressione arteriosa in 445 ospiti, tutti uomini con un range d’età da 18 a 64 anni. A secondo degli agglomerati etnici sono stati suddivisi in gruppi: il primo gruppo composto da 257 persone provenienti dal Nord-Africa e dal vicino e medio oriente (arabi) nel quale si è osservata una ipertensione nel 12% dei casi; il secondo composto da 115 persone provenienti dall’Africa subsahariana e dell’Africa Orientale con il 25% di ipertesi ed il terzo composto da 73 persone dell’est europeo con il 31% di ipertesi. Da studi americani, maggiori differenze pressorie sono state riportate nella popolazione nera dell’America del Nord mentre non vi sono, almeno a nostra conoscenza, studi dello stesso tipo tra le popolazioni dei paesi arabi e tra quelle dei paesi dell’est europeo. Altri studi, invece, riguardanti l’influenza del sale nella dieta come causa di ipertensione in varie popolazioni, hanno dimostrato che i giapponesi ne sono più affetti essendo maggiori consumatori di sale. Avendo avuto l’opportunità di osservare questi 3 gruppi etnici si è visto che la popolazione proveniente dall’est Europa è quella che presenta la maggior percentuale di ipertesi (3° fascia), seguita dalla popolazione nera (2° fascia) e quindi da quella araba (1° fascia). Quest’ultima anzi ha presentato valori relativamente bassi ipotizzati in parte dalle condizioni socio ambientali precedenti all’ingresso in Italia. Non è stata effettuata alcuna valutazione statistica dei dati ritenendoli soltanto per ora come valutazione orientativa. Confrontando l’ipertensione della popolazione nera (2° fascia) con quella degli studi di Braunwald e coll. negli USA, unici nel loro genere, si è riscontrato che la fascia dei più giovani presentava una percentuale maggiore rispetto ai neri americani, mentre era quasi uguale tra quei soggetti di maggiore età. Inoltre vari lavori sulla popolazione nera hanno messo in evidenza alterazioni di alcuni importanti fattori che intervengono nell’equilibrio della pressione arteriosa ed in altri processi cardiovascolari.

Si discute sulla difficoltà di gestire l’ipertensione in una popolazione fluida e spesso inaffidabile, fattori negativi in gran parte secondari alle particolari condizioni di vita vissuta nel periodo di osservazione.

Si è ancora all’inizio di questa ricerca, il cammino da fare sarà lungo ma si spera alla fine fruttuoso.

Percezione e prevenzione AIDS: indagine conoscitiva in soggetti non comunitari

K. Avarello* T. Sapienza** M. Raspagliesi***

*Psicologo Tirocinante, Azienda Ospedaliera “Cannizzaro” Catania

**Dirigente Psicologo, Azienda Ospedaliera “Cannizzaro” Catania

*** Responsabile Ambulatorio Immigrati – U.O. Malattie Infettive Azienda Ospedaliera “Cannizzaro” Catania

Abstract

Gli AA. alla luce delle reiterate resistenze della popolazione extracomunitaria riguardo alla possibilità di sottoporsi al test dell’HIV, somministrano ad un campione rappresentativo di quindici paesi non comunitari, un Questionario sulla Percezione e Prevenzione dell’AIDS, da loro appositamente strutturato e tradotto nelle seguenti sette lingue:

Italiano, Inglese, Francese, Spagnolo, Portoghese, Rumeno, Cirillico.

Il campione è costituito da 150 individui, compresi nella fascia di età tra i 18 e i 60 anni, appartenenti a diverse nazioni, tra cui: Romania (37%), Colombia (17%), Senegal (12,7%), Nigeria (10,5%), Isole Mauritius (5%), Sri Lanka (4,5%), Repubblica Dominicana (3,7%), Russia (2,3%), Polonia (1,5%), Equador (1,5%), Cuba (0,7%), Brasile (0,7%), Moldavia (0,7%), Ucraina (0,7%).

Dagli esami di scoring si evince che permane una notevole disinformazione sulle vie e sulle modalità di trasmissione del virus responsabile della sieropositività, una considerevole resistenza psicologica e sociale alla somministrazione del test per l’individuazione del virus dell’HIV, nonché si individuano sfere di marcate interferenze con elementi religiosi e culturali del proprio gruppo di appartenenza.

Inoltre, si evidenzia una tendenza ad associare il rischio di contrazione dell’infezione ad una fascia di popolazione svantaggiata, come gli individui del terzo mondo, o a situazione problematiche, come la tossicodipendenza, il che dimostra una disinformazione circa il dilagare del fenomeno, che coinvolge ormai un margine sempre più ampio della popolazione mondiale.

Si rimarca, infine, una forbice significativa tra soggetti di sesso maschile e soggetti di sesso femminile, riguardo la percezione dell’AIDS e dei fattori ad essa correlati. Pertanto gli autori ipotizzano un intervento, che sia allo stesso tempo informativo e formativo, finalizzato al superamento delle resistenze multifattoriali.

Affinché sia possibile raggiungere questo obiettivo è necessario strutturare degli interventi che siano plasmabili su quelle che sono le caratteristiche personali e culturali specifiche di ogni individuo, come pure la richieste ed i bisogni cui occorre fornire una soluzione. Presentatore .

Karen. Avarello - Indirizzo e-mail marioraspagliesi@tin.it

Accogliere in Ospedale: La Transculturata al Servizio di Tutti Ufficio Accoglienza e Mediazione



Organizzazione

Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara
Servizio Programmazione, Valutazione e Controllo Strategico
Direttore Dott. Alberto MANDINI

Autore/Referente e Indirizzo

Ufficio Accoglienza e Mediazione
Responsabile Dott.ssa Sandra BOMBARDI
C.so Giovecca, 203, 44100 Ferrara
Tel. 0532.236527 Fax 0532.236588
E.mail s.bombardi@ospfe.it

Contesto Di Riferimento

Dal 1 settembre 2004, presso il Servizio Programmazione Valutazione e Controllo Strategico, è attivo l'Ufficio Accoglienza e Mediazione.

L'Ufficio intende rispondere ad esigenze riconducibili alla necessità di facilitazione, accompagnamento, supporto nei confronti degli operatori dei servizi e unità operative per quanto riguarda gli aspetti dell'accogliere in ospedale la persona.

“Accoglienza e Mediazione”, cerca di fornire senso al concetto d'accoglienza garantendo un servizio “per tutti”, attraverso un'efficace presa in carico del cliente e della sua domanda d'aiuto, contestualizzando culturalmente la risposta, utilizzando con finalità gli operatori preposti all'accoglienza.

Accogliere in Ospedale

L'azione dell'accogliere in ospedale deve garantire rassicurazione, orientamento, ottimizzazione dei tempi. Ricevere, ospitare, ascoltare, approvare, accettare, conte-

nere. Questi sono solo alcuni dei termini con i quali le persone coinvolte nel corso del progetto hanno definito il termine accoglienza in ospedale.

Il tema dell'accoglienza in ospedale è impossibile scinderlo dal concetto di umanizzazione, in tutte le sue implicazioni, che riguardano aspetti strutturali, ambientali, organizzativi, sociali e psicologici. Al processo di umanizzazione contribuiscono tutti gli operatori che a diverso titolo, con il lavoro di ogni giorno contribuiscono a definire l'identità dell'ospedale.

Per analizzare il contesto di riferimento ho utilizzato sia fonti formali che informali, ho utilizzato tecniche di raccolta dati di natura qualitativa che quantitativa.

“Un buon processo d'accoglienza” si realizza con ...

“... la capacità di cogliere ciò che sta dietro a frasi o richieste d'aiuto, e far capire al momento dell'accoglienza che si cercherà di fare il possibile”;

“... un lavoro di squadra da parte di tutto il personale e la capacità di far capire alla persona che noi siamo qui e che ci prenderemo cura di lui per tutto quello che riguarderà il suo soggiorno”.

Le aspettative degli utenti immigrati e autoctoni sono state rilevate attraverso incontri con le associazioni e cooperative d'immigrati e che si occupano d'immigrati interviste, focus group. Focus group ai Rappresentanti del Comitato Consultivo Misto dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara, Rappresentanti degli anziani del Centro sociale e ricreativo di Ferrara “La Rivana”, Rappresentanti di donne immigrate presso l'Associazione Cittadini del Mondo di Ferrara.

Azione - Ufficio Accoglienza e Mediazione

Mission

L'Ufficio Accoglienza e Mediazione contribuisce alla realizzazione di un progetto d'accoglienza transculturale in sanità, che ha alla base il riconoscimento dell'altro e la sua variabilità culturale, la dignità della persona e la necessità di costruire un percorso condiviso. Assicura agli operatori un supporto metodologico capace di riconoscere nella cultura dell'utente una delle risorse per la risposta d'aiuto e per una piena compliance.

Accoglienza e Mediazione promuove tra gli operatori competenze progettuali là dove il bisogno nasce e si modifica, facilita la ricerca di soluzioni ai problemi e sostiene la creazione di percorsi facilitanti. L'Ufficio si colloca nella filiera degli uffici facenti capo al Servizio Programmazione Valutazione e Controllo Strategico. Lavora in forte integrazione e complementarietà con l'Ufficio Qualità e l'URP aziendale, permettendo di allargare la base operativa a sostegno degli operatori

coinvolti quotidianamente nel rispondere in modo efficace ad un'utenza che cambia.

Vision

L'Ufficio Accoglienza e Mediazione s'impegna nel costruire e consolidare uno spazio e un tempo da dedicare alla presa in carico dell'utente con approccio transculturale, a sostegno della crescente complessità delle dinamiche comunicative. Creare spazi che esprimano competenze d'aiuto e sviluppino strategie di cambiamento, valorizzando il lavoro di rete tra operatori, il sistema dei servizi e l'autodeterminazione degli stessi cittadini.

L'esistenza dell'ufficio persegue in modo complementare i valori aziendali, mediante una maggiore capacità d'ascolto e l'utilizzo di metodologie d'intervento flessibili, facilitanti la progettazione partecipata e le competenze dell'utente.

Obiettivi e Prodotti Offerti

Vedi in Allegato Brochure

Destinatari

Cliente Esterno – utente autoctono, straniero - la sua famiglia - le persone per lui significative, operatori del volontariato, tirocinanti, operatori di altre aziende sanitarie, operatori del Comune – Provincia – Regione che si occupano di cittadini stranieri;

Cliente Interno – network di facilitatori dell'accoglienza, operatore dei servizi e delle unità operative, operatori di servizi appaltati.

Personale

Responsabile dell'Ufficio

- Mediatori Interculturali
- Network facilitatori dell'accoglienza
- Operatori - Servizio Civile Volontario (dal 2006)
- Volontariato organizzato
- Personale in stage

La presenza dei Mediatori Interculturali in Ospedale

Un ospedale che mette al centro la persona, la sua storia e la sua cultura diviene luogo ed occasione per favorire processi di integrazione reale.

La necessità di definire un progetto organico di mediazione linguistica culturale è data dall'esigenza di superare la frammentazione di iniziative volontaristiche e di stage, dalla necessità di dare risposte con continuità agli operatori e agli utenti che ne fanno sempre più domanda, e di garantire un servizio ospedaliero interessato ad ascoltare e capire tutti i suoi utenti per attivare percorsi e processo di crescita reciproci.

Network dei Facilitatori dell'Accoglienza

La network dei facilitatori dell'accoglienza è formata da Medici, Infermieri, Fisioterapisti, Tecnici, Operatori in supporto l'assistenza che a diverso titolo e in contesti organizzativi culturalmente determinati, vivono e si confrontano quotidianamente con un'utenza che cambia.

Modello Organizzativo e Metodologie di Lavoro

L'ufficio accoglienza e mediazione confrontandosi quotidianamente con una clientela in continua mutazione sociale e culturale, deve rispondere, oltre che a criteri d'efficacia, a criteri di efficienza dotati di elasticità, con approccio sistemico, che permettano la ricerca e lo sviluppo di nuovi prodotti.

Ogni persona, ogni team professionale, ogni contesto organizzativo definisce regole, comportamenti e atteggiamenti caratteristici. Sarebbe quindi inadeguato rispondere a così diverse esigenze attraverso modalità rigide e centralizzate.

Un adattamento del modello organizzativo per progetto è quello che ritengo funzionale a questa tipologia d'ufficio – utilizzo del Project Management e la filosofia del Company Wide.

Lavorare per progetti studiati e concordati con gli operatori, sulla base delle specifiche caratteristiche degli utenti o delle criticità rilevate nelle singole realtà operative. Al riguardo la costruzione della network dei Facilitatori dell'Accoglienza risulta una risorsa preziosissima da coinvolgere, in quanto “sensore” dell'attività assistenziale e diretti protagonisti della nascita e trasformazione del problema nei processi d'accoglienza.

Ulteriori e significativi supporti metodologici riguarderanno:

- Metodologia Transculturale
- Metodologia di rete
- Problem solving e Metodo dei casi e autocasi.

Alcuni Esempi Obiettivi e Indicatori di Valutazione Anno 2005

Obiettivi Intermedi e Specifici	Indicatori
---------------------------------	------------

<p>O.I. Divulgazione dell’iniziativa e presentazione del progetto a livello locale - Comune, Provincia, Regione - e nazionale;</p> <p>O.S. Organizzare una conferenza stampa in collaborazione con il Responsabile dell’Ufficio Stampa aziendale;</p>	<p>Indicatori di processo</p> <p>N. Incontri informativi svolti/ N° incontri informativi programmati;</p> <p>Standard ideale: 100/</p> <p>Risultato: Verificato il Note sul risultato</p> <p>Presenza vs assenza conferenza stampa</p>
<p>O.I. Garantire una assistenza con approccio transculturale;</p> <p>O.S. Fornire attività di mediazione interculturale attraverso la relazione mediata tra operatori sanitari , mediatori interculturali ed utenti.</p>	<p>Indicatore di esito</p> <p>1) N. casi affrontati e risolti insieme al mediatore/ N. casi che hanno richiesto consulenza della funzione relazionale mediata;</p> <p>Standard accettabile: 70%; Standard ideale:100%</p> <p>Risultato: Verificato il ... Note sul risultato</p> <p>2) N. e tipo strumenti tradotti/ N.strumenti pianificati; Standard accettabile: 90%</p> <p>Risultato: Verificato il ... Note sul risultato</p>
<p>O.I. Formare gli operatori sull’Accoglienza in ospedale con approccio transculturale;</p> <p>O.S.</p>	<p>Indicatore di processo</p> <p>N. di operatori formati / N. di operatori programmati; Standard: 80%</p>

Svolgere almeno due edizioni del corso sulla accoglienza per poter formare almeno 50-60 operatori con priorità al dipartimento Emergenza, Riproduzione - Accrescimento e Medico Ipotesi progettuale	Risultato Verificato il ... Note sul risultato
--	--

La migrazioni degli infermieri e diritto alla salute.

Autore: G. Brunetti, B. Bernardi
Ente: Nursing in Movimento, Firenze

Abstract:

L'OMS afferma che la carenza di personale sanitario qualificato, e di infermieri, è uno dei maggiori ostacoli per il raggiungimento degli obiettivi di salute a livello globale. Il crescente fenomeno della migrazione di infermieri tra e all'interno delle nazioni rappresenta al tempo stesso un'opportunità e una grave criticità per i sistemi sanitari, in particolare nei PVS. Viene presentata una valutazione del fenomeno e le possibili azioni da mettere in atto per regolamentare il reclutamento evitando discriminazioni e, contemporaneamente, garantire universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari.

Per comunicazioni:

Giancarlo Brunetti
Via G. Mameli 30 50020 Cerbaia V.P. Firenze
Tel. 055-8259404; cell. 3406667118
e-mail gcbrunetti@yahoo.it
Argomento: Politiche sanitarie e diritti
Sessione: Infermieristica transculturale

Ipotiroidismo congenito con tiroide ectopica e criptorchidismo diagnosticati all'arrivo in Italia in un bambino adottato dall'estero.

Maria Cristina Maggio, A. Liotta, G. Montalbano, G. Corsello, F. Cataldo. Dipartimento Universitario Materno-Infantile, Università di Palermo.

Il bambino adottato dall'estero deve essere sottoposto, sin dai primi periodi del suo inserimento nel nuovo contesto familiare, ad una attenta valutazione clinica e ad una vasta gamma di indagini emato-chimiche e strumentali, al fine di escludere eventuali condizioni patologiche che possono essere taciute o riportate in maniera errata nelle relazioni cliniche di accompagnamento rilasciate nei paesi di origine di questi bambini. In taluni casi è opportuna anche una collaborazione plurispecialistica al fine di garantire un iter diagnostico-terapeutico completo ed integrato. Il caso presentato è esemplificativo di questa eventualità.

Un bambino russo di tre anni e mezzo, adottato da una coppia di genitori italiani da 20 giorni, giunge alla nostra osservazione con la diagnosi (riportata nella relazione clinica rilasciata in Russia) di cisti mediana del collo. I genitori riferiscono che in Russia, al momento della adozione, era stato consigliato di sottoporre con urgenza il bambino ad asportazione della cisti.

Il piccolo presenta sviluppo staturale ponderale e sviluppo psico-motorio adeguati all'età ed un grado di integrazione e compliance con la famiglia di adozione soddisfacente. All'esame clinico si rileva nella regione mediana del collo una formazione della grandezza di una piccola noce, rotondeggiante, non dolente, di consistenza teso-elastica, fissa nei piani sottostanti da riferire verosimilmente a tiroide ectopica. Lo studio ecografico conferma il sospetto clinico di ghiandola tiroidea ectopica e l'Rx del carpo sinistro mostra un'età ossea di 2 anni e mezzo. Lo stadio dello sviluppo puberale è PH1G1, ma obiettivamente si rileva anche un criptorchidismo bilaterale con testicoli palpabili in sede inguinale alta. Il dosaggio degli ormoni tiroidei evidenzia: TSH: 9.67 μ U/ml; FT3: 0.61 ng/dl; FT4: 1.25 ng/dl. Viene pertanto intrapresa terapia sostitutiva con L-tiroxina (25 μ g/die) e somministrato HCG i.m. (500 U due volte/settimana per 6 settimane). Il TSH si normalizza e si ottiene la discesa dei testicoli nelle borse scrotali dopo il primo ciclo di terapia.

Segnaliamo questo caso per sottolineare l'opportunità di un'attenta valutazione clinica e di laboratorio di tutti i bambini adottati provenienti dall'estero al loro arrivo in Italia, al fine di identificare già al momento dell'inserimento nel nuovo contesto familiare eventuali problematiche cliniche che, come nel caso presentato, possono non essere riferite o riportate in maniera erronea nella cartella clinica del paese di provenienza. Particolare attenzione deve inoltre essere posta ad alcune condizioni morbose in relazione alla nazione di origine : nel nostro paziente, come in tutti quelli provenienti dalla Russia, alla patologia tiroidea (effetto Chernobyl).

E' opportuno, tuttavia, che il bambino adottato, che da poco si è inserito in un nuovo contesto familiare e sociale, venga sottoposto ad accertamenti clinici gradual-

mente, tranne che essi non presentino carattere d'urgenza. Egli infatti non deve correre il rischio di sentirsi un oggetto di studio, ma deve continuare ad essere un soggetto amato e rispettato nella sua privacy e nelle sue diversità culturali.

Corrispondenza: prof. F. Cataldo e-mail: cescocat@freemail.it; Tel: 091 7035416;
Fax : 091 6834121

**MALATTIE NEURO MUSCOLARI EREDITARIE LEGATE AD ALCUNE
ETNIE ROM. CONSIDERAZIONI EPIDEMIOLOGICHE, DIAGNOSTICHE
E TERAPEUTICHE SCATURITE DALL'OSSERVAZIONE DI UN CASO
SCOPERTO IN UN CENTRO DI ACCOGLIENZA PER MINORI STRANIERI.**

E.Pelargonio, G.Cassinari, I.Kosturi, M.A.Moretti, A.Tavaj, M.S.Ricci
ACISEL (Associazione Cooperazione Internazionale Studi E Lavoro) – Roma

La scoperta del ragazzo rom con distrofia muscolare presentato in questo lavoro, ha stimolato una ricerca bibliografica che ha evidenziato la relativamente recente conoscenza e ricerca di malattie neuro-muscolari-sensoriali nei rom, gruppo particolare di popolazione nettamente separata dalle altre e con caratteristiche socio-culturali-tradizionali e di vita che le differenziano.

Gli studi genetici ed epidemiologici su questa popolazione rom che, iniziati da circa un decennio, hanno già portato alla scoperta di malattie proprie di questa etnia, al coinvolgimento ed alla collaborazione internazionale e l'aver riscontrato nei nostri centri un esempio di queste malattie, ha destato il nostro interesse che si vuol portare a conoscenza di coloro che lavorano a contatto con i rom.

Si auspica che i futuri sviluppi possano condurre ad ulteriori conoscenze delle patologie già esistenti e, di altre, che potrebbero essere scoperte dando quindi la possibilità di affrontarle in maniera più consona da rallentare o bloccare il loro processo evolutivo.

Tubercolosi e HIV nella popolazione Immigrata in Italia.

Ilaria Meoli, Mario Figliomeni, , Ilaria Itró, Nicola Schinaia, Gianni Rezza.
Istituto Superiore di Sanità - Roma

Introduzione:

Con questo studio ci si è proposti di effettuare un'indagine retrospettiva epidemiologica-clinica con lo scopo principale di osservare l'andamento nel tempo della tubercolosi nella popolazione afferente all'Ospedale "Amedeo di Savoia" di Torino valutandone le caratteristiche demografiche, cliniche e microbiologiche con particolare attenzione al gruppo dei pazienti immigrati e con infezione da HIV.

Come scopo secondario, ci si è proposti di valutare nei soggetti affetti da M. tuberculosis e HIV, i cambiamenti nella presentazione clinica e nell'outcome prima e dopo la somministrazione su vasta scala della HAART.

Materiali e Metodi:

Lo studio è stato condotto ricercando le schede di notifica relative ai casi di tubercolosi osservati presso l'Ospedale "Amedeo di Savoia" di Torino dal 1990 al giugno 2003.

Le informazioni relative alla condizione di sieropositività per HIV sono state ricercate in un registro informale contenente i nominativi dei soggetti per i quali era stata compilata la scheda di notifica per AIDS disponibile presso l'ufficio di sorveglianza sanitaria dell'Ospedale.

Per i referti microbiologia è stato consultato l'archivio elettronico del laboratorio di microbiologia dello stesso Ospedale (sono stati ricercati solo quelli relativi agli anni 2000 giugno 2003).

Per i soggetti con coinfezione da M. tuberculosis e HIV notificati per tubercolosi negli anni 1994 al 2003, ulteriori informazioni riguardanti l'anamnesi clinica e farmacologica, la situazione immuno-virologica e il quadro radiografico al momento della diagnosi di tubercolosi, sono state ricercate nelle cartelle cliniche.

Le informazioni demografiche e cliniche sono state riportate in un database con risposte codificate come riportate in seguito.

I paesi di provenienza dei soggetti non Italiani sono stati riportati a parte, così come il pattern di resistenza ai singoli farmaci antitubercolari.

I dati sono stati presentati come media (\pm deviazione standard) o mediana (range). Le variabili continue sono state rappresentate utilizzando il test "t" di Student e le variabili categoriche sono state valutate con il test del χ^2 con la correzione di Yates e il test esatto di Fisher dove necessario. Il valore di "p" inferiore a 0,05 è stato considerato statisticamente significativo.

L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando il software NCSS versione 2004 (Kaysville, Utah- USA):

Risultati

Negli anni dal 1990 e il 2003 presso l'ospedale Amedeo di Savoia sono stati notificati 493 casi di tubercolosi. Se si escludono i casi che, ad un successivo esame microbiologico, sono stati classificati come micobatteriosi atipiche (8 MOTT, 11 MAC, 2 M. xenopi) Il numero complessivo dei casi inclusi nel nostro studio è 472, l'età media è 44,7 anni \pm 18,9% con mediana di 39 anni (range 14-94 anni).

Per quanto riguarda il sesso, il dato non è specificato in 34 casi di pazienti immigrati (7,2%); le femmine sono 171 (36,2 %), i maschi sono 267 (56,6 %).

Le caratteristiche di farmaco-resistenza sono state indagate su 256 pazienti notificati dal gennaio 2000 al giugno 2003. L'esame colturale è risultato positivo in 159 casi (62,1%), negativo in 51 (21,1%) e non eseguito in 4 (1,6%). Il dato è incompleto in 43 casi (16,8%). Gli antibiogrammi disponibili erano 109 (il 68,6% degli esami colturali risultati positivi). Risulta particolarmente elevata la monoresistenza (diversa da isoniazide) e la percentuale di multifarmacoresistenza è superiore al dato italiano (7,3% contro 4,3%) (19). La multifarmacoresistenza non è significativamente più frequente nella popolazione dei soggetti immigrati e in quella dei soggetti con infezione da HIV. La sola associazione statisticamente significativa è con la storia di malattia, essendo la multifarmacoresistenza più frequente nei soggetti sottoposti a pregresso trattamento antitubercolare ($p = 0,021$).

Conclusioni

La popolazione immigrata in Italia (ma anche in altri paesi dell'Europa occidentale) rappresenta, soprattutto negli ultimi anni, una quota considerevole che sembra tendere a salire. Trattasi di un fenomeno emergente e riteniamo che non possa essere ignorato: per cui richiede un'attenta sorveglianza epidemiologica, che comprenda la valutazione dell'outcome, oltre ad alcuni elementi organizzativi, come indicato dalle linee-guida nazionali.

Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) nelle donne immigrate a Reggio Emilia

A. Foracchia; M. Manghi; C. Gemmi; M. Sparano; C. Crotti; L. Danini
Centro Salute Famiglia Straniera (CSFS) – Consultorio Salute Donna Reggio Emilia

La popolazione immigrata a Reggio E. ha raggiunto le 38.075 unità (7.8% della popolazione residente) con un incremento del 18,5% nell'ultimo anno. Le donne non comunitarie residenti in provincia rappresentano il 45.1% rispetto al 45.7% dell'anno precedente. Il leggero calo della componente femminile (incrementatosi continuamente negli ultimi 12 anni) è attribuibile all'allargamento della Comunità Europea, dato l'alto grado di componente femminile soprattutto polacca.

La popolazione immigrata rappresenta ormai oltre il 33% delle utenti del consultorio arrivando al 65.1% nel settore ostetrico.

Il CSFS, occupandosi prevalentemente di una utenza priva di permesso di soggiorno oltre che di quella parte della popolazione immigrata che presenta particolari difficoltà di lingua e di orientamento nei servizi sanitari (tra cui, molto rilevante la componente cinese), rappresenta un osservatorio privilegiato per l'andamento del fenomeno. Per questo motivo ha partecipato anche a rilevazioni sia in ambito sia locale che nazionale. Oltre la metà delle certificazioni complessivamente rilasciate in provincia di Reggio Emilia provengono dal Consultorio familiare (di cui il CSFS fa parte) e oltre il 70% di quelle rilasciate a donne straniere provengono dal CSFS. Il ricorso alla IVG, in costante calo da anni presso la popolazione italiana, ha visto un incremento molto marcato tra le donne immigrate al punto da portare a una inversione di tendenza del numero complessivo.

Uno studio sulle motivazioni alla IVG tra le donne straniere è stato realizzato nella Provincia di Reggio nel 2004 e sia in fase di studio, man mano che affluivano dati, sia dopo la presentazione dei risultati (febbraio 2005) si sono messe in atto azioni e strategie che affrontassero il fenomeno.

Tra queste l'aumento della consapevolezza delle donne, un incremento della informazione e della disponibilità contraccettiva, una riorganizzazione dei servizi e un lavoro di sensibilizzazione e formazione degli operatori sia pubblici che del privato sociale.

In particolare sono state accentuate alcune attività (incontri con i gruppi sociali di donne immigrate, inserimento dell'argomento nei corsi di preparazione al parto per donne straniere, coordinamento con le strutture ospedaliere di riferimento) e alcune scelte di metodiche contraccettive (utilizzo più esteso dei contraccettivi Depot, utilizzo delle nuove formulazioni di estro-progestiniche, incremento estremamente significativo dell'utilizzo dello IUD soprattutto tra la popolazione cinese) oltre all'apertura di una corsia preferenziale per le visite post-IVG.

I dati del Consultorio e del CSFS riferiti al 2005, oltre a segnalare un significativo incremento delle attività inerenti informazione e offerta contraccettiva rileva anche, per la prima volta dall'inizio della sua attività (1998), un calo della richiesta di

IVG sia intermini proporzionali che in numeri assoluti nonostante sia continuato l'incremento di utenti, di accessi e di prestazioni globali.

Pur essendo prematura ogni correlazione diretta tra le iniziative realizzate e il calo delle IVG, per cui sono in corso riscontri sia a livello locale (con le strutture ospedaliere) sia a livello regionale (partecipazione alla segreteria scientifica del Corso di contraccezione transculturale) ci pare importante il confronto con altre realtà analoghe italiane per una condivisione e una verifica della strada intrapresa.

IL DRAGO E LA FENICE : *l'esperienza della nascita tra comunità cinese e servizi*

Centro per la salute della famiglia straniera di Reggio Emilia - Via monte san Michele . tel 0522-335580- stranieri@ausl.re.it

Autori: M.Manghi Dir. Servizio Pediatria e salute donna
M.Sparano Ostetrica – Sun Shuyan Mediatrice linguistico-culturale -
L. Panna Psicologa - P. Bevolo Psicologa U.O.Psicologia clinica

Nell'ambito dell'esperienza di lavoro con le donne cinesi, all'interno del Centro per la salute della famiglia straniera, è stato realizzato il primo corso di preparazione alla nascita rivolto alle donne gravide di nazionalità cinese.

Nel nostro territorio la presenza di donne gravide e di neonati provenienti dal gruppo etnico cinese è consistente ed, allo stesso tempo, le condizioni della nascita e dell'accudimento dei bambini sono poco conosciute dagli operatori.

All'interno della comunità cinese spesso i suoi componenti vivono in condizioni di irregolarità, in abitazioni che sovente rappresentano anche il luogo di lavoro.

Siamo a conoscenza della difficoltà per le famiglie di allevare i bambini in Italia. Spesso la crescita dei figli viene delegata ai parenti rimasti in Cina, con fasi di separazione e ricongiungimento, che rendono faticoso ed a rischio il processo di attaccamento genitori-figli ed il percorso di integrazione dei bambini cinesi nella nostra realtà sociale. Inoltre spesso i bambini non possono essere allattati a causa della precoce separazione dalla figura materna.

La mancata conoscenza della lingua ed il progetto di emigrazione di questo gruppo etnico, apparentemente poco incline all'integrazione, ha fatto sì che finora i servizi abbiano svolto un ruolo marginale nell'accompagnamento al parto ed alla nascita dei bambini cinesi e dei loro genitori.

Da queste considerazioni è scaturito il progetto di avviare un percorso nascita appositamente costruito sui bisogni delle donne cinesi.

Grazie all'esperienza acquisita nei precedenti percorsi per donne straniere, in particolare quello rivolto alle donne arabe, abbiamo proposto degli incontri di gruppo aperti sui contenuti della gravidanza, della nascita, della contraccezione, dell'accudimento e della crescita dei bambini.

La mediatrice linguistico culturale è stata tramite fondamentale dell'incontro con le donne e dell'interpretazione dei loro bisogni.

Nel gruppo di lavoro multiprofessionale abbiamo discusso in progress le proposte che via via sottoponevamo al gruppo e le ipotesi di conduzione.

Punto di forza dell'adesione all'esperienza è stato il dedicare una parte dell'incontro all'apprendimento della lingua e delle parole italiane attinenti alla nascita. Inoltre (come per gli altri corsi nascita) è stata effettuata una visita alle strutture ospedaliere che ha permesso una visualizzazione concreta del percorso ed una conoscenza

diretta degli operatori sanitari che le donne avrebbero potuto incontrare al momento della nascita dei loro bambini.

L'adesione è stata buona e numerosa. La partecipazione ha, come sempre succede, già corretto alcuni nostri stereotipi; le richieste delle donne sono state numerose; la fiducia e l'interesse alla conoscenza dei servizi molto alta.

Pur essendo ancora una situazione sperimentale, i buoni risultati ci incoraggiano a proseguire su questo percorso e a perfezionarlo ulteriormente.

Approccio al counseling interculturale nella gestione del pregiudizio

C. Gradellini, G. Artioli

Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova – Reggio Emilia

L'importante incremento del fenomeno migratorio in Italia, negli ultimi anni, stimola a riflessioni sulla necessità di nuove modalità assistenziali e sull'esigenza di definire un approccio di counseling interculturale utile all'infermieristica.

Nella relazione di aiuto infermiere-utente immigrato uno dei problemi principali è rappresentato dal pregiudizio, che rischia di innalzare barriere con conseguenze negative sui livelli essenziali di assistenza: vengono messi in discussione il principio di dignità umana, il principio di equità di accesso e quello di qualità e appropriatezza delle cure.

Il pregiudizio è inevitabile e scaturisce dalla propria cultura di appartenenza, dal sistema politico sociale, da quanto appreso, dal sentito e risulta essere una forma di difesa nei confronti della diversità. La gestione del pregiudizio diventa essenziale alla relazione di aiuto e alla presa in carico.

L'utilizzo del counseling nella relazione interculturale favorisce la gestione del pregiudizio attraverso lo sviluppo di consapevolezza, applicando un percorso articolato in tre fasi fondamentali: riconoscimento, identificazione ed integrazione.

In un'ottica di abilità di counseling, riconoscere il pregiudizio significa darsi il permesso di provarlo. Fare 'insight' del pregiudizio, entrare cioè nella relazione tenendolo accanto con consapevolezza, permette di essere autentici nella relazione, anche in un contesto o situazione non facilmente condivisibili. Identificare il pregiudizio significa capire da dove viene, nella consapevolezza che ogni società genera i propri canoni di pregiudizio. Fare integrazione, infine, implica inserirlo nei propri codici valoriali, dandosi il permesso di non essere perfetti in quanto si prova pregiudizio. In questo modo si sviluppa consapevolezza dello stesso, che è già di per sé una gestione, poichè impedisce l'acting, permettendo una relazione efficace. L'insight del pregiudizio sviluppa la capacità di praticare e offrire ascolto attivo e di riscoprire l'altro attraverso il suo racconto, offrendogli la possibilità di essere sé stesso. Poiché non si diventa competenti di una cultura che non è la propria, il soggetto ne diventa l'unico esperto, soprattutto in quel contesto di meticcio culturale che si realizza all'immediato arrivo nel nuovo paese. L'ascolto implica una totale attenzione all'altro, non solo al significato razionale del messaggio, ma soprattutto al modo in cui viene espresso. Insieme all'autenticità, l'ascolto diventa chiave d'accesso all'altro e alla sua unicità, poichè permette di porsi domande, anziché giudizi e di scoprire le differenze con rispetto.

Bibliografia

Aime Marco, *Eccessi di culture*, Einaudi Editore, Torino, 2004

Artioli G., Montanari R., Saffioti A., *Counseling e professione infermieristica*, Carocci Faber Editore, Roma, 2004

Di Fabio Annamaria, *Counseling*, Giunti Editore, Firenze-Milano, 1999

HIV, Malattie Sessualmente Trasmesse, e Tubercolosi: l'impiego di indicatori per valutare efficienza ed efficacia di un Ambulatorio dedicato a Popolazione Migrante

M. Busso, Z. Silvia, P. Leoncini, B. Mamone, D. Matar, M. Shenouda, S. Schincaglia, I. Colombraro, E. Prezioso, R. Milano*, M.L. Soranzo.

Ambulatorio Migrazione e Salute (MiSa), *Laboratorio di Microbiologia, Ospedale Amedeo di Savoia (OAS), ASL 3, Torino.

Introduzione: La gestione di HIV/MST/TB in popolazione migrante a rischio necessita modelli operativi efficaci, efficienti, operatori di professionalità diverse, per ottenere interventi incisivi sulla riduzione del rischio. L'impiego di indicatori quali-quantitativi efficienti è un punto cardine per monitorare i risultati delle strutture dedicate e per delineare Linee Guide comuni.

Obiettivo: Definire e valutare l'impiego di indicatori di efficienza/ efficacia per monitorare l'attività di un Ambulatorio dedicato alla gestione HIV/MST/TB in Popolazione Migrante (MiSa).

Metodologia: il percorso del paziente al MiSa prevede accoglienza, pre counseling, screening HIV/MST/TB, rivalutazione clinica e post counseling (in un'unica seduta), interventi di educazione/ sensibilizzazione e di supporto psicologico se necessario. Lo staff multidisciplinare (medico, biologo, psicologo, mediatore, infermiere) valuta la propria attività raccogliendo i seguenti indicatori in un Report riferito periodicamente alla Direzione Sanitaria.

- Attività clinica: N° pazienti (età, sesso, provenienza); N° visite infettivologiche/ follow up HIV, TB, MST, HBV, HCV, altro.
- Diagnostica immediata: N° esami (ematociti, urine, batterioscopico vaginale/uretrale, altro); prevalenza/ incidenza; sensibilità/ specificità (se, sp) vs. gold standard: Laboratorio Centrale OAS; % ritiro risultati in un'unica seduta.
- Counselling e formazione: N° e durata interventi, (area di provenienza); tipologia (riduzione del rischio, aderenza ARV/TB, educazione sanitaria, altro).
- Sportello psicologico: N° e durata colloqui/ pazienti seguiti, (problematiche prevalente, strategia e modalità di intervento)
- Formazione/ revisione operatori: sintesi argomenti trattati nelle riunioni di staff, programmazione futura

Risultati e conclusioni: Nel periodo 01/07/05 – 31/12/2005 sono stati seguiti 478 pazienti (52% Africa SS, 15% Nord Africa, 19% Est Europa, 39% Sudamerica), per un totale di 1262 visite infettivologiche, 990 esami rapidi, (attendibilità media per HIV/MST: se=95%, sp=99%), 1772 interventi di counselling/ formazione, 54 colloqui psicologici. Rispetto al primo semestre 2005 si evidenzia l'incremento del 23% dell'affluenza e del 16% dell'attendibilità diagnostica. I dati di counseling ed dello sportello psicologico sono punto di partenza per le future valutazioni. Gli indicatori sono utili soprattutto per la valutazione di efficacia del servizio, mentre è necessario identificare migliori misure di efficienza (% reclutamento partner, riduzione dei fattori di rischio). Il Report, sarà impiegato anche fuori dal contesto ospedaliero, nell'attività ambulatoriale presso i Centri di Accoglienza per immigrati, per interventi di riduzione del rischio direttamente sul territorio.

Trauma e malattia

B. Mamone

Ambulatorio Migrazione e Salute, Ospedale Amedeo di Savoia, Torino

All'interno dell'ambulatorio Migrazione e Salute, dal mese di giugno 2005 è stata istituita la presenza dello psicologo, che oltre che occuparsi di prevenzione e comportamenti nell'ambito delle infezioni sessualmente trasmesse, ha inaugurato uno sportello a bassa soglia di accesso per i pazienti che afferiscono alla struttura.

Dopo una valutazione della situazione, la modalità di intervento si diversifica in trattamento breve focalizzato individuale e di coppia o familiare e trattamento a lungo termine psicoterapico. Alle volte ci si limita ad una sola consulenza. Le strategie di intervento pertanto possono posizionarsi su un versante supportivo, di analisi dei comportamenti o esplorativo in base alla motivazione, bisogni e capacità di analisi del paziente.

L'invio alla consultazione psicologica può essere effettuato dal medico, dal mediatore culturale e dall'infermiere. Alcune situazioni necessitano di un intervento immediato, mentre laddove sia programmabile è possibile un approfondimento del caso e delle ragioni dell'invio stesso.

Nella quasi totalità dei casi, la presa in carico è avvenuta per rispondere all negazione e non accettazione del HIV/AIDS, con conseguente rifiuto e resistenza all'assunzione delle terapie farmacologiche.

Ciò che emerge da una prima analisi, non avendo al momento valore statistico dato l'esiguo numero di pazienti trattati, è che la malattia si riconnette ad un vissuto di trauma, precedente all'arrivo in Italia o legato alla spinta migratoria, che ha forma concreta e tangibile inserendosi nel tessuto familiare e/o sociale. La vergogna, i senso di colpa, l'impossibilità di collocare la malattia nel proprio sistema culturale e di valori, la percezione di una meritata punizione appesantiscono l'esperienza rappresentandola in tutta la sua complessità.

La tesi che si vuole sostenere, al di là degli ultimi elementi citati già noti in letteratura, è il parallelismo esistente fra il confronto e l'elaborazione del vissuto traumatico e della malattia. Tale dato si propone attraverso l'utilizzo del materiale onirico portato spontaneamente dal paziente e quindi stimolato nella riproposizione dal terapeuta. Il sogno disegna un quadro della situazione psichica attuale della persona, introducendo anche elementi che danno un'indicazione della direzione terapeutica da seguire.

Il soggetto in quanto culturalmente determinato si inserisce in una narrazione simbolica che ha una sua specificità e che lo riconnette con il luogo delle proprie origini, facendo in seduta, a vari livelli di profondità in base al tipo di trattamento impostato, una rivisitazione dei nuclei conflittuali bloccanti la possibilità stessa di un accesso alle cure. Questo è un primo elemento che permette di ridisegnare una geografia e di ricollocare l'individuo nel tessuto umano e sociale. D'altro canto i contenuti emergenti forniscono una definizione per immagini del vissuto di malattia

che, appunto, si intreccia con il vissuto traumatico originario. Insomma l'infezione appare come riedizione dell'esperienza traumatica, sia nelle strategie comportamentali adottate per farvi fronte sia nella modalità stessa del contagio.

E' bene sottolineare che in molti casi questo lavoro di ricostruzione e riconnessione avviene attraverso una modalità puramente descrittiva e narrativa e non interpretativa, nel rispetto della persona, delle sue aspettative e possibilità.

In uno dei casi trattati, è particolarmente visibile quanto, sgomberato il campo dalla sovrapposizione trauma-malattia, sia stato possibile affievolire le resistenze all'assunzione del farmaco e la sintomatologia connessa.

Dalle Ande agli Appennini, il viaggio della nostalgia

R. Marchetti

Sociologa volontaria c/o la Caritas Diocesana di Roma area Sanitaria

Abstract

Il target qui indagato, è stato estrapolato da un campione casuale semplice, analizzato in un'indagine conoscitiva, riservata agli immigrati afferenti al poliambulatorio della Caritas sito in via Marsala a Roma.

La totalità del campione è costituita da soggetti perlopiù irregolari, che pur svolgendo un'attività in un contesto lavorativo del sommerso, si sono adeguatamente inseriti nel paese ospitante, sia nel settore lavorativo sia relazionale. Durante la rilevazione effettuata con questionario preconstituito, sono state prese in considerazione anche 13 esperienze di vita, raccontate da donne amerinde.

Da un attento esame di questi racconti, si nota la comune presenza del sentimento della nostalgia, in primis per i propri figli e familiari, poi per tutto ciò che si sono lasciate dietro, del desiderio mal celato di un possibile ritorno, anche se quest'ultimo andrà poi correlato anche ad una prospettiva di vita, in condizioni migliori rispetto al passato.

Perché questa precisazione sulla presenza femminile nel popolo dei migranti?

Quando si parla di migrazione, il fenomeno viene omologato nella genericità del termine maschile, senza tener conto che circa la metà dell'intero universo migratorio è composto da donne, che spesso lasciano i propri figli, la loro casa, la loro terra, per rincorrere il sogno di una vita migliore.

Una ricerca spesso disperata per quella possibilità difficile da avere, spesso solo una chimera impossibile da raggiungere, la buona occasione improponibile da realizzare nella realtà poi vissuta.

La presente comunicazione è dedicata a queste donne coraggiose, appartenenti ad una cultura meno affaccendata della nostra, ed abituate al trascorrere del giorno in modo armonico e ricco di rapporti faccia a faccia; un'armonia, che nel proseguo del tempo, qui da noi, sarà ben presto disattesa.

Questi esempi di donne immigrate, appartenenti alla fascia lavorativa specifica della manovalanza, indicano senza dubbi, coraggio ed iniziativa non comuni, qualunque sia poi l'esito della migrazione, ed è per questo che meritano rispetto e partecipazione per loro scelte non facili da proporsi, ma ancor più difficili da attuarsi.

Materiali e Metodi

Le donne immigrate qui citate, con i loro racconti fedelmente trascritti in questa comunicazione, fanno parte di un campione casuale semplice esaminato in una ricerca molto più ampia, che ha avuto come oggetto di studio "L'alimentazione negli immigrati", già presentato nel precedente Consensus.

Il tema di questo scritto, riferito al sentimento della nostalgia, è stato inserito nel progetto di studio, quando si è cominciato a rispondere al questionario sopra citato, nella parte riguardante appunto l'alimentazione materno-infantile

Le testimonianze riportate, sono state raccolte presso il poliambulatorio della Caritas Diocesana di Roma, alla sola presenza del rilevatore per quanto riguarda persone estranee al soggetto intervistato, ciò per ovviare: sia possibili reticenze da parte di chi in quel momento parlava di sé, delle proprie speranze ed anche delle proprie disillusioni; sia in ottemperanza ai dettami di un'etica professionale che impone il rispetto della privacy, qualunque sia la circostanza in cui si svolge la ricerca.

Si sono avute delle difficoltà di natura linguistica e semantica nella comunicazione durante i colloqui tra ricercatore/paziente, alcune volte superate riducendo gli elementi comunicativi ad una estrema semplificazione supportata anche da risposte istintive e gestuali.

Le donne presenti in questo scritto parlano tutte lo Spagnolo. Il colloquio proferito lentamente con qualche aggiunta di vocaboli in Italiano, si è svolto in modo lineare, senza sfumature simboliche e/o metaforiche difficilmente comprensibili a chi appartiene a culture altre, divenendo il tutto più comprensibile da ambo le parti.

Due casi “complicati” di Tuberculosis.

S. Marchetto, S. Paganelli, L. Bianchi, N. Battiglia, E. Sieni, C. Menicalli, G. Veneruso, G. Salvi, L. Galli, C. Adami Lami.

Clinica Pediatrica I, Dipartimento di Pediatria, Università degli Studi di Firenze, Firenze.

Il bambino immigrato permette al medico di confrontarsi con patologie ancora troppo spesso sottovalutate. La tubercolosi, in particolare, presente anche tra i bambini italiani, si manifesta in tutta la sua eterogeneità clinica e con quadri complicati più frequentemente tra i ragazzi immigrati, che spesso hanno contratto l'infezione numerosi anni prima nel proprio Paese di origine.

L. è nata in Costa d'Avorio ed è giunta in Italia insieme alla famiglia all'età di sei anni. La bambina non ha presentato importanti problemi di salute fino all'età di tredici anni, quando compare febbre per due giorni a cui segue tosse produttiva con escreato talvolta striato di sangue. Per la presenza di dispnea L. viene condotta al Pronto Soccorso dove una radiografia del torace evidenzia un versamento pleurico a carico dell'intero emitorace destro, associato a sbandamento mediastinico contro-laterale (Figura 1). Gli esami ematici mostrano la presenza di leucopenia (globuli bianchi 3700/mmc, v.r.5000-15000) ed incremento della proteina C reattiva (3,05 mg/dL v.r. < 0.5 mg/dL). In attesa di ulteriori accertamenti viene iniziata una terapia antibiotica con Ceftriaxone e Ciprofloxacina senza miglioramento della sintomatologia. La sierologia per HIV, Legionella, Rickettsia, Chlamydia, Brucella, Mycoplasma, VRS, Adenovirus e le sierodiagnosi non mostrano la presenza di infezioni acute in atto. L'intradermoreazione di Mantoux risulta positiva (12 mm) a 48 e 72 ore.

L'emocoltura e l'escreato per aerobi, anaerobi, miceti e Mycobacterium tuberculosis sono negativi.

La TC del torace con m.d.c. (Figura 2) evidenzia un versamento pleurico e bolle gassose diffuse a destra (idropneumotorace) con pleura ispessita e con setti. Opacità parenchimale del lobo inferiore e medio di destra. Ilo omolaterale globoso in cui si apprezza voluminoso linfonodo (4 x 3.5 x 2 cm).

Durante il ricovero si rendono necessarie tre toracentesi, con aspirazione di circa 3000 mL complessivi di liquido pleurico siero-ematico. L'esame chimico-fisico risulta: colore giallo, cellule 110/mL, proteine 5,1 g/dL, glucosio 83 mg/dL, acido lattico 21,7 mg/dL. L'esame batterioscopico, colturale e la polymerase chain reaction (PCR) per Mycobacterium tuberculosis sono tutti negativi.

Dopo tre giorni dall'introduzione della terapia antitubercolare (Isoniazide, Rifampicina, Pirazinamide ed Etambutolo) e cortisone (Prednisone) la bambina si sfebbra e le sue condizioni migliorano progressivamente. Durante gli otto mesi successivi L. esegue esami ematici e radiografie del torace di controllo che evidenziano una progressiva normalizzazione dei reperti, fatta eccezione per esiti pleuritici a carico del seno costo-frenico destro.

Qualche mese prima si era presentato alla nostra attenzione un bambino rumeno di circa quattro anni con caratteristiche cliniche e radiologiche analoghe al caso precedente. In tale occasione l'intradermoreazione di Mantoux era negativa, mentre era risultato positivo per *Mycobacterium tuberculosis* (durante la quinta settimana d'incubazione) l'esame colturale del liquido pleurico.

In considerazione del fatto che in corso di pleurite tubercolare l'intradermoreazione di Mantoux può risultare negativa, così come la PCR (50% dei casi) e l'esame colturale (23-67% dei casi) del liquido pleurico, ancora oggi tale patologia deve essere sospettata e talvolta iniziata una terapia specifica, anche sulla base delle caratteristiche cliniche e della non risposta ad una terapia antibiotica a largo spettro.

Figura 1

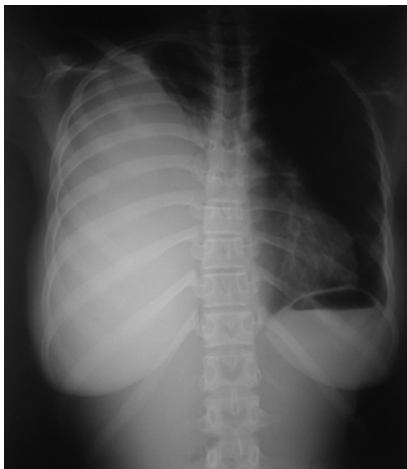
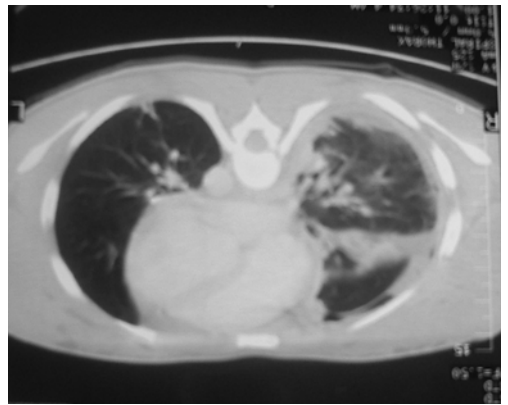


Figura 2



Rom W.N, Garay S.M. Tuberculosis. Lippincott Williams e Wilkins. Second edition.

Pazienti immigrati in condizioni di particolare disagio sociale ed utilizzo del SSN: esiti della costruzione di un percorso organizzativo per l'accesso ai servizi diagnostici

M.D. Monteduro*, S. Bruno*, S. Donno*, S. Geraci[^], B. Federico^o, A. Oryakhail*, G. Damiani*, G. Ricciardi*

* Istituto di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

[^] Caritas Diocesana di Roma, Area Sanitaria

^o Cattedra di Igiene, Facoltà di Scienze Motorie, Università degli Studi di Cassino

Introduzione

L'immigrazione in Italia viene ormai considerata un fenomeno stabile che va assumendo un aspetto più strutturato nella realtà italiana. I legislatori hanno delineato politiche di controllo migratorio più rigide, ma in ambito sanitario hanno definito politiche di tutela per gli irregolari. Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 prevede, tra gli Obiettivi Generali, la salute degli immigrati ed analizza le difficoltà dello straniero, evidenziando che i servizi sanitari mostrano “una sostanziale mancanza di elasticità dell'offerta di servizi, a fronte dei nuovi problemi di salute di questi nuovi gruppi di clienti”.

Nell'ambito di un progetto di ricerca finalizzato ad un'indagine siero-epidemiologica nei confronti di alcune malattie infettive prevenibili con vaccinazione obbligatoria in Italia, è stata svolta una valutazione degli esiti della costruzione di un percorso organizzativo per facilitare l'accessibilità ai servizi diagnostici del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in un campione di immigrati in condizioni di irregolarità giuridica.

Materiali e metodi

Il poliambulatorio della Caritas e l'Istituto di Igiene dell'UCSC hanno realizzato un percorso che, dal primo contatto col paziente, conduce fino alla definizione delle caratteristiche sierologiche del soggetto nei confronti di Poliovirus 1, 2, 3, Epatite B, Difterite, Tetano e Rosolia (solo nelle donne in età fertile) e all'eventuale vaccinazione.

Sono stati identificati i principali passaggi:

- accettazione paziente alla Caritas
- informazione finalità del progetto (tramite medici) e caratteristiche percorso (distribuzione depliant illustrativo) e raccolta consenso informato (scheda tradotta in 8 lingue)
- accettazione paziente nella struttura del SSN per gli accertamenti specifici
- erogazione prestazione
- consegna referti tramite medici Caritas
- offerta eventuali vaccinazioni presso le strutture pubbliche

Sono state elaborate statistiche descrittive per la comprensione del dato di compliance del campione arruolato dal 17/05/2004 al 7/12/2005.

Risultati

666 soggetti hanno aderito al programma (età media 37,5 anni, di cui il 37,2% sono uomini, il 62,8% donne). 418 hanno raggiunto i servizi di diagnosi del SSN (compliance 62,8%), di cui 15,9% sudamericani, 24,0% asiatici, in maggioranza cinesi (16,6%), 45,9% dell'Europa dell'Est, 14,2% africani. L'analisi statistica ha evidenziato che l'età influenza il dato di compliance: i soggetti di < 36 anni mostrano una compliance del 59,0%, contro il 66,0% dei pazienti > 36 anni. Questa differenza permane anche stratificando il campione per genere, stato civile, scolarità e tipologia di visita effettuata. Tra i soggetti dell'America centro meridionale hanno una maggiore adesione allo studio se di età < 36 anni (73,5%), rispetto a quelli di età maggiore (54,6%). Anche la permanenza in Italia influenza il comportamento nei confronti dei Servizi Sanitari Pubblici: infatti, i soggetti che sono in Italia da prima del 2002 hanno una compliance del 66,3%, mentre coloro che sono arrivati in Italia dal 2004 in poi raggiungono il 60,0%.

Conclusioni

Si nota un mancato accesso ai servizi sanitari per alcuni dei soggetti seguiti, verosimilmente legata a situazioni contingenti, quali il lavoro precario, oppure a motivi economici o culturali, quali la scarsa conoscenza dei diritti riguardanti la salute o l'insufficiente condivisione di logiche preventive. Fattori riconducibili a problematiche interne all'organizzazione delle strutture sanitarie, quali difficoltà linguistiche ed i percorsi interni alla struttura ospedaliera possono contribuire ad ostacolare l'accesso ai servizi sanitari.

L'assistenza infermieristica pediatrica dedicata ai neonati e alle madri di tutto il mondo

M. Germano, M. Zaffaroni, G. Bona

Clinica Pediatrica di Novara - Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro"

I flussi migratori degli ultimi anni hanno favorito la crescita di un nuovo settore infermieristico dedicato agli aspetti culturali dell'assistenza e finalizzato al soddisfacimento ottimale dei bisogni di salute dell'utente.

L'infermiere è l'operatore sanitario che più di ogni altro si trova quotidianamente a gestire i conflitti culturali dei pazienti: oggi, più che in passato, la questione "multiculturalità" è diventata un problema con cui ci si deve confrontare per trovare risposte adeguate e per rimuovere gli ostacoli dovuti alle differenze culturali.

La fase dell'accoglienza in reparto rappresenta il primo impatto che l'utente immigrato ha con la struttura ospedaliera e l'infermiere pediatrico deve pertanto saper adeguarsi a modi diversi di concepire ogni piccola cosa, non dando mai nulla per scontato, e tenendo conto dell'incognita che l'elemento umano costituisce.

È fondamentale, quindi, impostare da subito una relazione d'aiuto basata sulla conoscenza ed il rispetto delle peculiarità religiose ed etniche dell'utente, evitando per quanto possibile, fraintendimenti ed incidenti culturali. L'infermiere incontra spesso numerose difficoltà a comprendere, rispettare e soprattutto riconoscere le pratiche culturali delle tradizioni straniere. Da questo derivano i problemi di comunicazione, che spesso vanno al di là della lingua parlata, ma rischiano di concretizzarsi in un fallimento della relazione d'aiuto. Gli strumenti più importanti che utilizza l'infermiere, per costruire una relazione terapeutica interculturale, sono la comunicazione, l'ascolto e l'osservazione.

L'infermiere Pediatrico, in particolare nei reparti di neonatologia e maternità del Dipartimento Materno-Infantile, è una figura professionale caratterizzata da particolari responsabilità: l'assistenza centrata sul bambino coinvolge tutta la famiglia, e diventano, quindi, di basilare importanza la relazione, la cultura e i valori del nucleo familiare. La famiglia svolge, infatti, un ruolo molto importante per l'assistenza, poiché, grazie ai familiari, è possibile ottenere un gran numero di informazioni utili all'individuazione dei bisogni dell'utente ed alla formulazione di obiettivi assistenziali.

L'infermiere pediatrico deve dare supporto e sostegno soprattutto alla madre, esposta al rischio di diventare fragile e ansiosa, e tutelare il rapporto mamma – bambino, al fine di evitare che si creino distorsioni nella loro relazione a causa dell'ospedalizzazione. È, quindi, importantissimo riconoscere i bisogni culturali e religiosi della madre e permetterle di eseguire tutti i riti e le preghiere necessarie alla salute psichica sua e del bambino, nel rispetto delle leggi vigenti nel nostro territorio.

Per fornire un'adeguata assistenza alle donne straniere e, di conseguenza ai loro bambini, sono sufficienti piccoli accorgimenti dedotti dall'osservazione e da una basilare conoscenza della cultura del soggetto. Il ruolo di mediazione culturale

dell'infermiere pediatrico, nonostante la sua complessità ed importanza, è generalmente misconosciuto ed affidato alla volontà ed all'interesse del singolo. È assolutamente necessario agevolare lo sviluppo di una mentalità multietnica che garantisca il rispetto delle diverse culture, al fine di ottenere una vera integrazione sociale e culturale. Considerando lo stretto rapporto che l'infermiere pediatrico instaura con il nucleo familiare, la sua formazione professionale e le capacità di comunicazione in campo transculturale assumono un ruolo fondamentale.

L'eccesso ponderale tra i bambini immigrati nella realtà novarese.

A. Petri, M. Zaffaroni, M. Ferraris, S. Savastio, S. Sogni, F. Zanetta, S. Bellone, I. Stucchi, G. Bona.

Clinica Pediatrica di Novara- Università del Piemonte Orientale “Amedeo Avogadro”.

Negli ultimi decenni si è assistito ad un aumento generalizzato della prevalenza dell'obesità non solo nei Paesi industrializzati, ma anche in quelli in Via di Sviluppo. Un fenomeno per noi rilevante è rappresentato dall'obesità nel bambino immigrato: analogamente agli altri Paesi occidentali, anche in Italia si è assistito ad un progressivo aumento del numero di bambini stranieri con eccesso ponderale parallelamente all'aumento del flusso migratorio. Considerando la casistica del Centro di auxologia ed endocrinologia della Clinica Pediatrica di Novara, su 492 bambini seguiti per eccesso di peso, 24 (4,9%) sono stranieri. Questo valore riflette gli ultimi dati ISTAT relativi ai minori stranieri in Italia, che rappresentano infatti il 5% della popolazione infantile. La consulenza specialistica per sovrappeso tra gli immigrati sembra essere vicina ai valori attesi e ciò può essere in parte spiegato con una crescente integrazione degli stranieri nella società italiana che hanno una sempre maggior fruibilità dei servizi sanitari, in parte con il costante incremento della popolazione di bambini di origine straniera dovuta all'immigrazione per ricongiungimento del nucleo familiare, all'aumento del numero di nuovi nati da genitori immigrati, ai bambini provenienti da Paesi in Via di Sviluppo adottati da famiglie italiane. Secondo i dati ISTAT, gli stranieri provenienti dall'Africa costituiscono ancora il gruppo più numeroso di immigrati, ma negli ultimi anni gli ingressi dall'Est europeo sono divenuti sempre più rilevanti, mentre le percentuali di asiatici e americani non sono variate in modo significativo. Questo trend si riflette anche negli accessi al Centro di Novara, in quanto, tra i bambini stranieri con eccesso ponderale il 37,5 % è originario del Nord Africa e il 25 % proviene dall'Europa dell'Est. La percentuale prevalente di bambini nord africani può essere dovuta ad una migliore integrazione di tali popolazioni nella società italiana, probabilmente perchè presenti da più tempo nel nostro Paese. I bambini nord africani, infatti, sono ben integrati nelle scuole e hanno ormai acquisito le abitudini alimentari dei Paesi occidentali, prediligendo spesso cibi ricchi di grassi e di scarso valore nutrizionale, che rappresentano uno dei principali fattori di rischio per obesità. A ciò possono aggiungersi fattori di rischio genetici: secondo la teoria del thrifty gene, alcune popolazioni migrate in società industrializzate potrebbero essere predisposte all'obesità per meccanismi di selezione genetica. L'eccesso ponderale nel bambino immigrato appare perciò un aspetto in crescita al quale il Sistema Sanitario Nazionale deve far fronte. I dati disponibili sono comunque confortanti: le nostre osservazioni sembrano indicare un aumento della sensibilizzazione delle famiglie verso questo problema di salute, dell'attenzione dei medici di base e scolastici nei confronti dell'obesità infantile e della disponibilità di servizi di auxoendocrinologia pediatrica.

DIABETE MELLITO TIPO 1 NEI BAMBINI DI ORIGINE STRANIERA. ETA' DI ESORDIO E MIGRAZIONE

F. Cadario, M. Zaffaroni, A. Perino, F. Cerutti *, G. Bona
Clinica Pediatrica di Novara – Università del Piemonte Orientale “A. Avogadro”
Dipartimento Scienze Pediatriche e Adolescenza - Diabetologia Pediatrica, Università
di Torino

Negli ultimi dieci anni il Diabete Mellito Tipo 1 (DMT1) ha avuto un incremento d'incidenza in tutti i Paesi Occidentali, in particolare nella popolazione pediatrica d'origine straniera.

L'immigrazione da Paesi in Via di Sviluppo (PVS) verso Paesi industrializzati modifica rapidamente le condizioni ambientali e le abitudini di vita delle persone migranti, e questo potrebbe essere associato ad un'età più precoce d'esordio di DMT1. Uno studio precedente ha evidenziato che su 5718 bambini diabetici seguiti in 47 Centri Diabetologici Pediatrici Italiani, 195 (3%) erano soggetti provenienti da Paesi in via di Sviluppo o nati in Italia da genitori immigrati. Questo lavoro ha dimostrato che nei bambini diabetici nati in Italia da genitori immigrati l'età di esordio è significativamente più bassa, rispetto a quelli nati nei PVS e immigrati dopo la nascita: nei primi l'età media di esordio è 4.0 anni, mentre in quelli nati nei PVS è 7.9 anni ($p < 0,001$).

L'esordio del DMT1 più precoce nei bambini nati in Italia da entrambi i genitori immigrati (3.8 anni), potrebbe essere determinato dagli stessi fattori ambientali che determinano l'abbassamento dell'età di esordio della malattia nel mondo, ma con un maggior effetto sugli immigrati rispetto alla popolazione indigena, perché in questi ci sarebbe stato un processo di “adattamento” ambientale. L'età intermedia d'esordio del DMT1 in bambini nati da famiglie miste risulterebbe da interazione tra fattori genetici e ambiente: l'età d'esordio di DMT1 è ancora più precoce quando riguarda bambini che hanno entrambi i genitori non italiani, rispetto a quelli con un solo genitore immigrato (quando questo è il padre, l'età media di esordio è 2.9 anni). I bambini immigrati nel primo anno di vita hanno un'età media all'esordio di DMT1 di 9.1 anni, mentre l'età media d'esordio dei bambini italiani è 6.6 anni.

Il cambiamento dello stile di vita o la dieta può incidere sull'età d'esordio del DMT1 durante la gravidanza o precocemente dopo la nascita, anticipandola nei bambini nati in Italia da genitori immigrati. Il miglioramento delle condizioni igieniche ha anticipato l'esordio di DMT1 nei bambini immigrati. Un esordio precoce di DMT1 potrebbe essere correlato a fattori di rischio ambientali che scatenerebbero una precoce autoimmunità verso le beta cellule pancreatiche; altri fattori di rischio potrebbero essere le abitudini alimentari nella prima infanzia quali l'assunzione precoce di glutine, l'introduzione di proteine del latte vaccino, l'assunzione di cibi ricchi in proteine e nitrosamine e l'inadeguata assunzione materna di Vitamina D. In entrambi i gruppi presi in esame, sia quello dei bambini immigrati nati in Italia sia quello dei bambini immigrati giunti nel nostro Paese dopo la nascita, erano stati simili l'allattamento al seno, la durata dell'allattamento e l'età allo svezzamento.

Al momento attuale è difficile quindi valutare il ruolo giocato dalle variazioni ambientali, alimentari che possono correlarsi ad una maggior frequenza di DMT1 nei bambini

d'origine straniera immigrati in Italia e all'esordio più precoce della malattia nei bambini nati in Italia da genitori immigrati rispetto alla popolazione italiana. Ulteriori studi sono necessari al fine di valutare se ci sono correlazioni tra esordio precoce di DMT1 e fattori prenatali che possono agire già durante la gestazione nelle madri straniere immigrate, come ad esempio, una ridotta tolleranza glucidica della gestante sottoposta ai cambiamenti dietetico- alimentari che la migrazione impone.

Prevalenza di malattie a trasmissione verticale nei bambini nati a Novara negli ultimi 5 anni con genitori italiani o immigrati.

S. Mura, M. Zaffaroni, V. Balossini, D. Avanzo, M. Ferraris, S. Zanetta, G. Bona.
Clinica Pediatrica di Novara - Università del Piemonte Orientale “A. Avogadro”

La presenza in Italia di un numero sempre crescente di persone immigrate da Paesi in Via di Sviluppo (PVS), è correlata a significative variazioni della società quali: andamento demografico, aspetti socio-culturali e richiesta di assistenza sanitaria. Negli ultimi anni, in particolare, si è osservato un costante e progressivo aumento di bambini nati da genitori immigrati da PVS.

Nel quinquennio 2001-2005 dei 7.740 bambini nati a Novara, 1.279 avevano genitori di origine straniera. I figli di immigrati in questi ultimi anni hanno presentato un costante incremento fino a raggiungere nel 2005 il 20% sul totale dei nati. Rispetto ai neonati italiani, i bambini stranieri presentano maggior rischio di morbilità sia in relazione alla maggior frequenza di nascite pretermine e di asfissie neonatali, sia per quanto riguarda alcune malattie infettive a trasmissione verticale, in particolare HBV, HCV, HIV e Lue.

Nel presente studio è stata valutata la prevalenza di malattia a trasmissione verticale in tutti i nati a Novara negli ultimi 5 anni analizzando in particolare l'incidenza nei bambini italiani e nei bambini con genitori provenienti dai diversi paesi.

HBV - Negli ultimi cinque anni 69 bambini sono nati da madre HBsAg+ con una prevalenza dello 0,89% sul totale dei nati; le madri di 41 di questi bambini provenivano da PVS (per la maggior parte da paesi africani e dell'est-europa), pari al 3,20% di tutti i neonati stranieri. Tutti i bambini nati da donna HBV+ hanno ricevuto immunoprofilassi passiva con Ig specifiche e sono stati inseriti nel programma vaccinale con la schedula a 0, 1, 2 e 10 mesi.

HCV - Sono stati registrati 23 bambini nati da madre HCV-RNA+; la madre di 4 bambini proveniva da PVS. Tutti i neonati sono stati sottoposti a follow-up prolungato; attualmente soltanto in un bambino italiano è stata accertata la trasmissione verticale del virus.

HIV - Nello stesso periodo di 5 anni sono nati a Novara 5 bambini da madre sieropositiva per HIV che rappresentano lo 0,06% sul totale dei nati: 3 bambini erano figli di italiani e 2 di madre immigrata da PVS (Africa sub-sahariana).

Lue – Dal 2005 è iniziato a Novara, finanziato dalla regione Piemonte, un progetto pilota per lo screening della Lue per tutte le madri al momento del parto; in 8 mesi su 1200 puerpere, 6 sono risultate positive per Lue (0,50%); tutte provenivano da PVS (Cuba, Romania, Ghana, Senegal e 2 Marocco); solo la metà riferiva di aver ricevuto terapia prima o durante la gravidanza, le altre madri hanno scoperto di essere sieropositive solo allo screening effettuato dopo il parto. Tutti i bambini sono in follow-up e non vi sono stati casi di Lue congenita.

In conclusione nella nostra casistica abbiamo registrato che spesso ancora molte donne immigrate giungono al parto senza aver eseguito in gravidanza controlli cli-

nici, sierologici ed ecografici; in questi casi i tests sierologici eseguiti dopo il parto possono comportare, se positivi, ritardi nella diagnosi e nell'attuazione della profilassi e del follow-up del neonato. Fra i motivi di questo fenomeno vi sono la scarsa conoscenza delle strutture preposte al monitoraggio della gravidanza, le difficoltà linguistiche, la mancanza del gruppo parentale a sostegno della madre, nonché la mancanza di riferimenti culturali.

I nostri dati evidenziano che, rispetto alla popolazione italiana, le madri immigrate presentano maggior prevalenza di HBV ed HIV, mentre, per quanto riguarda le madri portatrici di virus dell'epatite C la prevalenza nelle italiane e nelle straniere risulta sovrapponibile. Significativa la prevalenza di madri sieropositive per Lue fra le straniere, dato questo che, se confermato a livello regionale, riflette un possibile ritorno della Sifilide meritevole di opportune strategie di prevenzione, in particolare nel periodo della gravidanza.

**PER PREVENIRE CARENZE NUTRIZIONALI E SQUILIBRI METABOLICI
NEI BAMBINI DI ORIGINE STRANIERA OCCORRE CONOSCERE LE
DIVERSE MODALITA' DI ALLATTAMENTO E SVEZZAMENTO NEI
PAESI IN VIA DI SVILUPPO.**

M. Ferraris, M. Zaffaroni, S. Savastio, A. Petri, V. Balossini, D. Avanzo, S. Mura,
S. Zanetta, G. Bona

Clinica Pediatrica di Novara - Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro"

L'alimentazione del lattante e quella del bambino nei primi due anni di vita rivestono un ruolo di primaria importanza per la prevenzione delle carenze nutrizionali e dei dismetabolismi. Precedenti ricerche del "Gruppo di Lavoro per il Bambino Immigrato", hanno già evidenziato come le madri straniere pongano in secondo piano le proprie tradizioni culturali e si adeguino alle abitudini alimentari della popolazione italiana per quanto riguarda le modalità di allattamento, di svezzamento e la tipologia di alimenti introdotti. E' emerso che i bambini immigrati allattati esclusivamente al seno sono in numero maggiore rispetto ai nati italiani, ma la durata di tale allattamento risulta essere inferiore rispetto ai Paesi di origine. Per quanto riguarda lo svezzamento si evidenzia una tendenza da parte delle madri a conformarsi alle abitudini italiane e a iniziarlo intorno al 5°-6° mese di vita, periodo che è comunque più precoce dei Paesi di provenienza. Analogamente si riscontrano delle variazioni significative per la tipologia di alimenti assunti: i bambini immigrati in Italia consumano maggiori quantità di carboidrati sotto forma di pasta e pane a discapito di una minore quantità di legumi e frutta fresca. E' probabile che tali cambiamenti alimentari durante la gravidanza e i primi anni di vita possano contribuire allo sviluppo di squilibri metabolici per l'interazione dei fattori ambientali con un substrato genetico differente da quello dei bambini appartenenti a Paesi industrializzati.

Da un punto di vista epidemiologico la prevalenza delle intolleranze alimentari e della celiachia è simile nei due gruppi di bambini, mentre il diabete di tipo I ha un'insorgenza più precoce negli immigrati e l'obesità è un problema emergente anche se spesso non è percepito dalle famiglie come una problematica importante per la salute del bambino. Questo dato è confermato dal fatto che gli accessi agli ambulatori specialistici per l'eccesso ponderale sono scarsi per i bambini stranieri, nonostante il loro numero sia in continuo aumento.

La Regione Piemonte ha finanziato un progetto di lavoro della Clinica Pediatrica di Novara (attualmente fase di attuazione) mirato al sostegno dell'allattamento materno esclusivo, alla conoscenza delle modalità di svezzamento e delle abitudini alimentari nelle famiglie immigrate.

A tal fine presso il reparto di neonatologia è stato attivato un ambulatorio dedicato alla promozione e al sostegno dell'allattamento materno, con particolare cura all'accoglienza delle donne straniere in difficoltà, contemporaneamente a tutte le donne immigrate che accedono ai nostri servizi viene proposto un questionario relativo alle modalità di allattamento e di svezzamento dei loro precedenti bambini.

Nel questionario è indicato per ogni figlio il luogo di nascita e il Paese in cui è avvenuto lo svezzamento e per ciascun alimento introdotto si indaga il tipo, il modo di preparazione, la modalità di somministrazione e il mese di vita a cui è stato assunto per la prima volta. Sono inoltre predisposte domande per l'approfondimento delle conoscenze sulle tradizioni relative allo svezzamento nel Paese di origine e altre per evidenziare eventuali difficoltà o problemi che ha incontrato il bambino nell'adeguarsi alla nostra alimentazione. Un elemento importante del progetto è la collaborazione attiva con le mediatrici culturali di lingua araba, inglese, cinese e albanese per permettere un'accurata raccolta dei dati anamnestici, il potenziamento dell'ambulatorio di sostegno all'allattamento e la realizzazione di materiale informativo multilingue per favorire l'accesso e l'accoglienza delle utenti straniere al servizio del Dipartimento Materno Infantile ospedaliero.

La conoscenza delle diverse modalità di allattamento e di svezzamento dei Paesi in via di sviluppo permette da un lato di mantenere anche in Italia le tradizioni culturali quando possibile e di prevenire carenze nutrizionali e squilibri metabolici nei bambini delle famiglie immigrate.

L'accoglienza in ospedale degli immigrati e dei loro bambini: il servizio di mediazione interculturale a Novara.

M. Zaffaroni, P. Martinoli, B. De Stefano, S. Xheka, M. Elia, L.S. Lin, S. Mura, D. Avanzo, V. Balossini, G. Bona.

Clinica Pediatrica – A.O. "Maggiore della Carità" di Novara

Da alcuni anni l'Italia è meta di numerosi flussi migratori provenienti da diverse zone del mondo, in particolar modo dai Paesi in via di sviluppo; tale fenomeno ha messo in evidenza la necessità di una nuova figura professionale che faciliti la comunicazione tra l'operatore e l'utenza straniera, un ponte tra diverse culture: il mediatore interculturale.

Il compito del mediatore culturale non è di semplice "traduttore" ed implica, non solo una preparazione adeguata, ma anche una particolare sensibilità e disponibilità, che conduca ad una rivisitazione del proprio essere straniero. Essi, inoltre, svolgono un ruolo fondamentale nell'aiutare gli operatori sanitari a comprendere il significato di abitudini e tradizioni lontane dalla nostra consuetudine, ma che dovrebbero essere rispettate al fine di creare un'alleanza terapeutica.

L'Ospedale di Novara si avvale da oltre due anni della collaborazione di mediatrici culturali residenti di lingua araba, albanese, cinese e inglese che prestano il loro servizio non solo nel Dipartimento materno infantile come accade in molti altri centri, ma anche negli altri reparti ospedalieri. La loro presenza quotidiana permette un'accoglienza e un'assistenza continuativa nel tempo, altrimenti non realizzabili se il loro intervento fosse richiesto solo al momento della necessità. Ogni mattina, infatti, ricevono l'elenco completo dei pazienti di origine straniera ricoverati in ospedale in modo da poter garantire loro un'accoglienza mirata che superi le difficoltà linguistiche e culturali. Uno dei loro ruoli è quello di farsi interpreti e traduttori tra l'operatore sanitario e l'utente straniero, ma anche di fornire informazioni e orientare i pazienti ai vari servizi sanitari. Il loro intervento, inoltre, permette un approccio più sereno ed efficace all'utente straniero che avverte di essere accolto, compreso e, quindi, tutelato all'interno del rapporto medico-paziente.

La diffusione di materiale informativo, tradotto dai mediatori stessi, è di fondamentale importanza, così come la consulenza che essi offrono, che facilita la comprensione di aspetti culturali e religiosi delle diverse etnie. Grazie al loro prezioso aiuto, ad esempio, gli operatori sanitari hanno imparato a conoscere le differenti tradizioni relative all'allattamento materno nelle culture straniere principali: esiste, infatti, una vasta gamma di atteggiamenti e credenze su come allattare, sulla bontà o meno del colostro, o del latte, sugli alimenti proibiti o raccomandati alle madri, sulla durata dell'allattamento, sulla relazione da tenere col bambino e sull'atteggiamento materno a seconda dello status sociale.

L'assistenza sanitaria ha il compito, quindi, di adeguarsi ad una società multietnica, in cui più culture sono chiamate a convivere e confrontarsi quotidianamente. Occuparsi di relazioni interculturali significa riconoscere e gestire i conflitti, prendere coscienza dei propri stereotipi e pregiudizi, decentrare il proprio punto di vista ed acquisire la capacità di valorizzare se stessi e gli altri; è indispensabile prestare attenzione alle peculiarità delle singole culture in relazione ad alcuni bisogni fondamentali, come la comunicazione, l'igiene, l'alimentazione e la possibilità di professare la propria religione. Assistere un paziente straniero potrebbe diventare, quindi, un momento assai complesso che implica un impegno costante e determinato, che può essere facilitato dall'intervento di mediatori culturali.

Verso una società multietnica: i neonati con genitori immigrati a Novara dal 1995 ad oggi.

V. Balossini, M. Zaffaroni, S. Mura, D. Avanzo, M. Ferraris, S. Zanetta, G. Bona.
Clinica Pediatrica di Novara - Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro"

Negli ultimi anni in Italia, a seguito dei crescenti flussi migratori, si è osservato un costante e progressivo aumento di neonati da genitori immigrati da PVS che ha portato, negli ultimi due anni, ad un'inversione di tendenza del calo demografico.

Allo scopo di conoscere le caratteristiche e gli eventuali problemi sanitari dei neonati figli di immigrati abbiamo valutato tutti i bambini nati a Novara nell'ultimo decennio.

Nel periodo considerato (1.1.1995-31.12.2005) su un totale di 15.388 neonati, 1.800 (11,7%) erano figli di persone immigrate da PVS. La percentuale di bambini di origine straniera, inferiore al 10% nel secolo scorso, ha raggiunto quasi il 20% nel 2005 (Tabella 1). Oltre l'80% dei bambini ha entrambi i genitori immigrati, in una piccola percentuale la madre straniera è sola, il restante 18% dei casi nel 2005 è figlio di coppie miste tra persone immigrate ed italiani.

Per quanto riguarda il paese di provenienza dei genitori si è osservata nella nostra città una progressiva riduzione dei neonati con genitori nomadi o provenienti dall'America Latina, mentre sono aumentate le nascite di bambini di origine albanese e nordafricana, in particolare per effetto del ricongiungimento familiare per i lavoratori regolari.

Il 68% dei bambini è nato da parto eutocico, il 32% da parto distocico o cesareo. Basse percentuali di parto cesareo sono state registrate nelle madri di origine cinese e Nomadi, mentre la maggior percentuale di parto distocico con applicazione di ventosa ostetrica si è osservata nella popolazione di madri nordafricane. Si sono verificati 12 parti gemellari.

Metà dei neonati sono primogeniti, il 14,6% dei bambini ha 2 o più fratelli. L'8,7% dei bambini con genitori immigrati è nato pretermine ($EG \leq 36^\circ$ settimana), Nomadi ed asiatici presentano la maggiore incidenza di nascite premature. Elevate percentuali di nati di basso peso sono riscontrate nei Nomadi (oltre il 20%), per contro il 12,5% dei nati da genitori provenienti dall'Europa orientale era macrosoma.

Sul totale dei bambini con genitori immigrati 69 (3,8%) sono nati da madre portatrice di Virus epatite B (in prevalenza provenienti da Est Europa ed Estremo Oriente), 5 (0,3%) da madre portatrice di HCV, 3 (0,2%) da madri sieropositive per HIV (tutte provenienti dall'Africa subsahariana), 3 (0,2%) da madri sieropositive per Toxoplasmosi in gravidanza e 9 (0,5%) da madre con pregressa Lue ma non si è verificato nessun caso di Lue congenita.

Per quanto riguarda lo stato di salute dei neonati, si sono registrate: asfissia o distress respiratorio severo nel 2,4% dei casi, MEN da isoimmunizzazione nello 0,6%. Il tasso di mortalità perinatale è stato di 8,2 casi per mille nati (6 nati morti, 4 bambini deceduti alla nascita per malformazioni gravi quali S. Down, S. Potter, ernia diaframmatica).

Da quanto osservato si può concludere che le nascite di bambini con genitori immigrati rappresentano ormai un segnale di profondo cambiamento per la nostra società, tanto che un bambino su 5 a Novara ha genitori provenienti da PVS; ciò comporta particolare attenzione per quanto riguarda l'accoglienza e l'assistenza delle madri e delle famiglie con culture molto diverse dalla nostra.

La tutela della salute materna, il monitoraggio delle gravidanze a rischio, la prevenzione delle infezioni e della asfissia perinatale possono certamente ridurre la mortalità e la morbilità dei nati da genitori immigrati in Italia.

Tabella 1: Percentuali annue di bambini nati da genitori provenienti da PVS.

ANNO	Neonati	Genitori PVS	%
1995	923	48	5,2
1996	911	44	4,8
1997	1032	77	7,5
1998	1081	82	7,6
1999	1232	109	8,8
2000	1414	154	10,9
2001	1358	151	11,1
2002	1474	208	14,1
2003	1584	281	17,7
2004	1603	302	18,8
2005	1721	337	19,6

Bassa statura nei bambini immigrati.

A. Petri, M. Zaffaroni, M. Ferraris, S. Savastio, S. Sogni, F. Zanetta, C. Muscas, I. Stucchi, A. Lapidari, G. Bona.

Clinica Pediatrica di Novara- Università del Piemonte Orientale “ Amedeo Avogadro”.

L'immigrazione in Italia è in continua e rapida espansione per effetto del costante aumento delle nascite di bambini con genitori immigrati da Paesi in via di sviluppo (PVS) e del ricongiungimento familiare.

Secondo stime dell'ISTAT, al 1 gennaio 2005 gli stranieri regolarmente presenti nel nostro Paese sono 2.740 mila, con un incremento del 6,6% rispetto al 2004. Attualmente i minori stranieri in Italia rappresentano circa il 5% della popolazione infantile e il 19% della popolazione fra gli immigrati.

Rispetto ai primi anni 90, quando la popolazione africana costituiva la maggior parte degli immigrati in Piemonte, oggi sono più rilevanti gli ingressi dall'Est europeo. Non si sono invece riscontrate variazioni significative nel numero di immigrati fra gli asiatici e gli americani.

I dati disponibili in letteratura riguardanti le malattie endocrine e metaboliche nei bambini immigrati sono pochi ed in particolare si riferiscono alla pubertà precoce: osservata in particolare in bambine adottate da PVS. Soltanto negli ultimi anni anche altre problematiche auxologiche quali sovrappeso e scarso accrescimento iniziano ad essere percepite dalle famiglie come situazioni potenzialmente patologiche. Dai dati raccolti presso il Centro di Auxologia e Endocrinologia della Clinica Pediatrica di Novara emerge che su un totale di 461 bambini seguiti per scarso accrescimento staturponderale, il 7,8% è rappresentato da stranieri, dei quali il 50% provenienti dal Nord Africa. Il deficit di ormone della crescita (GH) è una delle cause di bassa statura anche nei bambini immigrati, infatti il 6,9% dei bambini con diagnosi di deficit di GH sono stranieri. Tali percentuali risultano superiori rispetto alla percentuale di bambini immigrati nella popolazione generale. Per spiegare queste differenze si possono ipotizzare: fattori genetici e cause carenziali legate a peggiori squilibri nutrizionali. Vanno inoltre considerati il crescente accesso ai servizi da parte delle famiglie da più tempo presenti in Italia, soprattutto le popolazioni africane, indice di una migliore integrazione nella nostra società, favorita da interventi legislativi finalizzati a regolarizzare la permanenza di molti immigrati permettendo loro di usufruire a pieno del Sistema Sanitario Nazionale e l'aumento della percentuale di bambini provenienti da PVS adottati da famiglie italiane.

Tuttavia, un limite nella valutazione dei dati auxologici relativi ai bambini stranieri è rappresentato dall'uso di carte percentiliche locali, potenzialmente non adatte ad altre popolazioni. Dato il costante incremento del numero di bambini immigrati, destinato ad aumentare nei prossimi anni, riteniamo necessario disporre di auxogrammi relativi al Paese o all'area geografica di provenienza del bambino in esame.

CARTE DI CRESCITA PER I BAMBINI PROVENIENTI DALLE DIVERSE AREE GEOGRAFICHE

A. Petri, M. Zaffaroni, S. Savastio, F. Zanetta, S. Sogni, M. Ferraris, G. Bona.
Clinica Pediatrica di Novara-Università del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro".

I flussi migratori verso i Paesi Industrializzati non rappresentano più un fenomeno provvisorio e temporaneo, ma tendono a trasformare profondamente le società degli Stati ospitanti. Occorre pertanto prevedere quali siano le specifiche necessità di salute delle persone straniere per un'adeguata assistenza sanitaria e predisporre strategie di integrazione interculturale nel rispetto delle diverse etnie.

Negli ultimi anni si è assistito ad una sempre maggiore integrazione delle famiglie immigrate nella realtà italiana per effetto del progressivo incremento delle nascite di bambini di genitori stranieri e del ricongiungimento familiare di lavoratori immigrati in Italia da 5 anni.

All'inserimento sociale delle famiglie immigrate si associa una maggiore accessibilità ai servizi sanitari, all'educazione sanitaria e alla prevenzione di problemi di salute, soprattutto in ambito pediatrico, che nei Paesi di origine rivestono un ruolo di secondo piano o presentano una minor incidenza. Un esempio è rappresentato da un avvicinamento ai disturbi della crescita staturo-ponderale che un tempo venivano percepiti come potenzialmente patologici soltanto dalle fasce sociali economicamente più ricche.

Presso il Centro di Endocrinologia e di Auxologia della Clinica Pediatrica di Novara è stato osservato un aumento degli accessi di bambini stranieri per patologie relative a peso e statura. Inoltre presso il nostro Centro vengono esaminati bambini provenienti da Paesi in Via di Sviluppo e adottati da famiglie italiane per il primo bilancio di salute dopo il loro arrivo in Italia. Nelle valutazioni di tutti questi bambini vengono routinariamente utilizzate carte di crescita percentiliche della popolazione italiana e pertanto non valide per etnie diverse. La rilevazione staturo-ponderale effettuata su percentili basati su una popolazione diversa da quella a cui appartiene il bambino in esame, può determinare problemi di sovrastima o al contrario di sottostima del problema.

Allo scopo di fornire strumenti clinici utili per un corretto esame clinico dei bambini immigrati abbiamo pertanto avviato una ricerca bibliografica volta al reperimento delle carte auxologiche dei Paesi a maggior flusso migratorio. Sono pertanto disponibili percentili di crescita relativi alle popolazioni infantili di Russia, Vietnam, Cina, India, Giappone, Cipro, Stati Uniti, Paesi Nord Africani. Non sono attualmente disponibili curve di crescita staturo-ponderale dell'Albania, Paese che rappresenta nella nostra regione la minoranza etnica a maggior flusso migratorio negli ultimi anni. Riteniamo pertanto necessario avviare contatti locali finalizzati al reperimento di auxogrammi o all'avvio di una raccolta dati possibilmente multicentrica sui bambini immigrati nel nostro Paese.

La sensibilizzazione sempre maggiore dei genitori stranieri nei confronti di problematiche che negli anni passati venivano sottostimate o non considerate come potenziali fattori di rischio per lo sviluppo di patologie, mostra come essi si siano conformati alle nostre abitudini e alla nostra cultura. Tutto ciò ci fa capire come anche noi dovremmo cercare di avvicinarci e di comprendere i nuovi aspetti di problematiche interculturali.

Nascere immigrato - Italiane vs straniere

A. Scopelliti, A. Noviello

OO.RR. Foggia – Azienda Ospedaliero- Universitaria.

L'immigrazione è un fenomeno insito nella storia dell'Uomo, ed è legata alla sopravvivenza della specie umana, alle mutate condizioni ambientali, antropologiche, demografiche, sociali, economiche e politiche.

Il fenomeno interessa tutto il pianeta, in parte anche l'Unione Europea, ed in essa l'Italia che, sia in valori assoluti che percentuali, è fanalino di coda tra i grandi Stati. All'interno dell'Italia l'immigrazione si ridistribuisce prevalentemente al Centro-Nord, riservando alla Puglia un 2%. In questa regione, rispetto all'Italia, considerata nel suo insieme, si è registrato un aumento esponenziale dei ricoveri (+161% nel 2003 vs 2002) e soprattutto degli apolidi (+51%). In particolare, i ricoveri delle donne immigrate sono dovuti alla gravidanza e al parto (55% del totale delle donne immigrate ricoverate). Nel nostro studio sono stati presi in considerazione tutti i parti avvenuti nell'Azienda mista Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia, nelle tre divisioni di ostetricia e ginecologia, negli anni 2003-2005 e confrontati con una ricerca analoga nel periodo 1998-2002 per quanto riguarda tre parametri: la durata della gravidanza, la modalità del parto e il peso del neonato alla nascita. Una prima informazione rilevabile è il numero totale dei parti che ha un trend in ascesa, inoltre nella popolazione delle donne immigrate sono più frequenti il parto pretermine, il parto spontaneo e il basso peso alla nascita. Inoltre, si è cercata la validazione di un rapporto tra lo stato civile e la condizione abitativa in relazione ai tre parametri citati in precedenza. In conclusione, dal nostro studio è emerso che le patologie delle immigrate derivano dallo stato di fragilità sociale, dalle difficoltà di relazione e di socializzazione e dal grado di accesso ai servizi sanitari. Permangono degli atteggiamenti ostili degli operatori sanitari, come se si potesse scegliere chi assistere e chi no, trincerandosi spesso dietro a formalismi pretestuosi quanto inutili. Il pregiudizio condiziona la reale possibilità d'accesso e fruibilità dei servizi, soprattutto il timore, sovrastimato, di malattie infettive. La difficoltà maggiore degli operatori, anche se di buona volontà, è la difficoltà di comprensione linguistica e culturale (implicita richiesta di affrontare il tema della comunicazione, della relazione e della mediazione).

Bibliografia

- Caritas/Migrantes, Immigrazione Dossier Caritas 2002, Anterem, Roma 2002.
- Caritas/Migrantes, Immigrazione Dossier Caritas 2003, Anterem, Roma 2003.
- Caritas/Migrantes, Immigrazione Dossier Caritas 2004, Anterem, Roma 2004.
- Caritas/Migrantes, Immigrazione Dossier Caritas 2005, Anterem, Roma 2005.

“Donne senza rete: immigrati e utilizzo dei servizi sanitari materno infantili”

M.Palazzi[°], R.Chattat*, A. Bazzocchi[°] C. Celeste*, E. Bakken[°], V. D’augello*, L. Marchetti*, E. Sukaj*

[°](Azienda USL di Cesena) *(Facoltà di Psicologia; Università di Bologna)

La realtà della migrazione, dopo la fase dell’emergenza si confronta attualmente con la progressiva stabilizzazione del fenomeno, con la nascita e crescita di nuclei familiari che rappresentano un completamento della prima fase migratoria. Questa evoluzione pone all’attenzione il tema della maternità, dalla gravidanza al parto, ma anche la cura del neonato e del bambino piccolo.

Dai dati raccolti dall’Azienda USL di Cesena (Emilia-Romagna) riguardanti l’accesso e la fruizione dei servizi territoriali dedicati alla maternità e alla cura del bambino sono emerse alcune aree di criticità e disuguaglianza, rispetto alla popolazione italiana, nella fruizione di alcuni servizi per l’assistenza materno infantile. Queste problematiche sono peraltro presenti sia a livello regionale sia nazionale.

Il percorso gravidanza e nascita è molto complesso e in questo lavoro abbiamo cercato di porre l’attenzione sugli ostacoli alla fruizione dei servizi materno infantili da parte dei migranti, che può essere ritenuta espressione della qualità dell’inserimento, dell’apprendimento culturale e del livello di tutela del migrante.

Per la raccolta delle informazioni è stata utilizzata la metodologia dei Focus Group che hanno interessato diversi attori coinvolti in questo processo operanti nella realtà Cesenate: mediatori culturali, donne immigrate, operatori dei servizi ed esponenti del volontariato per un totale di oltre 70 soggetti. I temi posti al centro degli incontri sono quelli della assistenza sanitaria alla gravidanza (ostacoli all’accesso) e la cura del bambino nel post partum (alto tasso di ricoveri ospedalieri).

L’analisi delle interviste hanno permesso di mettere in evidenza alcuni punti che possono offrire alcune spiegazioni sulle cause delle criticità segnalate prima:

1- il concetto di gravidanza “assistita” e cioè il modello culturale che prevede un monitoraggio sanitario della gravidanza è diffuso a livello mondiale ed è acquisito da parte delle donne. Eventuali ostacoli o limitazioni alla fruizione, nei paesi di origine, sono rappresentati da aspetti di tipo economico e sociale quali la disponibilità di reddito, la disponibilità di servizi pubblici adeguati e la differenza tra comunità rurali e urbane. E’ interessante constatare che gli stessi ostacoli si ripresentano anche in Italia anche se in maniera diversa. Le condizioni economiche, gli orari di accesso, la distanza della abitazione dal servizio, la disponibilità dei mezzi di trasporto sono indicati come ostacoli che limitano la possibilità di accesso. Un altro tipo di limitazione è di tipo “comunicativo”; la conoscenza della lingua italiana, la disponibilità di informazione e la rappresentazione dell’idea di servizio pubblico confrontata con quella presente nel paese di origine sembrano giocare un ruolo importante.

2- Per quanto concerne la salute del bambino e il maggiore ricorso ai servizi ospedalieri si sono evidenziate alcune tematiche importanti: a) la prima può essere definita come la solitudine della donna immigrata di fronte alla nuova maternità che comporta maggiore ansia verso il bambino, l'assenza delle figure familiari e/o di vicinato come fonte di sostegno e di supporto e la disponibilità del coniuge, il quale, in particolare per le donne del Nord Africa, svolge un ruolo di accompagnatore verso i servizi; b) la seconda riguarda l'accesso ai servizi e la loro conoscenza così come la disponibilità dei servizi e degli operatori; c) le condizioni socio-economiche delle famiglie e delle madri che vanno dalle condizioni abitative (case insalubri, uso del riscaldamento) oppure culturali inerenti le conoscenze sulle alimentazioni oppure le condizioni lavorative della donna e il tempo disponibile per la cura del bambino.

Si possono infine sottolineare alcuni aspetti inerenti le diverse rappresentazioni e percezioni del problema da parte dei diversi interlocutori (operatori, mediatori e immigrati) che può essere descritto come un dialogo "senza traduttori" intendendo con ciò che di fronte alle diversità e alle criticità, piuttosto che la ricerca della comprensione degli ostacoli sembrano prevalere le proprie rappresentazioni e opinioni sull'altro. Quest'ultimo aspetto rivela quanta strada sia ancora da percorrere per una accettabile livello di relazione transculturale tra operatori, mediatori e immigrati.

**STUDIO DELL' INCIDENZA DI DIABETE MELLITO TIPO 1 IN PIEMONTE
NELLA POPOLAZIONE INFANTILE CON MENO DI 15 ANNI CON GENITORI
ITALIANI E CON GENITORI IMMIGRATI DAL MAROCCO**

A. Perino, M. Zaffaroni, F. Cadario, F. Cerutti *, G. Bona

Clinica Pediatrica di Novara – Università del Piemonte Orientale “A. Avogadro”

* Dipartimento Scienze Pediatriche e Adolescenza - Diabetologia Pediatrica, Università di Torino

Il Diabete Mellito Tipo 1 (DMT1) presenta un incremento d'incidenza in tutti i Paesi industrializzati ed in particolare nella popolazione pediatrica di origine straniera. I bambini diabetici nati in Italia da genitori immigrati hanno un esordio significativamente più precoce di quelli nati nei Paesi in Via di Sviluppo.

Presso la Clinica Pediatrica di Novara è in corso uno studio epidemiologico sull'età d'esordio di DMT1 nella popolazione pediatrica residente in Piemonte, considerando tutti i bambini di 0-14 anni con genitori italiani e con genitori immigrati dal Marocco. Al fine di verificare i fattori di rischio correlati all'esordio precoce del diabete nei bambini immigrati nati in Italia, rispetto a quelli nati nei loro Paesi d'origine, e alla popolazione italiana, sono stati indagati nei Centri diabetologici pediatrici del Piemonte, il numero dei bambini immigrati con DMT1 di nazionalità marocchina attualmente seguiti nei vari Centri.

Scopo dello studio è valutare eventuali differenze d'incidenza di DMT1 tra Piemonte e Marocco, dove si sta attualmente creando un registro della malattia diabetica in età pediatrica.

Su 524.137 bambini di età inferiore a 15 anni residenti in Piemonte al 30 dicembre 2004, 1012 hanno avuto l'esordio di DMT1 tra il 01/01/1990 ed il 31/12/2004; 8010 sono di origine marocchina e 29 di questi hanno avuto l'esordio di DMT1 nello stesso periodo. Rispetto alla popolazione generale piemontese l'incidenza risulta di 14 esordi/anno/100.000 e di 25,8 esordi/anno/100.000 nella popolazione marocchina residente in Piemonte.

L'importanza del fattore genetico nel DMT1 e quella dei fattori ambientali – dietetici è infatti nota, tuttavia fino ad oggi non è stato identificato con chiarezza il ruolo giocato dall'interazione tra i fattori genetici, ambientali e nutritivi, probabilmente causa dell'aumentata incidenza della malattia che si sta registrando in Italia. Un'indagine condotta dal Gruppo di Lavoro per il Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria sulle abitudini alimentari dei bambini immigrati nella seconda e terza infanzia, peraltro ha rilevato che questi ultimi tendono ad uniformarsi ai nostri cibi e ai nostri costumi.

Le ipotesi che sono state considerate per spiegare l'esordio più precoce di DMT1 nei bambini immigrati nati in Italia rispetto a quelli nati nei Paesi d'origine sono: in relazione alla “Hygiene hypothesis” una ridotta stimolazione del sistema immunitario da aumento della “igienizzazione” perinatale che stimoli i linfociti T helper 1 rispetto a T helper 2; e “Accelerator hypothesis” che riguarda l'importanza

dell'eccessiva introduzione di energia con i cibi nella prima infanzia e il relativo aumento di peso.

Da studi fatti è emerso che il cambiamento dello stile di vita o di dieta può incidere durante la gravidanza o precocemente dopo la nascita sull'incidenza di DMT1, per questo è presumibile un ruolo anche nell'età d'esordio di malattia. In particolare è emerso il ruolo protettivo della vitamina D nella gravidanza e nella prima infanzia. Peraltro potrebbe il miglioramento delle condizioni igieniche anticipare l'esordio di DMT1 nei bambini immigrati. Altri fattori di rischio ambientali che scatenerebbero un esordio precoce di DMT1 sono: l'introduzione con la dieta di proteine del latte vaccino, la precoce introduzione di glutine, l'assunzione di cibi ricchi in proteine della soia e nitrosamine. Questo studio nella popolazione marocchina che vive in Piemonte rappresenta quindi un'opportunità per capire fattori scatenanti la malattia diabetica nella popolazione d'origine straniera immigrata dal Marocco rispetto ai bambini con genitori italiani.

**“Ricerca azione per un’analisi delle attività svolte per la popolazione
ROM residente nel territorio di competenza della ASL Roma E”**

A. Pierangelini, A. De Marchis - Dipartimento di Prevenzione ASL Roma E

Parole Chiave: Ricerca-azione, integrazione di servizi, partecipazione, popolazione ROM, promozione della salute.

La ASL Roma E, in collaborazione con la Caritas Diocesana di Roma, ha progettato la realizzazione di una ricerca-azione che ha coinvolto i decisori, le istituzioni, le associazioni di volontariato ed i servizi aziendali, in un percorso di condivisione delle attività svolte nel campo della promozione della salute per la popolazione Rom presente nel territorio di competenza, nonché nella esplicitazione della disponibilità dei suddetti attori a partecipare a gruppi di lavoro integrati, per la realizzazione di progetti nel campo della prevenzione primaria.

In termini operativi, la ricerca-azione ha comportato la redazione di un questionario e la somministrazione dello stesso, mediante un’intervista, ai responsabili delle varie istituzioni (Comune, Municipi, Polizia Municipale, Servizi della ASL Roma E ecc.), delle associazioni di volontariato e delle cooperative, coinvolte in attività all’interno della comunità Rom, al fine di redigere una mappa di “chi fa che cosa” nella realtà dei tre campi nomadi presenti nel territorio di competenza.

La redazione della mappa, sotto forma di documento illustrativo, ha consentito una conoscenza immediata degli attori presenti nei campi e delle attività da loro espletate, nonché la eventuale pianificazione delle stesse in presenza di sovrapposizioni.

Le maggiori criticità che sono emerse, risultano essere a carico della formazione degli operatori che corrono costantemente il rischio del "burn out", che, in questa tipologia di lavoro, significherebbe la vanificazione di ore ed ore di attività tese a raggiungere faticosamente una minima condivisione relazionale sulla quale basare eventuali, ulteriori progressi partecipativi con la popolazione nomade ed integrativi con le altre istituzioni con le quali si collabora.

Un secondo aspetto critico riguarda il modo di essere dell’operatore nelle realtà in esame, ed è rappresentato dalla limitazione dell’universo lavorativo all’interno dell’orizzonte-confine del quotidiano, che non racchiude più i presupposti di un limite verso il quale tendere, ma rappresenta sempre di più una barriera entro la quale si rischia di rimanere confinati.

La sifilide in gravidanza, la nostra esperienza.

S. Poggiali, R. Bilenchi, G. Centini^o, M. Fimiani.

Departimento di Medicina Clinica e Scienze Immunologiche –Sezione di Dermatologia - ° Centro di Diagnosi Prenatale, Dipartimento di Pediatria, Ostetricia e medicina della Riproduzione - Università degli Studi di Siena, Siena.

Recenti dati epidemiologici dimostrano che la sifilide in gravidanza non rappresenta solo una curiosità storica ma è, al contrario, un problema attuale anche nei cosiddetti “paesi industrializzati” (1).

L’incidenza della sifilide in gravidanza è stata messa in relazione con diversi fattori di rischio, individuati nella povertà, nella coinfezione da HIV, nell’abuso di stupefacenti, nella provenienza da un paese in via di sviluppo, nella scarsa fiducia nel servizio sanitario. E’ stato inoltre notato che, anche quando lo screening per la sifilide alla prima visita prenatale è disponibile di routine, alcune donne ignorano di poterne usufruire e che la mancanza di informazione o della tessera per l’assistenza sanitaria rappresentano un’ importante barriera ad un corretto accesso a tutti i servizi di diagnosi prenatale (2).

Nel nostro paese lo screening sierologico per la sifilide, comprendente l’esecuzione sia della VDRL che dei tests treponemici specifici, è gratuito come esame preconcezionale e durante il primo trimestre di gravidanza. In letteratura, non esistono tuttavia dati relativi a studi epidemiologici retrospettivi, condotti su scala nazionale, allo scopo di valutare l’efficacia di tale esame prenatale (numero oggettivo di neonati infettatisi nel corso della gravidanza in rapporto ai casi di sifilide materna diagnosticati).

Dal Gennaio 2003 ad oggi nella provincia di Siena (Policlinico Universitario di Santa Maria alle Scotte, Ospedale di Campostaggia, Ospedale di Nottola) una sierologia positiva per sifilide è stata riscontrata, allo screening sierologico del primo trimestre di gravidanza, in 9 pazienti: solo 2 di loro erano di origine italiana. Le altre pazienti provenivano dall’Europa dell’ Est (4 casi), dall’ America Latina (2 casi) e dall’ Africa (1 caso). Solo in un caso è stata possibile una diagnosi sierologica di sifilide prima della decima settimana di gravidanza. Tutte le pazienti, che al momento della nostra osservazione presentavano una obiettività clinica negativa, sono state considerate affette da “lue latente secondaria di durata indeterminata” e trattate, entro la ventesima settimana, con penicillina G benzatina i.m al dosaggio di 7,2 milioni di unità totali secondo lo schema terapeutico proposto dal Center for Disease Control and Prevention (3). La risposta sierologica al trattamento è stata dimostrata da una riduzione significativa della VDRL quantitativa eseguita su siero materno. Ecografie tridimensionali (3D) seriate hanno altresì escluso la presenza segni di infezione in atto nel feto. Tutte le pazienti hanno partorito per via vaginale, a termine. Né la placenta, né gli altri annessi fetali hanno presentato anomalie degne di nota.

I neonati di peso normale alla nascita, non hanno mostrato alcun segno clinico laboratoristico di malattia in atto ed in particolare, il test 19S-IgM-FTA-ABS su sangue neonatale è risultato negativo sia alla nascita che dopo sei mesi.

Riportiamo la nostra esperienza per sottolineare che l'identificazione precoce dell'infezione luetica è fondamentale ai fini di un tempestivo trattamento antibiotico e di un accurato follow-up. Lo screening sierologico per la sifilide in gravidanza è, secondo noi, ancora giustificato da un punto di vista economico; sarebbe inoltre utile investire in campagne di informazione, allo scopo di sensibilizzare le donne appartenenti alle categorie "a rischio" che, troppo spesso, ignorano di poter usufruire gratuitamente di tale esame e si presentano tardivamente alla prima visita antenatale.

Bibliografia

- 1) Hurtig AK, Nicoll A, Carne C et al. Syphilis in pregnant women and their children in the United Kingdom: results from national clinician reporting surveys 1994-7. *BMJ* 317: 1617, 1998.
- 2) Blondel B, Marshal B. Poor antenatal care in 20 French districts: risks factors and pregnancy outcome. *Journal of Epidemiology and Community Health* 52: 501, 1998.
- 3) Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases treatment Guidelines 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 51: 1, 2002.

PREVALENZA E FATTORI DI RISCHIO PER LO SVILUPPO DI PARASSITOSI NEI BAMBINI ADOTTATI ALL'ESTERO

N. Battiglia, E. Sieni, S. Marchetto L. Bianchi, S. Paganelli, MG. Bianchi, C. Menicalli, R. Pepe, C. Adami Lami, G. Veneruso, M. de Martino
Clinica Pediatrica I, Dipartimento di Pediatria, Università degli Studi di Firenze

Nei bambini adottati dall'estero le parassitosi sono molto frequenti e tra di esse prevalgono le forme intestinali che, in questi soggetti, hanno una prevalenza variabile tra 14% e 33% a seconda del Paese di origine e dell'età del bambino. La provenienza da Paesi dell'Asia, dell'Africa, dell'America Latina o dell'Est Europa e l'età media maggiore, costituiscono, secondo alcuni studi, fattori di rischio per l'acquisizione di infestazioni parassitarie.

Scopo del presente studio è quello di valutare la prevalenza e i fattori di rischio per lo sviluppo delle parassitosi in una coorte prospettica di 815 bambini arruolati presso il Servizio per l'Assistenza al Bambino Adottato dell'Ospedale Pediatrico Anna Meyer di Firenze, nel periodo 01/01/2000 - 30/06/2005. La percentuale degli eosinofili circolanti è stata espressa in media±deviazione standard e la differenza è stata calcolata con il test di Student. È stato utilizzato il test Chi-quadrato per l'analisi descrittiva delle caratteristiche demografiche e della prevalenza delle malattie infettive, la regressione logistica per valutare l'associazione delle principali malattie infettive con i fattori di rischio che potenzialmente ne influenzano lo sviluppo: Paese di provenienza, anno di prima osservazione, età alla prima visita, tipo di struttura di accoglienza. Le analisi sono state effettuate utilizzando il pacchetto statistico SPSS 11.5 (Statistical Package for Social Science, Chicago, III). È stata considerata significativa una $p < 0,05$.

I Paesi di provenienza erano rappresentati da Est Europa (66,3%), America Latina (13,9%), Asia (12,6%) e Africa (6,9%). L'età mediana alla prima osservazione era di 3,18 anni (0,32-14,62).

Sono state diagnosticate, in totale, 309 parassitosi in 249 bambini. Le forme intestinali ($n=279$; 90,2%), in particolare la giardiasi (175/309; 56,6%), risultavano più frequenti rispetto a quelle extraintestinali ($n=30$; 9,7%). Costituiva un fattore di rischio per lo sviluppo di parassitosi la provenienza dall'Africa [AOR: 2,98; LC 95%: 1,7-5,2; $p=0,0001$] e dall'America Latina [AOR:1,860; LC 95%:1,7- 2,9; $p=0,0078$] rispetto all'Est Europa, mentre l'aver vissuto in famiglia piuttosto che in orfanotrofio prima dell'adozione era un fattore protettivo [AOR:0,278; LC 95%:0,091-0,853; $p=0,0253$]. L'anno di prima osservazione e l'età dei bambini alla prima visita non erano significativamente correlati alla presenza di infestazioni parassitarie. Sono stati riscontrati valori percentuali di eosinofili circolanti più elevati nei bambini con diagnosi di parassitosi rispetto a quelli in cui non era identificabile alcun parassita (rispettivamente $4,83 \pm 5,08$ vs $3,69 \pm 2,9$, $p < 0,001$). Inoltre, considerando i bambini con parassitosi diagnosticata, è emersa un'associazione significativa tra percentuale di eosinofili $< 5\%$ e parassitosi intestinale ($p=0,003$) e tra valori

>10% e parassitosi extraintestinale ($p=0,001$), mentre valori intermedi (5-10%) non si associavano significativamente all'una o l'altra localizzazione ($p=0,338$).

In conclusione risulta opportuno eseguire in tutti i bambini adottati all'estero esami di screening mirati in base alla presenza di fattori di rischio: esame parassitologico delle feci eseguito su almeno tre campioni prelevati a distanza di 48-72 ore nell'arco di 15 giorni, ed esame sierologico per *Toxocara canis* (ELISA) e *Cisticercos* (ELISA e EITB). Una diagnosi precoce consente, infatti, di instaurare un'adeguata terapia che permette, nella maggioranza dei casi, di prevenire complicanze e di ridurre il rischio di trasmissione.

PREVALENZA E FATTORI DI RISCHIO PER LO SVILUPPO DI TUBERCOLOSI NEI BAMBINI ADOTTATI ALL' ESTERO

E. Sieni, N. Battaglia, L. Bianchi, MG. Bianchi, C. Menicalli, S. Paganelli, S. Marchetto, R. Pepe, G. Veneruso, C. Adami Lami, L. Galli
Clinica Pediatrica I, Dipartimento di Pediatria, Università degli Studi di Firenze

I bambini adottati all'estero sono da considerare soggetti ad alto rischio per l'infezione da *Mycobacterium tuberculosis* e per la progressione verso la malattia attiva, in virtù della provenienza da Paesi ad alta endemia tubercolare, del lungo periodo di istituzionalizzazione o di vita in ambienti degradati dal punto di vista igienico-sanitario, della denutrizione-malnutrizione e delle frequenti malattie croniche concomitanti. Alcuni studi provenienti dagli U.S.A. riportano una percentuale di positività all'intradermoreazione secondo Mantoux variabile dall' 1% al 19% tra i bambini adottati all'estero, con i valori più elevati nei bambini provenienti dalla Russia e dalla Cina; la progressione a tubercolosi attiva era rara.

Scopo del presente studio è quello di valutare la prevalenza ed i fattori di rischio per lo sviluppo della tubercolosi in una coorte prospettica di 815 bambini arruolati presso il Servizio per l'Assistenza al Bambino Adottato dell' Ospedale Pediatrico Anna Meyer di Firenze, nel periodo 01/01/2000 - 30/06/2005. E' stato utilizzata la regressione logistica per valutare l'associazione delle principali malattie infettive con i fattori di rischio che potenzialmente ne influenzano lo sviluppo: Paese di provenienza, anno di prima osservazione, età alla prima visita, tipo di struttura di accoglienza e documentazione di vaccinazione con BCG. Le analisi sono state effettuate utilizzando il pacchetto statistico SPSS 11.5 (Statistical Package for Social Science, Chicago, III). E' stata considerata significativa una $p < 0,05$.

I Paesi di provenienza erano rappresentati da Est Europa (66,3%), America Latina (13,9%), Asia (12,6%) e Africa (6,9%). L'età mediana alla prima osservazione era di 3,18 anni.

La tubercolosi è stata diagnosticata nel 21,5% [n=154] dei bambini osservati. Di questi 135 (87,6%) sono stati classificati come infezione tubercolare latente (secondo le linee guida dei Centers for Disease Control and Prevention), 18 (11,6%) come tubercolosi polmonare ed 1 (0,6%) come tubercolosi extra-polmonare (Morbo di Pott). Nessuna variabile, tra quelle considerate, correlava con la presenza di tubercolosi, in qualsiasi forma. Sono quindi stati valutati i fattori di rischio per lo sviluppo di infezione tubercolare latente e tubercolosi polmonare. Costituiscono fattori di rischio per l'infezione tubercolare latente: la provenienza dall'Europa dell'Est rispetto all'Asia [AOR:0,377; LC95%:0,167-0,85; $p=0,0188$], l'anno di prima osservazione [AOR:1,456; LC 95%:1,296-1,636; $p=0,001$] e l'età [AOR:1,073; LC 95%:1,009-1,142; $p=0,0248$]. Il tipo di struttura di accoglienza e la vaccinazione con BCG non influenzavano lo sviluppo dell'infezione. Il rischio di tubercolosi polmonare è risultato maggiore nei bambini provenienti dall'Africa [AOR:9,976; LC95%:1,867-53,293; $p=0,0071$] e dall'Asia [AOR:14,802; LC95%:3,757-58,312; $p=0,0001$] rispetto a quelli originari dell'Est Europa. Le al-

tre variabili considerate non si associavano in modo statisticamente significativo alla presenza della malattia. Il test cutaneo secondo Mantoux è stato eseguito, come esame di screening, in 800 degli 815 bambini inclusi nella casistica (98,1%). Il 54,7 % dei soggetti con l'infezione latente presentava una reazione cutanea del diametro di 10 – 14 mm, il 27,1 % \geq 15 mm, il 18,2% tra 5 e 9 mm. Nel caso della tubercolosi polmonare il 29,4 % dei bambini aveva una risposta negativa e la stessa percentuale sviluppava un infiltrato di 5 – 9 mm e di 10 – 14 mm ; solo nell'11,8 % dei casi era > di 15 mm. Il bambino affetto da Morbo di Pott presentava una Mantoux di diametro compreso tra 10 e 14 mm. I bambini in cui la risposta alla Mantoux è stata considerata l'effetto della vaccinazione con BCG presentavano un infiltrato di diametro < 5 mm nel 27,1% dei casi e di 5-9 mm nel restante 72,9%. I dati provenienti dal presente studio sottolineano l'esigenza di eseguire intradermo-reazione secondo Mantoux in tutti i bambini adottati all'estero e valutare la necessità di ulteriori approfondimenti diagnostici sulla base dei dati clinico-anamnestici, ponendo particolare attenzione in coloro che presentano fattori di rischio.

Rachitismo carenziale in bambini adottati dall'estero: un problema emergente.

Pitarresi Nicolò, Viani G, Tarantino R, Accomando S, Cataldo F. Dipartimento Materno Infantile Università di Palermo, Servizio di Radiologia PO Aiuto Materno, Palermo.

Il rachitismo carenziale è uno stato morboso che si riteneva quasi scomparso nel Mondo Occidentale e limitato a strati della popolazione svantaggiati. Durante gli ultimi anni nella nostra Nazione il fenomeno della adozione internazionale di bambini provenienti da Paesi a basso tenore di vita dove molte volte essi hanno subito lunghi periodi di istituzionalizzazione in orfanotrofio è notevolmente aumentato. Questi bambini quindi sono a rischio di malnutrizione, come tutti i bambini immigrati provenienti dai paesi in via di sviluppo. Per tale motivo abbiamo valutato retrospettivamente nella nostra casistica di 118 bambini adottati dall'estero (116 dall'Europa dell'Est e 2 dall'India) la frequenza e gli aspetti clinici, radiologici e bioumorali del rachitismo.

In 7 bambini di età compresa tra 12 e 22 mesi abbiamo osservato segni clinici di rachitismo florido : assenza o evidente ritardo della eruzione dentaria (5/7 casi), fontanella bregmatica ancora pervia a 15 mesi o troppo ampia per l'età ed a bordi cedevoli (5/7 casi), ritardo dell'inizio della deambulazione (4/7 casi), rosario rachitico (4/7 casi), braccialetto rachitico (3/7 casi),fronte olimpica e plagiocefalia ((2/7 casi) , calzare rachitico (1/7 casi). 12 bambini di età superiore ai 3 anni e mezzo presentavano esiti clinici di rachitismo : 11/12 rosario rachitico,5/12 incurvamento degli arti inferiori,4/12 braccialetto rachitico, 3/12 cifoscoliosi, 3/12 petto carenato,1/12 plagiocefalia e fronte olimpica. La calcemia e la fosforemia erano nella norma in tutti i soggetti osservati, mentre la fosfatasi alcalina risultava aumentata in 16. Erano inoltre presenti chiari segni radiologici di rachitismo in tutti i bambini : marcata riduzione del tenore calcico, allungamento delle metafisi delle ossa lunghe che apparivano anche slargate e scavate a coppa, a volte (3 casi) strie metafisarie di rimodellamento osseo e ritardo nella comparsa dei nuclei di ossificazione (5 casi). I bambini esaminati provenivano da famiglie disagiate e da un lungo periodo di istituzionalizzazione in orfanotrofi dove le condizioni di vita (scarsa esposizione al sole) e l'alimentazione erano state scadenti, come veniva indirettamente confermato anche dalla presenza di altri segni di malnutrizione : grave deficit del peso e della statura (< al 3° centile) in 5 bambini, anemia ferrocarenziale in 9 di loro,edemi discrasici con ipoproteinemia in 2 casi.

Nel prossimo futuro il Pediatra incontrerà sempre più frequentemente bambini immigrati, e tra questi anche quelli adottati dall'estero perché in Italia le adozioni internazionali sono in continuo e costante aumento. I nostri dati mostrano che in questi bambini il rachitismo carenziale costituisce una problematica sanitaria rilevante soprattutto in termini di incidenza (19/118 , 16,1 % nella nostra casistica) e da collegare alla deprivazione nutrizionale ed al lungo periodo di istituzionalizzazione.

Essi suggeriscono quindi di ricercare sempre nei bambini adottati dall'estero una condizione morbosa (il rachitismo carenziale) che non eravamo più abituati ad osservare.

Rilievi clinici su una casistica di 118 bambini adottati dall'estero.

Tarantino Rossana, Pitarresi N, Accomando S., Cataldo F. Dipartimento Materno Infantile, Università di Palermo.

I bambini che arrivano in Italia a seguito di adozione internazionale in questi ultimi anni sono in continuo e progressivo aumento : erano circa 300-350 20 anni fa, 1.800 nel 2000, 3.500 nel 2005. Questi bambini costituiscono un gruppo di soggetti immigrati a rischio sanitario perché provengono da una situazione di deprivazione fisica e psicologica. Per questo motivo abbiamo ritenuto interessante riferire l'esperienza di un Centro per l'Accoglienza di bambini adottati dall'estero al loro arrivo in Italia istituito 4 anni fa presso la Clinica Pediatrica 2° di Palermo.

La casistica comprende 118 bambini provenienti dall'Est Europa (80 dall'Ucraina, 19 dalla Ex Russia, 5 dall'Ungheria, 4 dalla Polonia, 3 dalla Romania, 2 dalla Macedonia, 2 dalla Bulgaria, 1 dalla Colombia) e dall'India (2 soggetti). Quasi tutti i bambini sono stati portati alla nostra osservazione 2-5 settimane dopo il loro arrivo in Italia. 9 di questi non avevano cartelle cliniche di accompagnamento e nei restanti 109 veniva riportato uno stato morboso che successivamente è stato escluso : ritardo mentale (20/109), ritardo psico-motorio (18/109), ritardo del linguaggio (15/109), malattie dell'apparato digerente (14/109), gravi cardio-miopatie (13/109), gravi malattie dell'apparato urinario (5/109), disfunzioni tiroidee (4/109), grave deficit visivo (3/109), malattie genetiche (1 caso di mucoviscidosi e 2 di sindrome di Rubinstein-Taybi) per citare quelli più frequenti. Le notizie riguardanti la durata della gravidanza ed il peso alla nascita erano riportate nelle cartelle cliniche di accompagnamento rispettivamente solo 38 e 35 volte, mentre la valutazione sierologica delle vaccinazioni obbligatorie e facoltative eseguita dopo l'arrivo in Italia mostrava che lo stato vaccinale, sempre riferito già completato nelle cartelle cliniche di accompagnamento, spesso non era adeguato.

Gli stati morbosi più comuni osservati all'arrivo in Italia, e quasi mai riportati nelle cartelle cliniche di accompagnamento, erano : ritardo staturale-ponderale (63/118), anemia ferroprenziale (66/118), rachitismo (19/118), edemi discrasici, (2/118), ritardo dell'età ossea (13/118), lesioni cutanee da maltrattamento (5/118), segni di abuso sessuale (2/118), anomalie scheletriche quali cifosi, scoliosi, cifo-scoliosi, piede piatto (14/118), infezioni cutanee quali mollusco contagioso, verruche, pediculosi, impetigine, scabbia (12/118), stati infettivi quali TBC attiva (3 casi), epatite A (3 casi), Epatite B (10 casi), epatite C (1 caso), gravi turbe visive (7 casi), esiti di meningite neonatale (1 caso).

I dati riportati sottolineano la necessità di una attenta valutazione clinica dei bambini adottati dall'estero al loro arrivo in Italia perché le relazioni cliniche di accompagnamento, anche se presenti, sono di frequente incomplete ed imprecise. Queste difatti non riferiscono tutti i dati sanitari utili per una completa presa in carico di questi bambini e molto spesso riportano stati morbosi non esistenti mentre trascurano di segnalarne altri.

TBC, LUE E AIDS in immigrati extracomunitari. Considerazioni su tre casi

A.Romano, V.Li Vecchi, L.Abbagnato, M.Saitta, F.Scarlata, L.Titone
Istituto di Patologia Infettiva e Virologia dell'Università di Palermo

Tubercolosi, sifilide e malattia da HIV sono tre patologie infettive ad andamento cronico endemiche in Italia ben prima delle ondate migratorie degli ultimi quindici anni. Non vi è tuttavia alcun dubbio che la prevalenza di tali infezioni nella popolazione immigrata sia oggi da 5 a 10 volte più elevata rispetto al resto della popolazione residente. Il diverso approccio alle strutture sanitarie e, ancor più a monte, differenze di ordine eziologico (stipiti di BK multiresistenti, HIV2) o culturale (scarso utilizzo del preservativo) rendono particolarmente complessa la gestione di tali patologie negli immigrati, particolarmente in quelli di recente ingresso e nei clandestini. Descriviamo in questa sede tre casi di tali patologie per diversi aspetti particolarmente significativi.

C.M., m a.38, immigrato da un mese dal Marocco, presentava in sede palmoplantare lesioni nodulari di colore rosso-brunastro, finemente desquamanti insieme a discreta linfadenopatia inguinale dx (indenni all'ispezione i genitali esterni). Positiva la VDRL e la ricerca di anticorpi specifici per T.pallidum con metodiche TPPA ed EIA. L'espressività delle lesioni cutanee migliorava notevolmente dopo 6 settimane di diaminocillina, così come si riduceva parallelamente il titolo anticorpale.

H.W. m. di mesi 10, figlio di immigrati tunisini che ritornano frequentemente nel paese di origine.

Ricoveratosi per pneumopatia dapprima in ospedale tunisino, quindi a Marsala, per l'aggravarsi del deficit respiratorio veniva trasferito presso il nostro centro ove, sulla scorta del quadro radiografico e dell'intradermoreazione di Mantoux, veniva posta diagnosi di TB miliare polmonare. L'aspirato gastrico risultava positivo per bacilli acido-alcool resistenti così come per PCR BK.. Considerata la non soddisfacente risposta alla terapia specifica (INH-RMP-STR-PZA), veniva sottoposto a test di valutazione della risposta immune che evidenziavano un deficit funzionale dei TL. Si valorizzava a tal proposito la familiarità con forme gravi di patologia polmonare che avevano portato a morte un fratello ed una sorella. In atto è in attesa di donatore compatibile per trapianto di midollo.

G.S. f. a.3, appena sbarcata in Sicilia su un "carretto del mare" insieme alla madre (in buona salute) di a.29. Dopo pochi gg ricovero Osp.le Agrigento per tosse e dispnea in scadenti condizioni generali. Poiché il quadro riscontrato all'Rx di pneumopatia interstiziale non giustificava il deficit respiratorio, veniva sottoposta a test sierologico per HIV, risultato positivo. Trasferita presso il nostro centro (CD4+ 197/mm³ pari all'11%), terapia antiretrovirale (3TC+d4T+LOP/rit) e miglioramento progressivo. La madre risultava anch'essa sieropositiva per HIV, in stato di AIDS conclamato (CD4+ 156/mm³). In atto ambedue in buone condizioni generali.

Commento – Sifilide secondaria, tubercolosi bacillifera in età pediatrica e HIV connatale sono oggi particolarmente rari nella popolazione europea. Tali condizioni sono tuttavia da tenere presenti nella popolazione immigrata.

ESPERIENZE DI VOLONTARIATO “CLINICO”

L.Spatola, D.Vecchio

Città ed Ente: Palermo, sede locale del Sism

Il SISM (Segretariato Italiano Studenti in Medicina)-sede locale di Palermo da diversi anni intraprende percorsi di volontariato presso diverse strutture assistenziali per immigrati nella nostra città. Gli studenti di medicina che aderiscono a tali iniziative, si recano in ambulatori cooperando con il personale medico volontario, offrendo le proprie competenze cliniche in uno spirito di solidarietà e fraternità, che anima le stesse, venendo così incontro alle molteplici necessità dell’ospite - immigrato. Tali esperienze di volontariato nell’ultimo anno accademico hanno visto la partecipazione di oltre 100 studenti di anni differenti che settimanalmente affluiscono alla Missione “Speranza e Carità” di B.Conte ed al centro “Agape” della Caritas diocesana. La grande partecipazione ed il coinvolgimento accumulati in questi anni di attività vogliono essere all’interno di questo convegno nazionale un valido contributo al fine di testimoniare come anche da giovani studenti insorga non solo l’interesse ma anche il desiderio di interagire con queste realtà; ricavandone, infine, una intensa e profonda esperienza umana. Il nostro intervento si propone mettere in evidenza le nostre esperienze di volontariato “clinico” da studenti di Medicina quali siamo.

Studio multicentrico italiano sui problemi scolastici del bambino immigrato

Gabriele Tripi, M. M. Pacchin*, M. Zaffaroni**, S. Accomando, F. Cataldo. Dipartimento Materno Infantile Università di Palermo, * Ufficio di Valutazione Epidemiologica Azienda ULSS 6 Vicenza, ** Dipartimento Pediatrico Università di Novara ed il Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato (GLNBI) affiliato alla Società Italiana di Pediatria.

In questi ultimi anni, gli schemi di migrazione verso l'Italia, basati precedentemente su dinamiche transitorie ed individuali (principalmente uomini), si sono modificati coinvolgendo soprattutto interi nuclei familiari. La conseguenza è stata la costituzione di comunità permanenti di immigrati e quindi l'aumento del numero degli alunni stranieri nelle scuole italiane. L'obiettivo di questo studio è stato di conoscere il percorso scolastico degli alunni stranieri e le loro possibili problematiche correlate al processo di inserimento nella nostra società.

Lo studio è stato multicentrico e trasversale ed ha interessato una popolazione di 24.398 studenti (di cui 1.205 immigrati) di 7 città italiane (Catania, Modena, Napoli, Novara, Palermo, Roma, Vicenza). La metodologia di lavoro ha richiesto la preparazione di una scheda questionario suddivisa in 2 parti: la prima (scheda A) registrava i dati anagrafici dell'alunno ed i dati sulla scolarizzazione; la seconda (scheda B) riguardava la conoscenza della lingua italiana per la comunicazione e l'apprendimento scolastico. E' stato altresì valutato il profitto scolastico in relazione ad alcuni fattori di rischio (gruppo etnico di appartenenza, epoca di immigrazione, luogo di nascita, età all'iscrizione scolastica).

I genitori dei bambini provenivano dall'Europa dell'Est (43,6%), dall'Africa (47,7%), dall'Asia (15,8%) e dall'America Latina (12,7%). Il 60,4% degli alunni frequentava la scuola elementare ed il 39,6% le medie. Il 33,4% degli studenti stranieri presentavano ritardo scolastico con percentuali significativamente più alte (22,5% nelle elementari e 50,2% nelle medie) rispetto agli studenti italiani (2,3% nelle elementari e 10,7% nelle medie). Il ritardo scolastico risultava maggiore negli studenti nati all'estero (44,2%) rispetto a quelli nati in Italia (11,7%) e si poneva in relazione all'epoca di arrivo in Italia, alle gravi difficoltà linguistiche, all'iscrizione non conforme all'età anagrafica ed allo svantaggio socio-culturale, mentre non si apprezzavano differenze in relazione alle diverse etnie. La socializzazione risultava complessivamente buona, anche se elementi di conflittualità erano presenti nel 18,2 % degli studenti immigrati.

Il problema principale per i bambini immigrati che frequentano la scuola è costituito dal ritardo scolastico che appare correlato all'iscrizione scolastica ritardata, alla nascita nella nazione di provenienza dei genitori, al recente arrivo in Italia ed a svantaggio socio-culturale. La scuola rappresenta il luogo privilegiato dell'integrazione e dell'incontro con le differenze ed appare quindi necessario costituire anche in ambito scolastico adeguate politiche educazionali per facilitare l'ingresso e l'integrazione del bambino immigrato nella scuola italiana.

Corrispondenza : prof. Francesco Cataldo, e-mail : cesccocat@freemail.it Tel : 091 7035416 ; FAX : 091 6834121

Il ritorno della lue è attribuibile all'immigrazione?

E. Antonielli d'Oulx*, M. Zaffaroni**, M. Candriella**, A. Alice*, P. Fonio**, S. Vai***, P. Savant Levet°, P. L. Castelli°, P. Mazzucco°, M. Calvo°, F. Albano*, P.A. Tovo*, C. Riva*

* SCU Immunoinfezioni Pediatriche e Laboratorio di Sierologia – OIRM S. Anna, Torino.

** Clinica Pediatrica e Laboratorio di Microbiologia - AO Maggiore della Carità, Novara.

*** UO di Pediatria, Ospedale di Ciriè.

° UO di Neonatologia e Laboratorio di Microbiologia e Virologia, ASL 3, Torino.

°° SCO di Ostetricia e Ginecologia, ASL 20, Alessandria.

°°° UO di Pediatria, Ospedale di Chivasso (TO).

Introduzione - Da alcuni anni si sta assistendo ad un progressivo aumento della sifilide in Europa.

Obiettivi - Definire prevalenza di infezione luetica in gravidanza, incidenza di sifilide congenita e tasso di trasmissione in diverse aree del Piemonte; ricercare caratteristiche demografiche, socio-culturali e cliniche associate all'infezione; valutare l'eventuale effetto di sensibilizzazione dello screening sulla pratica ostetrica e pediatrica e l'utilità di uno screening prenatale sistematico, stabilendone le modalità migliori.

Materiali e metodi - Lo studio multicentrico programmato, della durata di un anno (30/5/2005 – 29/5/2006), coinvolge gli Ospedali S. Anna e Maria Vittoria di Torino e gli Ospedali di Ciriè, Chivasso, Alessandria, Novara. I parti previsti nei 6 centri sono circa 15.000. Ogni gravida viene sottoposta, al parto, a screening per ricerca di anticorpi anti-Treponema pallidum; i sieri reattivi vengono confermati con test RPR e TPPA. I dati delle donne vengono dedotti dai Certificati di Assistenza al Parto, integrati con intervista mirata alle partorienti positive. I neonati delle madri sieropositive vengono seguiti fino alla sieroreversione.

Risultati - Nei primi 6 mesi 7856 bambini sono nati da 7602 donne, di cui 7351 sono state screenate al parto. La prevalenza, al parto, di lue sierologica era di 0,44%, e di sifilide attiva di 0,26%. La percentuale di donne immigrate era del 20,5%. Fra le partorienti italiane lo 0,07% era infetto, tra le straniere, l'1,86% con un rischio, fra queste, 18,7 volte superiore rispetto alle italiane. Il 21% delle partorienti con sifilide attiva risultava aver contratto l'infezione in gravidanza. Il 50% delle sieropositive proveniva dall'est Europa, il 25% dal Marocco. L'incidenza di sifilide congenita era di 2,6/10.000 nati vivi. La sieropositività per lue risultava significativamente associata a cittadinanza non italiana, abortività e difetto di crescita intrauterino. Bassa età gestazionale e basso peso neonatale erano correlati con alto rischio di trasmissione materno-fetale ($p = 0,046$ e $0,014$). Il 49% delle gravide non era stato sottoposto a test per lue durante la gravidanza. Il 68,8% delle partorienti positive non aveva ricevuto cure antecedenti il parto.

Discussione - La prevalenza di lue sierologica indica un'importante e persistente presenza di infezione. La prevalenza di sifilide attiva risulta molto alta rispetto agli altri Paesi dell'Europa occidentale. Il dato è in parte giustificato dall'elevata percentuale di straniere fra le partorienti; queste hanno, infatti, un maggior rischio di essere infette rispetto alle italiane. Non stupisce l'alta prevalenza di sieropositive provenienti dall'Europa dell'est e dal Marocco, regioni con elevata presenza di sifilide. La prevalenza di lue al parto tra le donne

di nazionalità italiana, pur bassa, risulta 3 volte superiore rispetto all'Europa occidentale. E' da sottolineare che, fra queste, si sono verificate infezioni durante la gravidanza in donne senza fattori di rischio riportati. L'incidenza di sifilide congenita è quasi 3 volte superiore a quella descritta negli Stati Uniti.

Emerge la necessità di rivalutare i fattori di rischio associati, identificati, in accordo con la letteratura, nella cittadinanza straniera, abortività e difetto di crescita intrauterino. Un alto rischio di trasmissione materno-fetale correla invece con bassa età gestazionale e basso peso neonatale. Nonostante le raccomandazioni delle Linee Guida, in Piemonte lo screening per lue in gravidanza è scarsamente applicato e la sieropositività non è sempre correttamente gestita. La sifilide, quindi, è una malattia attualmente poco considerata.

Si conferma la necessità di screenare tutte le donne alla prima visita prenatale e di nuovo al parto, senza considerare necessario il riscontro di fattori di rischio. La scelta è rafforzata dal fatto che il 21% di donne con sifilide attiva ha contratto la lue in gravidanza, esponendo i feti ad alto rischio di trasmissione.

Adeguamento alle modificate esigenze sanitarie con l'incremento dell'immigrazione in un Reparto Pediatrico di un Ospedale della provincia romana

C. Zacchè 1 , R. Pinci 2 , A Febbo 2 , G. Graziosi 2 , M. Ciampoli 3

1 Dirigente Medico-Pediatra RM/G

2 Infermiere professionale Ospedale Palestrina Roma

3 Responsabile SOD Neonatologia-Pediatria Ospedale Palestrina Subiaco

Negli ultimi anni si è constatato un notevole aumento di cittadini stranieri nella regione Lazio (dati Caritas minori presenti nel Lazio nel 1998 : 3.831 nel 2004 38.099).

In particolare nella zona di Monterotondo-Subiaco-Palestrina, facente capo all'unità sanitaria locale RM/G, dove gli autori operano, sono presenti numerose famiglie rumene per il basso costo degli alloggi e il buon collegamento tramite i trasporti con la capitale.

Vi è quindi un'alta incidenza di parti che avvengono per cittadini rumeni.).

Infatti nel 2005 su 529 nascite presso l'Ospedale di Palestrina, circa un quinto erano da genitori stranieri (vedi tabella).

Soprattutto i codici bianchi degli oltre 7.000 accessi pediatrici del pronto soccorso sono ad opera di bambini immigrati e talvolta si è proceduto al ricovero fondamentalmente per l'assenza di assistenza sanitaria domiciliare. Non bisogna tuttavia dimenticare che si sono avuti anche casi con grave patologia come una meningite tubercolare in un bambino di 2 anni, diagnosticata in reparto con puntura lombare e quindi trasferita ad un III ° livello.

Infine sempre nel territorio facente riferimento all'ospedale di Palestrina esiste una località con popolazione zingara stanziale denominata Valle Martella, che utilizza il pronto soccorso per l'assistenza sanitaria, nonostante abbiano tutti la cittadinanza italiana .

Secondo il detto: fare di ogni necessità virtù c'è stato da parte di tutto il personale sanitario della pediatria una sensibilizzazione alle esigenze dell'utente straniero. In particolare una rappresentanza ha partecipato ad un corso dell'Agenzia Di Sanità Pubblica nel 2005. Di fronte a questa nuova emergenza sanitaria il distretto di Monterotondo ha realizzato un ambulatorio Caritas mentre da parte del personale di Palestrina, nell'ambito di una ristrutturazione del servizio pediatrico, si è progettato di realizzare un ambulatorio per cittadini stranieri con cadenza settimanale. Questo servizio dovrebbe essere un completamento dei consultori (dove prevalentemente opera l'assistenza vaccinale). Inoltre la presenza di una struttura sanitaria nell'ambito di un ospedale potrebbe anche usufruire del coordinamento con il laboratorio e il servizio di day hospital .

Infine sarebbe anche educativo per ridurre il ricorso al pronto soccorso.

Tabella

	Gen.	Feb.	Mar.	Apr.	Mag	Giu.	Lug.	Ag.	Set.	Ott.	Nov.	Dic.	Totali
Neonati	39	35	44	45	47	39	54	41	46	49	51	44	529
N. Stranieri	12	9	5	11	13	5	9	15	14	12	6	7	118

Immigrazione e patologie cardiovascolari

F.Cangemi

Dirigente U.O.Cardiologia Ospedale Garibaldi-Centro Catania

Ormai da vari anni si è assistito a un importante flusso migratorio. A una fase iniziale di soggetti giovani si è associato un fenomeno di ricongiungimento di soggetti anche anziani. L'immigrato si porta dietro patologie tipiche del terzo mondo (p.infettive e congenite) e può andare in contro a p.cronico-degenerative. Il paziente immigrato rappresenta un soggetto difficile da avvicinare dal punto di vista medico: problemi di linguaggio, scarsa documentazione e anche spesso di reticenza, limitano il *modus operandi* del medico nell'anamnesi e nella diagnosi. L'esperienza del nostro Reparto nei confronti del soggetto immigrato risale ormai ad alcuni anni addietro quando è stato istituito un centro di riferimento. Sono afferiti vari soggetti e abbiamo evidenziato tecniche terapeutiche e credenze assolutamente non in linea con le correnti indicazioni diagnostiche procedurali e non è stato facile riuscire a convincere molti soggetti alle nostre indicazioni. L'aspetto cardiologico risulta essere discretamente presente nell'immigrato in considerazione della facilità di contrarre infezioni batteriche (streptococchie e altre), per cui abbiamo diagnosticato varie patologie valvolari a genesi reumatica; oltre logicamente a patologie congenite e a frequenti ipertensioni arteriose (prevalentemente in donne dell'America Centrale e Meridionale) a causa di un eccessivo numero di isterectomie totali in giovane età. Quanto descritto esula logicamente dall'ipertensione tipica della razza negra con caratteristiche genetiche e sensibile al trattamento con diuretici. Di seguito vengono descritti alcuni casi che sono stati suscettibili di approccio chirurgico (grazie alla collaborazione del Centro Cuore Morgagni di Pedara).

1. paziente di sesso femminile, albanese, con insufficienza mitralica severa a genesi reumatica, operata di valvuloplastica senza sostituzione;
2. paziente maschio delle Mauritius, con arteriopatia obliterante periferica, operato di by-pass femoro-popliteo in dacron;
3. soggetto maschio, dello Sri Lanka, affetto da cardiopatia ischemica, sottoposto a triplice BAC con vena safena e arteria mammaria;
4. soggetto della Tunisia, affetto da steno-insufficienza mitralica reumatica e pervietà del forame ovale, operato di sostituzione con protesi meccanica e chiusura del difetto con patch in prolene;
5. soggetto marocchino affetto da stenosi mitralica e insufficienza mitralica su base reumatica, sottoposto a sostituzione con protesi meccaniche.

Questo a dimostrare che superando barriere sociali e mentali, con l'adeguato sostegno di mediatori culturali, si possono ottenere validi risultati medici rendendo, per quello che è possibile, simili la nostra popolazione e le persone immigrate.

L'albero della salute: un percorso dalla conoscenza delle culture della salute alla mediazione sul territorio di Prato, Regione Toscana

Autori

M. Bonciani, B. Cangiolì, E. Confaloni, M. Da Prato, S. Zorzetto

Istituzione di appartenenza - L'albero della salute Un laboratorio multiculturale di educazione alla salute, Azienda USL 4 Prato - Struttura di Riferimento per la Mediazione culturale in Sanità, Regione Toscana

Introduzione

L'intensificazione, la diversificazione e la strutturalizzazione dei flussi migratori nelle società multiculturali ha determinato un impatto significativo sui servizi sanitari. La presenza di pazienti stranieri ha evidenziato la necessità di accogliere e valorizzare in ambito socio-sanitario le visioni culturalmente specifiche del dolore, della malattia e delle relative forme di presa in carico e di rispondere quindi ai nuovi bisogni emergenti con una metodologia e un apporto multidisciplinare. In questa prospettiva nasce il progetto L'albero della salute, cofinanziato dalla Regione Toscana, con un Protocollo d'intesa del marzo 2001 rinnovato nei cicli successivi tra Azienda USL 4 Prato, Provincia di Prato, Comune di Prato, Circoscrizione Prato Nord. Quale realtà inter-istituzionale L'albero della salute ha lavorato sul territorio pratese, dove da anni è significativa la presenza immigrata, e da novembre 2005, con Delibera Regionale n.1126 del 21-11-2005, è diventato Struttura di Riferimento per la Mediazione culturale in Sanità, Regione Toscana.

Obiettivi

L'albero della salute si prefigge i seguenti obiettivi:

- Riconoscere e rispettare l'esistenza della pluralità delle visioni di salute e malattia come elementi che caratterizzano le identità individuali e culturali.
- Adoperarsi per l'abbattimento delle barriere che nei servizi possono ostacolare la fruizione del diritto alla salute dei migranti.
- Promuovere lo sviluppo di una "sensibilità culturale" a livello territoriale e nei servizi socio-sanitari, come raccomandato dagli organismi internazionali e in particolare dalla Dichiarazione di Amsterdam.
- Favorire la riflessione sulle diverse modalità di mediazione nell'ambito della salute e sostenerne l'esercizio nei servizi socio-sanitari.
- Orientare i cittadini e gli operatori ad un utilizzo articolato delle risorse di salute (Biomedicina, Medicine non convenzionali, Medicine tradizionali), in linea con il Piano Sanitario Regionale.

Metodologia ed azioni

Nei primi tre cicli di progetto L'albero della salute ha realizzato le seguenti attività:

- Collaborazione con gli attori del territorio: comunità di migranti, associazioni, istituzioni, terzo settore.
- Costruzione ed implementazione di un Sito Internet.
- Organizzazione di Laboratori Pubblici (di cui 11 con Crediti ECM)
- Attività di ricerca, documentazione, formazione e supervisione degli operatori della Usl 4 Prato e collaborazioni con altre Usl toscane.

- Realizzazione e traduzione di materiale informativo relativo all'orientamento e l'accesso ai servizi e temi specifici di educazione alla salute, prevenzione, informazione (in italiano, francese, inglese, cinese, albanese, arabo classico, rumeno e urdu).
- Organizzazione di corsi di formazione rivolti agli operatori socio-sanitari dell'Azienda USL 4 Prato
- Attività di ricerca e progettazione per la modellizzazione di un URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico) per l'Azienda USL 4 Prato, adeguato ad accogliere utenza migrante.
- Consulenze per la realizzazione di percorsi formativi regionali.

Attualmente come Struttura di Riferimento per la Mediazione culturale in Sanità, L'albero della salute si occupa inoltre di:

- Attività di Front-office presso la Sede per informazioni sulle tematiche di lavoro
- Interventi di Mediazione in seguito a rilevazione di bisogni e progettazione di percorsi pilota.
- Collaborazioni con i progetti internazionali HPH (Health Promoting Hospitals), MFH (Migrant Friendly Hospitals) e altre realtà o progetti del territorio toscano e nazionale
- Attività formative e consulenze per operatori socio-sanitari.

Risultati

In termini di risultati raggiunti, si registrano importanti traguardi, quali la creazione di reti sul territorio per la tutela del diritto alla salute dei migranti, la sensibilizzazione del personale socio-sanitario per una presa in carico efficace dei pazienti migranti, l'allargamento del bacino di intervento in area vasta, il passaggio da progetto a centro per la mediazione culturale in sanità.

Conclusioni

La sfida che L'albero della salute si trova ad affrontare adesso è legata all'attuazione di un sistema di mediazione linguistico-culturale integrata e multilivello nei servizi socio-sanitari, con l'analisi e l'elaborazione delle criticità che tale processo comporta.

Il Progetto Benessere Cittadini Immigrati nel Distretto 3 della ASL di Viterbo

A. Proietti, P. Prospero - ASL di Viterbo Distretto 3

▪ Il problema da affrontare

Nella Provincia di Viterbo si è registrato negli ultimi anni un notevole incremento delle presenze di cittadini stranieri: ANNO 2002 : 6.827, ANNO 2003: 12.274, ANNO 2004: 13.192

Anche la quota di irregolari è parallelamente cresciuta anche se risulta difficile la stima.

L'analisi di questi dati, accanto ad una chiara percezione di un fenomeno in cui si registrava una difficoltà nell'accesso e nella fruibilità dei servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri, ci ha stimolato a realizzare un intervento mirato per questa fascia di popolazione. Anche le indicazioni contenute nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 e nel Piano Sanitario Regionale 2002-2004 hanno supportato il progetto presentato dal Distretto 3 che è stato formalmente approvato dalla ASL di Viterbo (delibera n° 1054 del 20 luglio 2004)

In particolare, con questo progetto si volevano affrontare le seguenti problematiche direttamente collegate allo stato di salute del cittadino immigrato:

- scarsa conoscenza sul diritto degli immigrati per l'accesso ai servizi socio-sanitari,
- difficoltà di accesso alle strutture e ai servizi socio-sanitari da parte dei cittadini immigrati
- difficoltà di comunicazione e di relazione con persone provenienti da altre culture, con ricadute negative sull'efficacia degli interventi
- scarsa conoscenza sugli specifici quadri clinici della popolazione immigrata.
- necessità di tutela per le categorie più a rischio (area materno-infantile)

▪ L'obiettivo

Sostenere l'accesso all'assistenza di primo livello, agli stranieri non in regola con il permesso di soggiorno, limitando il ricorso improprio alle strutture ospedaliere

▪ Le azioni

Sono stati istituiti e sono attualmente regolarmente funzionanti:

- Un Servizio di Mediazione Culturale presso lo Sportello Unico del Distretto Sanitario di Viterbo e presso il Consultorio di Viterbo

- Un Ambulatorio Distrettuale di Medicina Generale per Stranieri Temporaneamente Presenti

- E' stato realizzato un progetto di educazione alla salute nell'anno 2005 accreditato dalla nostra azienda dopo essere stato sottoposto alla revisione tra pari; altri interventi sono in programma per l'anno 2006, articolati in due aree progettuali:

- area informazione e partecipazione
- area tutela della salute delle donne immigrate

- Sono stati effettuati interventi di formazione sulla rete degli operatori (70 operatori provenienti da enti ed istituzioni diverse(ASL, Comune, Provincia, Volontariato etc)

Il punto di forza del progetto: la creazione della rete.

Lavorare su azioni concrete verso un obiettivo comune, il benessere dei cittadini immigrati, ha reso possibile la creazione di una rete sia formale che informale. E' stata pertanto individuata una rete di governo del progetto: Distretto3 della ASL di Viterbo ,Provincia Viterbo e Medici di Medicina Generale ed una rete più allargata di cui fanno parte numerosi altri soggetti che sono coinvolti nella operatività del progetto: Il Dipartimento Integrazione socio-sanitaria e Tutela della Maternità e Infanzia, il Servizio Prevenzione Infortuni sui Luoghi di Lavoro, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, il Comune di Viterbo , la Scuola, le associazioni di volontariato (Caritas, Acli, Ar-ci).

Sviluppo della rete: inserimento nel progetto benessere cittadini immigrati di una parte gestita in collaborazione con il Servizio di Prevenzione degli Infortuni Sui Luoghi di Lavoro della ASL e con la Provincia di Viterbo.

Ciò al fine di mettere a punto una parte progettuale di formazione, informazione e ricerca riguardante i lavoratori stranieri e la sicurezza sul lavoro.

**L'IMPATTO DELL'INTERCULTURA SU UNA POPOLAZIONE
MINORILE IN CENTRI DI ACCOGLIENZA PER IMMIGRATI E
FATTORI FAVORENTI L'INTEGRAZIONE SOCIO-CULTURALE.**

M.A. Moretti, G.Cassinari, I.Kosturi, E.Pelargonio

ACISEL (Associazione Cooperazione Internazionale Studi E Lavoro) - Roma

Quando, dove e come inizia l'integrazione e l'interculturalità delle popolazioni immigrate? A tal proposito viene presentata l'esperienza di un centro di accoglienza per nuclei familiari immigrati soffermandosi sulla popolazione minorile.

I parametri che possono essere considerati per questo tipo di popolazione ed in queste particolari condizioni, sono stati selezionati e valutati come possibili fattori coadiuvanti al raggiungimento di un innesto nella vita della popolazione ospitante. E' stato anche preso in considerazione l'impegno di tutti gli operatori del Centro che sono stati aiutati da un tempo relativamente lungo di assistenza per conseguire, in gran parte, i risultati sperati.

Nel periodo di osservazione di 5 anni sono state assistite 69 famiglie provenienti da 24 nazioni. Quaranta famiglie con un totale di 169 figli sono state seguite nelle loro attività quotidiane giungendo ad una conclusione favorevole per una precoce e buona integrazione ed interculturalità del gruppo dei minori, ove la scuola gioca un posto molto importante, con il 69.64% di successo e la sanità con il 74% nel campo delle vaccinazioni. Tali successi sono stati resi possibili dal forte impegno di tutoraggio operato dagli operatori di tutti i livelli adetti all'assistenza dei nuclei familiari.

Pertanto i fattori favorenti l'integrazione e l'interculturalità sono da ricercarsi nelle condizioni e nel sostegno dei vari elementi interessati come sopra esposti.

Caratteristiche cliniche ed epidemiologiche della tubercolosi nei pazienti immigrati e autoctoni ricoverati nel Dipartimento di Malattie Infettive di Brescia dal Gennaio 2000 al Dicembre 2004.

I. El-Hamad, M.C. Pezzoli, C. Scolari, D. Bella, G. Cristini, F. Castelli A. Bergamasco, R. Allegri, D. Bertelli, F. Castelnuovo, G. Carosi
 Dipartimento di Malattie Infettive, Spedali Civili di Brescia

Obbiettivi: valutazione dell' impatto della tubercolosi (TB) sui ricoveri presso il Dipartimento di Malattie Infettive (DMI) di Brescia; delle caratteristiche cliniche ed epidemiologiche della TB nella casistica totale e confronto tra immigrati ed autoctoni in riferimento ai principali parametri epidemiologici e clinici della malattia tubercolare. Materiali e metodi: studio retrospettivo riguardante tutti i casi di TB ricoverati in Regime Ordinario (RO) o di Day-Hospital (DH) presso il DMI dal gennaio 2000 al Dicembre 2004. I dati demografici, epidemiologici e clinici dei pazienti inclusi sono stati informatizzati in un database di Microsoft Excel versione Office XP ed elaborati con un pacchetto informatico SPSS versione 12.0. Risultati: Nel periodo con dei 392 casi totali, 346 erano in RO e 46 in DH. Il trend è stato in aumento, sia in valore assoluto (da 58 nel 00 a 94 casi nel 2004), che in percentuale (da 2,2% nel 00 a 3,9% nel 2004), soprattutto a carico di pazienti immigrati e pazienti HIV negativi. Le principali caratteristiche sono riportate nella tabella suddivisi per nazionalità:

PARAM ETRI	ITALIANI (N. 93)	IMMIGRATI (N. 299)	I
Sesso. (It/Im* = 93/299)	Maschio = 45 (48%), Femmina = 48 (52%)	Maschio = 202 (68%), Femmina = 97 (32%)	(,00 1
Età (anni). It/Im* = 93/299	Media = 58,27. Range = 0,9 – 91,9	Media = 31,40. Range = 0,5 – 82,1	(,00 1
Occupazione (It/Im* = 90/282)	Occ. = 59 (65%), Disoc. = 31 (35%)	Occ. = 120 (43%), Disoc. = 162 (57%)	(,00 0
Istruzione (It/Im* = 89/282)	Analfabeta = 0, Medie inferiori = 75 (84%) Diploma+Laurea = 14 (16%)	Analfabeta = 0, Medie inferiori = 275 (98%) Diploma + Laurea = 7 (2%)	(,00 0
Localizzazione (It/Im* = 93/299)	Pol. = 49 (52%) Extrapol. = 29 (31%) Generalizzata = 15 (16%)	Pol. = 127 (42%) Extra-pol. = 105 (35%) Generalizzata = 66 (22%)	(,20 4
Contagiosità. It/Im* = 48/150	41/48 (85%)	115/150 (76%)	(,13 7

Aspetto radiologico It/Im* = 63/187	Tipico = 62 (98%) , atipico = 1 (2%) Neg.= 0 27 (42%)	Tipico = 176 (94%) ,Atipico = 8 (4%) Neg.=3 (2%) 64 (34%)	(,35 9 (,13 4
Escavazione. It/Im* = 63/188	29 (56%)	141 (81%)	(,00 0
Cutipositività.It/Im* = 51/173	3 (3%)	9 (3%)	(,57 2
Stato di HIV+.It/Im* = 90/289	89 (95%)	281 (93%)	(,36 9
Tasso notifica It/Im* = 93/299	Tipologia Istologica = 9 (9%) Ex-juv. = 18 (19%)	Micro- biol.=13(71,%) ,Clinicoradiol.=19(6%) Istologica = 23 (7,%) Ex-juv.=44 (14,%)	(,22 0 (,56 1
Tipo diagnosi It/Im* = 93/299	R^ ad almeno un farmaco It/Im* = 50/171	9 (18%)	(,20 8
MDR It/Im* = 50/171	1 (2%)	1 (0,6%)	(,39
R^* singola (.It/Im* = 49/171)	RMP=2(4%) , INH = 3 (6%)	RMP=2(1%), INH = 12 (7%)	(,12 5 (,56 1
Degenza (giorni).It/Im* = 85/261	Media = 23	Media = 20	(,05 4
Ritardo di diagnosi(mesi) It/Im* = 89/287	Media = 3,08 Range = 0,17-30,27	Media = 2,29 Range = 0,13-20,07	(,07 2

Discussione: la TB nella nostra realtà rappresenta una importante causa di ricovero, in cui prevalgono i soggetti immigrati. L'impatto della co-infezione HIV-TB si dimostra limitato sia tra gli immigrati che tra gli italiani. Il profilo di farmacoresistenza non appare allarmante; in particolare risulta pressoché inesistente la resistenza combinata ad isoniazide e rifampicina. La più alta cutipositività alla tubercolina negli immigrati al momento del ricovero suggerisce che il meccanismo patogenetico prevalente di sviluppo della TB sia quello della riattivazione di infezione tubercolare latente. La gestione dei pazienti affetti da TB durante il ricovero ospedaliero non presenta differenza tra immigrati ed italiani in riferimento al criterio diagnostico, alla durata della degenza e al tasso di notifica. Resta invece da migliorare il tempo che intercorre tra l'esordio della malattia e il momento della diagnosi in entrambe le categorie, soprattutto per i casi contagiosi.

Autore che presenta il lavoro: Issa El-Hamad, Dipartimento di Malattie Infettive, Spedali Civili, Piazza Spedali Civili 1, 25100 Brescia, Tel.030/3996638,Fax:030/303061,mail: issa1957@libero.it

Argomento: Salute e malattie

Nuove radici per la salute
"L'invito alla diagnosi precoce mammaria per la popolazione immigrata di Bologna"

A cura di Rosa Costantino, Gianni Saguatti, Daniela Carrillo

Abstract

Il progetto “New roots for Healty growth”, cofinanziato dal programma UE INTI, ha visto la Azienda Unità Sanitaria di Bologna, insieme con i partner delle città di Londra (UK) e Malmo (Svezia), impegnata in una ricerca sull’integrazione dei cittadini immigrati nei Paesi ospitanti ed in particolare nelle organizzazioni partner del progetto (Ausl Bologna; London - Barking City Council; Rosengard District of Malmo).

Dopo una prima indagine sulle peculiarità e sui discriminanti dei singoli sistemi nazionali coinvolti, nonché sulla condivisione delle strategie operative che stanno alla base delle buone pratiche rilevate, è stata concordata una strategia operativa che prevede di operare su due livelli distinti e coordinati: un livello transnazionale ed uno locale. Ci soffermeremo, in questa sede, sul secondo livello che ha riguardato il tema della “Cultura e Salute”. Tale scelta è stata determinata dalla considerazione delle peculiarità di una Azienda Sanitaria come la nostra e dal ruolo attivo che ricoprono le mediatrici culturali all’interno dell’organizzazione.

L’azione pilota locale si è concretizzata in una Campagna di comunicazione interculturale di sensibilizzazione alle strategie di lotta al carcinoma mammario, che è stata elaborata nel riconoscimento e nel rispetto delle diversità socio-culturali delle collettività di donne immigrate prese in esame.

***Essere donne e madri nella migrazione: un percorso nuovo in
servizi sanitari, sociali e psicologici realizzato a Milano in
una prospettiva transculturale e di rete.***

M. L. Cattaneo, G. Sacchetti, S. Dal Verme- Centro di salute e ascolto per le donne immigrate ed i loro bambini dell'Azienda ospedaliera S Paolo di Milano

M.Luisa Cattaneo

Indirizzo/i di posta elettronica: marialuisacattaneo@tiscalinet.it

Si intende presentare l'esperienza milanese di sperimentazione nei servizi del settore materno infantile di una modalità di lavoro con le donne migranti e le loro famiglie, condotta dalla Cooperativa CRINALI- Donne per un mondo nuovo, ispirata all'approccio della clinica transculturale .

Si intende mostrare come l'inserimento di mediatrici linguistico culturali nei Consultori Familiari , accompagnata dalla formazione delle operatrici/operatori italiani e da alcune modifiche organizzative , la partecipazione alla costituzione dei Centri di salute e ascolto per le donne immigrate e dei loro bambini presso il dipartimento materno infantile degli ospedali San Paolo e San Carlo, l'apertura di due Servizi di clinica transculturale per i minori e le loro famiglie in collaborazione rispettivamente con l'ASL città di Milano e con l'ASL2 provincia di Milano, la sperimentazione di nuove modalità di assesment in alcuni Centri di psicologia del bambino e dell'adolescente e in alcune UONPIA di quattro ospedali milanesi, siano andati a costituire un insieme di servizi che lavorano in rete e configurano un percorso di prevenzione ed assistenza alle donne migranti e alle loro famiglie in campo sanitario, sociale e psicologico capace di tener conto e valorizzare le specificità culturali. La metodologia utilizzata prevede in tutti i servizi l'integrazione di diverse professionalità, l'attenzione alla dimensione di genere , e alle differenze culturali.

Si intende discutere i risultati positivi dell'esperienza e i suoi nodi critici sia sul piano istituzionale che clinico.

ESPERIENZE DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN UN AMBULATORIO DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI

Patrizia Comuzzi

Servizio di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale

Istituto San Gallicano (IRCCS) – Roma

Via di San Gallicano, 25/a 00153 Roma

FAX: 0658543782

E-mail: Comuzzi.Patrizia@libero.it

Le basi teoriche dell'assistenza infermieristica permettono di operare nei confronti delle persone secondo criteri che aiutano a mantenere e recuperare lo stato di salute di chi viene assistito.

Uno degli obiettivi che permette di agire al meglio nell'assistenza infermieristica è quello di individuare come vive e gestisce la propria salute ogni persona che si rivolge all'infermiere, per poter così proporre il percorso d'aiuto più appropriato.

L'assistenza infermieristica deve tener conto della dimensione globale della persona sana per permettere così di aiutarla al raggiungimento del migliore grado di benessere.

Gli interventi che l'infermiere svolge sono di varia natura: relazionale, tecnica, educativa. L'attività infermieristica si basa sulla relazione d'aiuto cioè sulla capacità di instaurare un rapporto empatico, il più possibile paritario, in cui il sapere dell'assistito e quello dell'infermiere cercano le modalità di risoluzione ai problemi di salute.

Altre competenze sono quelle di natura tecnica, ma anche in questo caso è importante saper intervenire nel modo più appropriato tenendo conto della specificità della persona e del contesto globale della sua vita.

Molto importante, in ambito assistenziale, è la valutazione della cultura di appartenenza e di come questa influisca sul modo di vivere la salute, soprattutto quando il contesto culturale dell'operatore e del paziente siano particolarmente diversi.

Nell'ambito del Servizio della Medicina delle Migrazioni dell'Istituto San Gallicano, la caratteristica più importante che accomuna molti dei pazienti che si rivolgono presso l'ambulatorio, riguarda il loro contesto sociale, che è particolarmente influenzante il loro stato di salute/malattia. Questo contesto è caratterizzato da una serie di problematiche e carenze tali da determinare, a volte, stati di malattia veramente gravi. Tra le mancanze evidenziate, è possibile riscontrarne alcune con maggiore frequenza:

1. Mancanza di una rete familiare: non c'è nessuna persona conosciuta e stimata a cui affidare le proprie cure come, ad es., la madre;
2. Disponibilità economiche minime;
3. Mancanza o precarietà alloggiativa e lavorativa che può causare problemi di salute, ma che a volte diventano problemi vissuti come più importanti della salute stessa;
4. Mancanza di conoscenze sui sistemi di cura del Paese ospitante;
5. Utilizzo diverso e/o inappropriato di farmaci e di altre sostanze e presidi in modo incongruente con i principi della medicina allopatrica;
6. Insicurezza emotiva che procura preoccupazione ed ansia sproporzionata anche per la risoluzione di piccoli problemi o, al contrario, negazione completa della malattia;
7. Difficoltà o incomprensioni linguistiche con gli operatori sanitari;

L'assistenza infermieristica, per essere il più possibile personalizzata ed efficace, deve tener conto di quanto sopra descritto. Le priorità di intervento nei confronti di tali persone assistite possono essere:

1. Capire come il contesto di vita del paziente può influire sulle modalità di cura e se quest' ultima può essere eventualmente variata per creare meno disagi possibili.
 2. Capire, in forma discreta, quali possibilità economiche ha il paziente per affrontare le spese mediche, utilizzando per quanto possibile farmaci generici di campionario, schemi terapeutici semplici.
 3. Domandare in che modo problemi simili sarebbero stati risolti nel Paese di provenienza per fare un confronto e capire come utilizzare al meglio le capacità organizzative del paziente
 4. Spiegare sempre i motivi per cui occorre effettuare visite ed esami, come e dove farli.
 5. Rassicurare le persone assistite soprattutto se questi percorsi terapeutici sono lunghi e difficili.
 6. Stimolare la capacità della persona per utilizzare al meglio il Sistema Sanitario Nazionale, spiegando i percorsi terapeutici e le varie soluzioni possibili. Soprattutto a chi ha particolari difficoltà è utile offrire un aiuto anche a distanza (ad es., tramite telefono) per l'utilizzo di altre strutture e consulenza medico-sanitaria.
 7. Indirizzare gli utenti non solo alle strutture ed ai professionisti sanitari ma anche presso altri uffici e figure per ottenere indicazioni ed aiuto riguardo a problemi di altra natura..
 8. Quando le difficoltà linguistiche sono veramente non superabili, chiedere aiuto a un mediatore linguistico-culturale, collaborando insieme, senza delegare l'intervento solamente a questo operatore.
- Il contesto culturale, sociale e psicologico della persona sono estremamente determinanti sulla consapevolezza dello stato di salute. Nelle varie fasi della vita questo può cambiare e può variare anche quando solo uno dei contesti si modifica, influenzando così anche gli altri.

“Sulla frontiera del bambino migrante: dal modello teorico alla clinica”

A.Romano

Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale, IRCSS “San Gallicano”- Roma; Dipartimento di Scienze Neurologiche, Psichiatriche e Riabilitative dell’Età Evolutiva dell’Università “La Sapienza” di Roma.

Introduzione

L’etnopsichiatria nasce lungo la frontiera dove il proprio ed il diverso s’incontrano e si scontrano, là dove il proprio ed il diverso si manifestano “come due possibilità storiche di essere uomo”.

La metodologia etnopsichiatrica non esplora campi ben delimitati ma le frontiere di questi campi attraverso un approccio di tipo integrato, complementare fra diverse discipline: la medicina “ufficiale”, la medicina “tradizionale”, la psichiatria, la psicologia, l’antropologia.

Metodi: il nostro gruppo di ricerca si avvale di due osservatori sui minori migranti (IRCSS “San Gallicano” e Dipartimento di Scienze Neurologiche, Psichiatriche e Riabilitative dell’Età Evolutiva -DSNPREE- dell’Università “La Sapienza” di Roma) specifici per la prevenzione dei disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva.

In questo studio, il campione esaminato è costituito da una popolazione di 20 bambini ed adolescenti di età compresa tra i 4 ed i 16 anni. La popolazione in esame è stata suddivisa in tre sottogruppi in base al motivo della visita: il primo gruppo con disturbi di natura prevalentemente neurologica; il secondo gruppo con prevalenti disturbi di sviluppo ed il terzo gruppo con disturbi di natura prevalentemente psichiatrica. Elemento comune dell’iter diagnostico e del programma terapeutico è stato l’utilizzo del metodo integrato etnopsichiatrico (o metodo socio-antropopsico-biologico, o di antropologia medico-psicologica) nella presa in carico del minore e della famiglia del migrante. Obiettivo iniziale della ricerca è stato quello di sperimentare come il modello complementare dell’etnopsichiatria possa essere d’aiuto nell’elaborare una diagnosi, nell’inquadrare il disturbo del minore tenendo conto della cultura di appartenenza della famiglia, nel differenziare i tratti personali dagli aspetti culturali.

Discussione

I risultati preliminari della nostra ricerca hanno permesso di valutare l'efficacia del metodo etnopsichiatrico nell'accogliere, nel costruire un'alleanza individuale e sociale e nel sostenere la continuità dell'intervento. Si discute, pertanto, su un modello integrato di etnopsichiatria orientato ai minori, inteso non come una nuova tecnica psichiatrica specifica per gli stranieri ma come una disciplina scientifica di frontiera che ha come oggetto le frontiere d'identità dell'individuo in via di sviluppo: il bambino.

Bibliografia

- Algini M.L. e Lugones M. Emigrazione. Sofferenze d'identità. Quaderni di Psicoterapia Infantile.
- Coppo P. Tra psiche e cultura. Elementi di etnopsichiatria. Bollati Boringhieri (2003).
- James S., Prilleltensky I. Cultural diversity and mental health. Towards integrative practice. *Clinical Psychological Review* (2002), 22, 1133-1154.

Il Centro Di Psichiatria Multietnica George Devereux Di Bologna: Setting e Relazioni di Aiuto

I. Tarricone, F. Salvatori, S. Di Marco, L. Malaffo, F. Poggi, V. Spigonardo, D. Mangano, C. Fini, M. Morri, M. Nolet, L. Tonti, L. Parmeggiani, R. Maisto, A. Merini, G. Ferrari, D. Berardi.

Istituto di Psichiatria, Università di Bologna
Centro di Salute Mentale Ovest – Dipartimento di Salute Mentale AUSL Bologna

Introduzione: Il Centro di Psichiatria Multietnica George Devereux dell'Istituto di Psichiatria P. Ottonello (Università di Bologna, AUSL di Bologna) opera da 8 anni e ha sede in tre Centri di salute mentale dell' Area ovest della città (CSM Scalo-Tiarini-Nani). E' accessibile ai migranti quotidianamente dalle 8:00 alle 20:00 (orari di apertura del CSM) e può garantire anche eventuali emergenze. La giornata dedicata al lavoro con i migranti è il giovedì, quando l'intero gruppo multidisciplinare si riunisce. Metodi: Il centro offre ai migranti una gestione integrata del disagio psichico rispettosa delle diversità culturali. L'intervento principale è di tipo psicoterapeutico a setting gruppale, e può articolarsi in counselling sulle problematiche relative all'adattamento o in una psicoterapia maggiormente strutturata e di maggiore durata. Il progetto migratorio individuale viene esaminato e discusso negli incontri con i migranti per fornire ad essi strumenti di autoprotezione nei confronti della iniziale marginalizzazione e di alcuni nodi potenzialmente traumatici precoci, come lo shock culturale dovuto all' inadeguatezza dei codici interpretativi o alla perdita dei ruoli e delle loro identificazioni, o tardivi, come le reazioni nostalgiche legate alla consapevolezza del non ritorno o alla inadeguatezza della rete sociale. In quest'ottica supportiva è parte importante dell'intervento l'attività della assistente sociale, finalizzata a ricercare e attivare le risorse presenti nel territorio atte a risolvere problemi contingenti quali permesso di soggiorno, abitazione, difficoltà linguistiche, accesso ai servizi sanitari. Nei casi di gravi difficoltà linguistiche richiediamo la presenza del mediatore culturale. Nei casi in cui si rende necessario, ci si avvale infine anche di interventi psicofarmacologici. Risultati: Il setting gruppale e gli aspetti prevalentemente supportivi del lavoro con i migranti hanno mostrato efficacia transculturale. Un'eccezione è costituita dai rarissimi casi in cui la componente culturale ha un ruolo determinante nello sviluppo della sofferenza, che è antecedente all'emigrazione. La relazione d'aiuto è tesa soprattutto a migliorare le capacità di adattamento nella critica fase iniziale della migrazione e a favorire il rafforzamento dell'io tramite, ad esempio, l'acquisizione e l'identificazione con nuovi ruoli positivi. Conclusioni: La nostra esperienza ha evidenziato l'efficacia terapeutica del setting gruppale e della relazione di aiuto e ci ha permesso di formulare alcune ipotesi eziologiche sul disagio psichico dei migranti. L'efficacia terapeutica del setting di gruppo e della relazione di aiuto supportano l'ipotesi che il disagio psichico dei migranti afferenti al Centro Devereux origini soprattutto dallo shock culturale e/o dalla perdita dell'identificazione con il ruolo.

Progettare futuri
L'incontro tra operatori sanitari e immigrati del Dipartimento
Materno-Infantile .

A.Venturini*, P. Borgognoni**, L.Cerullo*** , P. Fagandini****, G.B. La Sala *
Azienda Ospedaliera Arcispedale S. Maria Nuova - Reggio Emilia

In Emilia Romagna negli ultimi cinque anni i residenti stranieri sono raddoppiati. L'Arcispedale S. Maria Nuova, che ha un bacino di utenza complessivo di 468.552 cittadini residenti e 887 posti letto, ha visto incrementare negli ultimi anni la sua utenza straniera,

gli stranieri ricoverati rappresentano il 11% della totalità dei ricoveri.

In una realtà sociale che è diventata multi-etnica, il Dipartimento Materno-Infantile rappresenta un osservatorio privilegiato e "obbligato" dei mutamenti sociali, culturali e familiari che stanno avvenendo nella nostra città. La nascita, la cura e l'allevamento dei figli, possono essere evidenziatori delle modalità e delle problematiche di inserimento degli immigrati nella nostra società. Ampliare la conoscenza e l'intervento in questo settore può costituire un'azione preventiva e favorire una reale integrazione reciproca.

Tale situazione ha fatto sì che questo reparto sia stato uno dei primi, assieme ad altri come il Pronto Soccorso, a dover affrontare gli effetti, le implicazioni e le conseguenze scaturite dall'incontro/impatto con questa nuova utenza e a sentire la necessità di conoscere più in profondità i bisogni degli immigrati per offrire servizi più adeguati e gestire meglio la situazione emergente

Inoltre è sempre più percepibile la situazione di disagio e difficoltà vissuta dagli operatori nell'attività clinico-assistenziale quotidiana rivolta all'utenza straniera. Tale difficoltà è dovuta sia ad evidenti problemi linguistici che ostacolano la comunicazione operatore-utente, sia alla mancata conoscenza dei reali bisogni degli immigrati che spesso non corrispondono a quelli offerti. Tutto ciò crea un notevole senso di frustrazione, insoddisfazione e impotenza nell'operatore. Negli anni il personale ha effettuato Corsi di aggiornamento con i mediatori culturali e due anni fa le problematiche sopra descritte sono state indagate con la metodica di focus group per gli operatori e di interviste semistrutturate per gli utenti stranieri. Tali strumenti sono stati ritenuti idonei a fare emergere valutazioni, giudizi, opinioni per attivare e realizzare azioni di miglioramento.

Ad oggi, dopo la sperimentazione di un anno di mediazione culturale nel Materno Infantile, abbiamo l'esigenza di capire se la percezione dello straniero da parte dei professionisti è cambiata e se il "conflitto" è diminuito.

La necessità prioritaria è quella di CONOSCERE per CAPIRE per poi AGIRE.

BISOGNI FORMATIVI TRANSCULTURALI: IL POPOLO MIGRANTE QUESTO SCONOSCIUTO

C. Melchiori¹, L. Rasero², P. Mondini¹

1:U.O. Formazione professionale Azienda Sanitaria Firenze

2: Dipartimento di Sanità Pubblica Università degli Studi di Firenze

L'allungamento della vita, la cronicizzazione di molte patologie, la crescita dei rischi legati alla diffusione di stili di vita non idonei sono i principali motivi che rendono necessaria un'assistenza sempre più proiettata sul territorio e più vicina ai cittadini. Ma a quali cittadini? Attualmente il nostro paese è caratterizzato da un forte fenomeno migratorio, descrivendo così una realtà sempre più multietnica. In passato si è affermato l'esistenza del fenomeno "effetto migrante sano" dovuto ad un'autoselezione di chi decideva di immigrare. Oggi, ammesso che giunga integro nel nostro paese, il patrimonio di salute del migrato si dissolve velocemente per una serie di fattori di rischio che vanno dal malessere psicologico alla sottoccupazione lavorativa.

Le differenze culturali, possono facilmente portare gli operatori ad una concezione assolutista del proprio sapere e della propria cultura e a storicizzare il proprio ruolo venendosi così a creare grosse problematiche nell'assistenza degli "altri". Per fornire un'assistenza competente e congruente è dunque necessario conoscere le differenze culturali in modo da spostarsi dalla monoculturalità alla multiculturalità. E' stata effettuata una **ricerca** presso il servizio infermieristico domiciliare del distretto 4 dell'ASF, volta a rilevare l'eventuale bisogno formativo in ambito transculturale e il potenziale interesse per l'aggiornamento/formazione in questo ambito. **Risultati** E' stato somministrato un questionario di 20 domande agli infermieri (10 di cui 8 femmine e 2 maschi di età media 38±9 (25:55) dal quale è emerso: solo il 40% è in possesso del diploma di scuola media superiore e il 33% ha effettuato corsi di specializzazione. Il 70% degli operatori ha un'anzianità lavorativa superiore a 11 anni ed è nello stesso servizio da oltre 4 anni (4:20). Il 90% ha frequentato corsi di aggiornamento nell'ultimo anno prediligendo gli argomenti dell'area medica/relazionale (90%) rispetto alla tecnica (10%). Non è emerso nessun riferimento ad una formazione transculturale, anche se il 40% presta normalmente attività a persone di altra etnia (approccio tecnico-pratico: 67%, educativo-relazionale: 33%). L'80% degli operatori segnala la necessità di una formazione mirata all'aumento delle conoscenze relazionali e multidisciplinari, soprattutto per quanto riguarda le patologie cronic-degenerative. **Conclusioni** Per rendere sempre più efficaci i servizi sanitari occorre formare gli operatori affinché sviluppino le competenze transculturali necessarie per prendersi cura e curare i migranti.

Solo attraverso una formazione continua degli operatori si possono fornire gli strumenti cognitivi ed operativi per poter riuscire a riconoscere, capire ed interpretare la diversità culturale e a non percepirla come "minaccia" ma piuttosto come risorsa da mettere in atto nel processo di presa in carico.

Donne Migranti

G. Cassarà, N.Candeh, G.Cascio, C.Farina, M. Carella, M.Affronti
Servizio di Medicina delle Migrazioni dell'AOU Policlinico Palermo

I flussi migratori coinvolgono in egual misura uomini e donne, anche se in genere si pensa che siano gli uomini i principali protagonisti di tale fenomeno.

E' un dato di fatto che la maggiore o minore presenza femminile sia condizionata dalla cultura del paese di provenienza e del ruolo sociale e familiare rivestito.

In Italia le donne immigrate sono le incontrastate protagoniste dei ricongiungimenti familiari (il 39% dei permessi di soggiorno delle immigrate è per motivi familiari).

Il ruolo principale della donna immigrata, soprattutto se proveniente da paesi di cultura islamica, è la cura della famiglia e l'educazione dei figli.

A questo percorso migratorio "tipo", si sono aggiunte, nel corso di questi ultimi anni,

nuove tipologie di progetti migratori in cui le donne rappresentano le "pioniere" di nuove catene migratorie sulla spinta di fattori meramente economici.

Emerge il fenomeno delle "badanti": donne prive di permesso di soggiorno provenienti dall'Est Europa, per lo più coniugate anche se solo una piccolissima percentuale vive qui in Italia con la propria famiglia. La maggior parte si trova in Italia senza parenti per trovare lavoro presso famiglie per prendersi cura di anziani non auto-sufficienti che hanno bisogno di assistenza continuativa.

Generalmente gestiscono da sole il carico di questi anziani, senza alcuna possibilità di ritagliarsi una propria vita o propri spazi. La lontananza dai propri cari, la sofferenza di chi viene accudito, le condizioni di vita alienanti creano spesso sindromi depressive, insonnia, isolamento totale dalla vita sociale.

Vista la condizione vissuta da queste donne e visto il loro bisogno di raccontarsi e di incontrarsi, è nata l'idea di un laboratorio autobiografico che possa essere contenitore per i vissuti depressivi inevitabilmente connessi ad una situazione alienante ed il luogo ideale per ritrovare il contatto con se stesse e con il proprio vissuto grazie al confronto con esperienze simili. La scrittura autobiografica e la narrazione in genere, infatti, sono strumenti dalle innumerevoli potenzialità, sfruttabili nei processi di costruzione-creazione di significato fondamentali per l'individuo anche se non sempre facili da realizzare.

Uno degli aspetti più deprecabili dell'immigrazione è quello rappresentato dalla "tratta" di giovani donne provenienti dalle regioni più povere dell'Africa e dell'Europa Orientale. Queste ragazze vengono sradicate dal loro contesto familiare e affettivo attraverso la violenza fisica e psicologica, attraverso l'inganno e il ricatto.

Rappresenta questa una nuova forma di schiavismo moderno ai danni di persone già provate dalle difficili condizioni di vita nei paesi di origine.

Il reclutamento varia a seconda del paese di provenienza (Albania, Nigeria,...) ma è sempre gestito da organizzazioni criminali internazionali che sfruttano queste donne attraverso il mercato della prostituzione.

Da più di 4 anni il nostro ambulatorio collabora con il “Progetto Maddalena”, uno dei tanti attivi sul nostro territorio grazie al programma nazionale di assistenza, protezione e integrazione sociale di donne che riescono a sfuggire dalle maglie di queste reti criminali.

Attraverso una stretta collaborazione con le operatrici di questo progetto, abbiamo creato una corsia preferenziale, all’interno dell’attività del nostro ambulatorio, in modo da venire incontro alle esigenze di ragazze dedite alla prostituzione e vittime di “tratta”. Questo “spazio dedicato” ci ha permesso di seguire clinicamente 15 pazienti solo nel 2005, assicurando loro controlli ematochimici, microbiologici e ginecologici; si tratta per lo più di giovanissime nigeriane che si rivolgono, nottetempo, alle unità di strada del Progetto Maddalena per ottenere preservativi, consigli o perchè terrorizzate dalle madam e dai loro riti woodoo.

Gli aspetti più problematici della migrazione femminile, legati alla maggiore vulnerabilità del sesso debole, non riescono ad offuscare d’altro canto quella che è la forza della presenza delle donne nel fenomeno migratorio: l’indiscutibile effetto stabilizzante esercitato sull’integrazione sociale e culturale.

La donna migrante risulta essere il perno di una struttura sociale riconoscibile in tutto il mondo al di là di differenze di cultura o di religione ed intorno ad essa si ricrea spontaneamente un sistema antico e sempre attuale di convivenza.

Le nostre case, i nostri mercati, i nostri genitori, i nostri figli, noi stessi ritroviamo, attraverso donne provenienti da mondi lontani, modelli di comunicazione e di vita che ci appartengono profondamente.

“II Nursing e il modello transculturale: formulazione di un nuovo protocollo di accoglienza ed assistenza per una rinnovata relazione d’aiuto con l’utenza multietnica” (2004-2006)

Oriana Di Cara

A conclusione della valutazione effettuata sui risultati ottenuti, possiamo attestare che il fenomeno dell’immigrazione, nel territorio palermitano, è di recente formazione o, per meglio dire, di recente consolidamento, considerando l’alta percentuale, rispetto alle rilevazioni passate, di presenze extracomunitarie all’interno delle strutture di accoglienza per immigrati e, la relativa affluenza nel resto delle strutture ospedaliere.

Ciò ci ha indotto a considerare che, sebbene i disagi di diversa natura che la condizione di immigrato induce, l’utente straniero è a conoscenza ed al contempo, fruitore, dei servizi messi a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel relazionarsi con il contesto socio-sanitario in generale, il paziente immigrato dichiara, in parte, di avere appena percepito negli operatori la relativa tolleranza nell’accettare le sue tradizioni; tuttavia, questa disponibilità all’accoglienza è legata, purtroppo, solamente ad una motivazione di tipo storico - culturale che risale ai tempi dell’Alto Medioevo, quando sotto Federico II, la Sicilia era terra di incontro e di fusione tra le diverse etnie e si diffuse la cultura dell’ospitalità. Le caratteristiche comportamentali del popolo siciliano sono, quindi, di grande disponibilità alla convivenza con popoli di diversa provenienza. Ma questo, che sembra quasi un auspicio o, comunque, non è un aspetto che intacca praticamente l’accoglienza ospedaliera odierna, resta un fatto, o meglio una caratteristica quasi genetica del siciliano, che non trova supporto pratico nell’organizzazione dell’intero Sistema Sanitario Nazionale.

Abbiamo rilevato una serie di carenze formative e strutturali, che denotano l’assenza di un orientamento gestionale, indirizzato verso l’utenza multietnica e, in ogni caso, la mancata applicazione delle normative vigenti in tal senso, non trova riscontro giuridico o una supervisione di controllo, da parte degli Enti Istituzionalmente competenti.

L’aspetto più preoccupante, a nostro avviso, è rappresentato dal “vuoto culturale” presente nella società e nella classe dirigente del nostro Paese che, nonostante i più begli auspici tanto declamati, non presenta iniziative significative in questa direzione e, si continua a diffondere la sottocultura dell’aspetto immigrazione, come problema da risolvere con i Centri di accoglienza e, non come una tanto potenziale quanto incredibile risorsa umana e culturale.

Vale la pena ricordare che la nostra esperienza di volontariato e l’attività tecnico – pratica è stata svolta all’interno di strutture specializzate...

Cosa succede in quelle non specialistiche?

L’impressione, a volte, era quella di approssimazione e di improvvisazione, legata alla sola buona volontà, mista ad esperienza, di chi vi prestava servizio e con cui possiamo solamente complimentarci per l’impegno profuso!!

In realtà, sappiamo bene che la relazione terapeutica, in un contesto multiculturale, non richiede solamente la sensibilità alla tolleranza ed una approfondita conoscenza antropologico - culturale dei fattori filosofico-religiosi e comportamentali, responsabili del riconoscimento dei bisogni singolari e specifici dell’individuo; l’operatore Infermiere deve, comunque, possedere il proprio bagaglio tecnico relativo alle applicazioni dell’attività clinico –

pratica, creando un equilibrio perfetto tra fattori psicologico - comunicativi, misti alla conoscenza di cui si accennava precedentemente. Tutte queste capacità devono essere finalizzate all'approccio del paziente extracomunitario, durante il momento dell' accoglienza; e all'utilizzo dei fattori assistenziali, che determinano la fase più propriamente operativa della relazione operatore – paziente.

Possiamo affermare di essere circa 40 anni indietro rispetto all'intuizione della Leininger che, certamente favorita da un quadro sociale diverso rispetto al nostro per storia (ricordiamo che l'America è stata esplorata ufficialmente solo alla fine del '400) per conformazione, (vale a dire che già dal ceppo iniziale americano sono presenti diverse nazionalità), e per sistema organizzativo (non possiamo non menzionare un sistema sanitario efficiente, pur essendo di tipo privatistico). Negli anni '60 la teorica percepì il discorso legato alle etnie, come un'esigenza da trasferire all'interno del comparto assistenziale, creando un modulo di ricerca e di applicazione che potesse coinvolgere, in prima battuta gli operatori sanitari ed, in particolare la categoria infermieristica.

Trovando, poi, il giusto credito presso le Istituzioni di categoria, lo approfondì e lo diffuse con successo in tutto il mondo.

Tutt'oggi, il suo modello di assistenza, trova applicazione nel sistema sanitario americano, che le ha riconosciuto molti meriti e, soprattutto, la paternità dell'iniziativa.

Ovviamente, il nostro vuole essere un tentativo di indagine e di metodo che non possiede certamente la soluzione dei problemi legati all'assistenza e/o alle carenze del sistema.

Vogliamo fare la nostra parte, per mostrare che si può e si deve attuare un'inversione di tendenza e, soprattutto, che si cominci, di là delle parole convenzionali e retoriche, a parlare di diversità come patrimonio culturale e non come un modello dal quale difendersi, per marcare la nostra identità culturale.

L'obiettivo del corso di studi intrapreso, come tutti i corsi accademici, è quello di creare "coscienze critiche", alle quali si arriva dopo un percorso culturale duro e impegnativo, che presuppone un impegno sociale ed una buona struttura di base a livello etico e morale.

E' questo l'unico modo con il quale ci hanno insegnato a svolgere il ruolo di Infermieri; ed è questo il motivo fondamentale, per il quale continueremo giornalmente a rivolgere le nostre attenzioni verso quel segmento di popolazione bisognosa di cure, siano essi di razza ariana o di qualsiasi altra cultura ed etnia.

Controllo dell'infezione tubercolare latente negli immigrati extracomunitari

A. Pupo(*), E. Faccini (°)

(*) Servizio Igiene e Sanità Pubblica – Azienda ULSS n. 9 – Treviso

(°) Unità Operativa di Pneumologia – Azienda ULSS n. 9 - Treviso

Premessa

Presso il Servizio Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda ULSS 9 è attivo l' "Ambulatorio Preventivo per Immigrati" che svolge attività di profilassi e cura delle malattie infettive e assistenza medica di base ai cittadini stranieri irregolari e in collaborazione con l'Unità Operativa di Pneumologia applica un protocollo per il controllo dell'infezione tubercolare latente negli utenti che vi accedono. Vengono di seguito presentati brevemente i dati dell'attività svolta in questo ambito negli anni 2003 e 2004.

Metodologia

A tutti gli utenti immigrati che accedono all'ambulatorio per gli Immigrati viene proposto, assieme ad altre indagini per il controllo di alcune malattie infettive, il test Mantoux. Il protocollo prevede:

Mantoux < 10 mm. = in assenza di altri fattori di rischio (coinfezione HIV, contatto stretto con caso indice, ecc..), Test negativo/nessun ulteriore accertamento

Mantoux ≥ 10 mm. = Test positivo/radiografia del torace. Se infiltrato tra 10 e 14 mm e radiografia del torace normale, stop. Se infiltrato ≥ a 15 mm, visita specialista pneumologica nel corso della quale, se non ci sono controindicazioni, dopo adeguate spiegazioni e verifica della reale fattibilità da parte dell'immigrato (non estrema precarietà sociale, ragionevole persistenza in zona nel periodo dovuto, ecc) viene proposta la terapia preventiva con isoniazide per 6 mesi.

Il soggetto che accetta ritorna all'ambulatorio per gli immigrati dove effettuerà le indagini emotochimiche previste prima e durante il trattamento e dove riceverà direttamente i farmaci, consegnati in genere con cadenza mensile.

Risultati

Durante il biennio 2003-2004 presso l'Ambulatorio Preventivo per Immigrati sono stati visitati in totale 922 nuovi soggetti, provenienti da tutte le regioni del mondo, prevalentemente dai paesi dell' Est Europa e Africa subsahariana. Di questi

- Il 79 % (727 soggetti) ha accettato di eseguire il test Mantoux ed è ritornato dopo 2 giorni per la lettura del risultato.
- Il 29 % (208 soggetti) è risultato positivo al test e il 9 % (66 persone) aveva un infiltrato ≥ a 15 mm.
- Il 56 % dei positivi (116 soggetti) ha eseguito la radiografia del torace, risulta in tutti i casi negativa per malattia tubercolare. 7 donne, di cui 6 con Mantoux ≥ 15 mm. non hanno eseguito il controllo radiologico perché in stato di gravidanza.

- Il 47 % dei soggetti con Mantoux ≥ 15 mm (28 soggetti su 60 che avrebbero avuto i requisiti per la terapia preventiva secondo il nostro protocollo, non considerando le 6 donne gravide) hanno effettuato la visita pneumologica.
- Al 93 % dei visitati (26 individui) è stata consigliata la terapia preventiva.
- Il 61 % (16 soggetti su 26) ha portato a termine il ciclo terapeutico.

Commento

La maggior parte degli utenti dell'ambulatorio per immigrati è rappresentata da persone che vivono in uno stato molto precario dal punto di vista economico-sociale, trattandosi di soggetti da poco in Italia, ancora clandestini, senza stabilità lavorativa e abitativa. Per questo l'adesione dell'80% al test Mantoux, che comporta un secondo accesso, appare già particolarmente elevata. Il proseguimento delle indagini, invece, viene meno seguito mano a mano che aumenta il numero degli accessi (visita pneumologica, prelievi ematici, ritiro farmaci, ecc). Alla fine, infatti, solo 16 soggetti dei 60 che avrebbero potuto beneficiare del trattamento, poco più di 1 su 4 cioè, ha effettuato e portato a termine il ciclo di terapia preventiva antitubercolare.

Considerando che la tubercolosi rappresenta il maggior rischio di salute dovuto a malattie infettive per i cittadini extracomunitari, alla luce dei nostri risultati l'attività di controllo e prevenzione della TB deve essere non solo mantenuta ma anche favorita, migliorando in modo particolare gli aspetti comunicativi del rischio e della prevenzione e quelli logistico/gestionali cercando di ridurre il numero degli accessi.

L'unità di strada: una metodologia di accesso e messa in rete dei servizi socio-sanitari

D. T. Castellano Chiodo, A. Portoghese, R. Parisi

Associazione TerrAmica Onlus Catania

È da tempo ormai che la Sicilia è Paese d'approdo e territorio transfrontaliero dell'Europa per i migranti provenienti, per lo più dai paesi africani e asiatici che da qui tentano l'ingresso nel territorio europeo e l'inizio di una vita più agiata e dignitosa.

Naturalmente i dati ufficiali sull'immigrazione si riferiscono alle situazioni di immigrazione regolarizzata, la reale presenza nel territorio degli immigrati irregolari e/o clandestini si può solo stimare.

Un ambito dove certamente la clandestinità e l'irregolarità è utilizzata, perché perseguito penalmente dal nostro ordinamento, è sicuramente la tratta di donne allo scopo di sfruttamento della prostituzione.

I valori che ispirano le moderne società e che muovono le nostre attività quali il rispetto della natura umana e dell'esigenza di dignità ad essa associata indipendentemente dalla razza, dalla religione, dalla lingua, dalla provenienza geografica, ci hanno spinto ad occuparci di queste donne che, se pur clandestine o irregolari, popolano strade e quartieri ben noti a tutti nelle nostre città.

La metodologia che ci ha permesso, e ci permette, di contattare le donne lì dove sono presenti e ben visibili a tutti è appunto l'Unità di Strada.

Le Unità di Strada effettuate dai nostri operatori e volontari due volte la settimana hanno lo scopo di:

- Sensibilizzare le donne alla prevenzione del diffondersi delle malattie infettive a trasmissione sessuale, in prima istanza attraverso la fornitura gratuita di preservativi;
- Fornire informazioni per l'accesso ai servizi socio – sanitari del territorio, anche con accompagnamento agli stessi da parte dei nostri operatori;
- Fornire prime informazioni sull'Associazione e sui servizi di consulenza giuridica e sociale organizzati per i cittadini immigrati;
- Dare sostegno psico-sociale.

Durante le Unità di Strada svolte nel corso dell'anno 2005 sono state contattate 64 donne provenienti per lo più da Paesi Africani (38 donne dalla Nigeria, Ghana, Togo, Benin) e sudamericani (17 dalla Colombia, Santo Domingo).

Nel 98% circa dei casi le prostitute contattate sono clandestine, nel 2% circa irregolari. Questo dato diviene ancora più facilmente leggibile se si tiene in considerazione che la prostituzione in strada è svolta prevalentemente da ragazze sempre più giovani che:

- sono appena arrivate nel Paese e quindi non conoscono né la lingua, né i propri diritti, né i servizi territoriali fruibili anche dai clandestini e/o irregolari;
- sono vittime di tratta e quindi subiscono situazioni di violenza e di coercizione da parte delle organizzazioni criminali, almeno in un primo momento;
- continuano ad esercitare la prostituzione perché devono estinguere il debito contratto per il viaggio di arrivo e non vedono un'alternativa, ugualmente remunerativa, svolgendo altra attività lavorativa.

Anche nel contatto con questa tipologia di utenza è di fondamentale importanza il tipo di approccio e di linguaggio (verbale e non) che si utilizza.

Pur non esistendo modelli rigidi a cui fare riferimento, né particolari forme di comunicazione, abbiamo riscontrato come, già nel primo contatto con le donne (che forse sarà anche l'ultimo) devono passare sì le principali informazioni sui servizi per gli immigrati, nonché deve chiarirsi il nostro ruolo e la nostra funzione.

Soprattutto è l'atteggiamento empatico, l'ascolto sospeso dal giudizio, la manifestazione di autentico interesse per la persona e per il rispetto della dignità dell'essere umano, che deve emergere nella comunicazione e che ispireranno fiducia e autenticità nel rapporto tra "operatore" e "utente". E scendere con loro "in strada" è il primo, più semplice passo, per dimostrare il nostro rispetto e il nostro interesse ai loro bisogni.

Una volta instaurata una relazione di fiducia, autenticità ed ascolto la donna si apre al racconto dei propri vissuti, delle sue condizioni di vita nonché dei bisogni, delle necessità e talvolta dei sogni che vorrebbe realizzare.

L'attività che è stata prevalentemente richiesta dalle donne, durante le Unità di Strada, si è rivelata proprio l'assistenza medico – sanitaria per la quale si è proceduto ad effettuare gli accompagnamenti ai servizi ambulatoriali territoriali e ospedalieri con i nostri operatori (mediatori culturali e linguistici, volontari).

È emerso chiaramente che le prestazioni sanitarie maggiormente richieste dalle donne sono state: di natura ginecologica (IVG, Visite Ginecologiche, PAP test) e test HIV in anonimato.

L'accompagnamento ai servizi sanitari da parte degli operatori ha permesso non solo la mediazione linguistica ma soprattutto la mediazione culturale tra medico e paziente. Senza l'aiuto di questi, infatti, le differenze culturali legate, ad esempio, alle credenze religiose, alle pratiche mediche, all'utilizzo dei farmaci, nonché ai pregiudizi e ai luoghi comuni che si hanno sugli immigrati sarebbero state insormontabili.

Per di più i nostri operatori hanno svolto un'importante funzione di mesa in rete dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri che, con il loro aiuto, hanno seguito sinergicamente e multidisciplinariamente i singoli particolari casi.

Conclusioni

La metodologia dell'unità di strada si è, in definitiva rivelata, come la più efficace per contattare direttamente le donne e per facilitarne l'accesso ai servizi soci – assistenziali del territorio e in particolare a quelli sanitari maggiormente sentiti e richiesti dalle donne stesse.

L'attività di accompagnamento, poi, ha permesso alle donne avviate alla prostituzione di fruire dei suddetti servizi avvalendosi dei mediatori linguistico–culturali che hanno svolto, inoltre, funzione di tramite e di messa in rete dei diversi settori della sanità.

Si auspica dunque che l'unità di strada sia maggiormente tenuta in considerazione e pensata come un nodo della rete socio-sanitaria che può migliorare la modalità di accesso ai servizi sanitari dell'utenza più debole, al fine di organizzare servizi sanitari più facilmente fruibili dai cittadini immigrati e che rispondano effettivamente alle esigenze di un'utenza "diversa", sempre in aumento ma che allo stesso modo deve essere rispettata ed integrata.

LA MEDIAZIONE CULTURALE

S. Palmeri

PRESENTAZIONE

Nell'ambito dello studio delle migrazioni, considerate prevalentemente come immigrazioni da lavoro di cui spesso non vengono considerate le implicazioni sociali, culturali e politiche, emerge un bisogno di ricomposizione sociale, il quale si traduce, nell'esigenza di creare una figura professionale, in grado di valorizzare le diversità pur favorendo l'**integrazione** e la **comprensione** reciproca.

METODOLOGIA

Il fenomeno dell'immigrazione comporta una profonda trasformazione del tessuto sociale e civile richiedendo un cambiamento nei modi di agire e di pensare delle persone e delle istituzioni, che può realizzarsi esclusivamente tramite un potenziamento delle conoscenze e delle competenze professionali necessarie per affrontare le complesse tematiche legate ai processi migratori; Il professionista dovrà riuscire ad inventare un metodo, una zona franca ed intermedia che permetta alle parti coinvolte di comprendersi indipendentemente dai pregiudizi e dalle convinzioni reciproci.

RISULTATO

Il mediatore culturale è una figura professionale capace di creare un ponte tra gli utenti stranieri e le istituzioni del paese ospitante. Egli opera nel punto di incontro delle due culture, sia a livello umano e sociale, sia a livello tecnico e amministrativo diventando un'utilissima **figura di riferimento**. **Grazie alla neutralità della sua professione**, non rappresentando essa in particolare nessuna delle parti interlocutrici, garantisce l'instaurarsi di un **dialogo** su base paritaria, nel rispetto delle reciproche differenze. Il fine del mediatore è quello di **rimuovere gli ostacoli culturali**, per **favorire lo scambio e la comunicazione tra culture diverse**.

DISCUSSIONE

Non esiste una sola forma di mediazione, ma essa varia così come mutano i modelli di integrazione, differenti se orientati all'assimilazione, alla convivenza tollerante tra i gruppi oppure allo scambio interculturale. L'analisi dei processi, attraverso i quali i mediatori lavorano, può rappresentare, infine, la possibilità di diffondere la cultura del dialogo, della tolleranza e del rispetto della dignità e dei diritti umani oltre che creare un osservatorio privilegiato per individuare e sostenere i percorsi degli immigrati, permettendo il riconoscimento degli soggetti migranti.

Progetto di orientamento itinerante per la promozione della salute della donna e della famiglia migrante

B. Maisano, M.L.Landeo, A. Pietrosanto, G. Castro Cedeno

L'area sanitaria della Caritas si fonda sulla convinzione che il diritto alla salute appartiene all'uomo indipendentemente dal suo status giuridico di cittadino, immigrato regolare o clandestino.

La tessera STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) dal 1995 permette agli immigrati clandestini di non aver più solo il servizio di pronto soccorso, ma dà loro il diritto di usufruire delle prestazioni sanitarie del SSN a parità di condizioni con gli italiani: assicura loro le cosiddette "cure essenziali ed urgenti", ecc... la tessera STP ha una durata rinnovabile di 6 mesi. La regione Lazio ha ritenuto opportuno assicurare la medicina di base agli stranieri temporaneamente presenti garantendo loro l'accesso ad ambulatori di medicina generale.

L'area sanitaria della Caritas rivolge una particolare attenzione all'orientamento sanitario di chi non ha diritto all'iscrizione al SSN. Ed è proprio per rispondere ad un'esigenza di orientamento "itinerante" che è stato immaginato il progetto di "Orientamento Itinerante per la Promozione della Salute della Donna e della Famiglia Migrante".

Questo progetto ha coinvolto 7 centri d'ascolto Caritas parrocchiali e ben 13 comunità etniche: la scelta di promuovere questa collaborazione si basa sulla convinzione che il coinvolgimento delle comunità etniche e la loro partecipazione attiva sono fondamentali nel percorso di raggiungimento di pari diritti e dignità degli immigrati.

Il progetto di Orientamento Itinerante per la Promozione della Salute della Donna e della Famiglia Migrante ha diversi finalità:

- Rispondere concretamente ai bisogni socio-sanitari della popolazione immigrata irregolare con una rete di orientamento itinerante costituita dai referenti delle Comunità etniche e Centri d'ascolto.
- Diffondere tra gli immigrati irregolari una cultura di diritto alla salute indipendentemente dal loro stato di irregolarità.
- Potenziare il ruolo della comunità etnica d'appartenenza nella Promozione della Salute.
- Formare dei referenti fra i volontari dei centri d'ascolto delle Caritas parrocchiali e delle comunità etniche, coinvolgerli attivamente nella verifica dei servizi sanitari e della loro fruibilità.

La mappa di fruibilità non è un indirizzario completo ma una mappatura dei luoghi e dei servizi verificati dai referenti e ritenuti da loro realmente fruibili. Questa sua caratteristica spiega perché la mappa necessita un aggiornamento costante che vede protagonisti i centri d'ascolto delle Caritas parrocchiali e le comunità etniche. (Come copertina della mappa di fruibilità si è scelta la "città multietnica". Tre pittogrammi di comprensione universale indicano dove viene erogato il tesserino STP e dove si trovano gli ambulatori di medicina di base per stranieri temporaneamente presenti. L'area sanitaria della Caritas vorrebbe proporre i tre pittogrammi alla Regione Lazio.

La mappa di fruibilità contiene alcune informazioni utili al suo utilizzo quali la ripartizione della città di Roma in Ausl ed nei loro rispettivi municipi, ed i numeri di telefono delle sedi generali delle Aziende Sanitarie.

All'interno della mappa sono elencati gli indirizzi delle diverse Ausl dove si rilascia il tesserino STP e dove si erogano le prestazioni di Medicina di Base.

Il poliambulatorio Caritas ha un protocollo d'intesa con la AUSL RMA che lo riconosce come ambulatorio di medicina generale per STP.

L'aggiornamento continuo della mappa è assicurato da un foglio informativo mensile della rete di orientamento.

Il consolidamento della rete di orientamento è reso possibile con la partecipazione al GRIS, strumento efficace per portare le istanze delle diverse comunità etniche in sede regionale.

Il 29 marzo 2006, presso il Vicariato di Roma, si è tenuto un Convegno sui temi dell'Emigrazione e Salute: "Partecipazione della Comunità Cristiana alla Promozione dei Diritti alla Salute" al quale sono stati invitati tutti i componenti della rete di Orientamento Itinerante (Comunità Etniche e Centri d'Ascolto coinvolti nel progetto).

Dermatologia tropicale tra realtà e fantasia

Silvana Trincone, Valeska Padovese, Margherita Terranova, Gennaro Franco e Aldo Morrone

Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale

IRCCS S. Maria e S. Gallicano Roma

Introduzione

La Dermatologia Tropicale sembra essere tornata prepotentemente di attualità, specialmente in questi ultimi anni, anche in rapporto ai fenomeni di mobilità delle popolazioni, in particolare quelle immigrate dai Paesi in via di sviluppo. Ma oggi la definizione di “dermatologia tropicale” non sembra più corrispondere alla vecchia accezione di patologie cutanee esotiche, determinate dalla localizzazione tropicale o sub-tropicale di questi Paesi.

In passato la dermatologia tropicale rappresentava una branca della medicina coloniale e già questo termine rimandava ad una realtà socio-culturale e scientifica ben caratterizzata.

E' molto frequente ancora oggi osservare l'uso come sinonimi, dei termini paesi tropicali e paesi in via di sviluppo (PVS), o addirittura la vecchia espressione “terzo mondo”, o Nord e Sud, senza sapere invece, che oggi essi sottendono valori e significati assai diversi.

E' evidente la difficoltà di utilizzare espressioni che siano al contempo corrette e che esprimano didatticamente le differenze tra i diversi paesi del mondo.

Un miliardo e trecento milioni di abitanti del Pianeta sono, praticamente, senza futuro, senza possibilità di lavoro, senza un'accettabile condizione igienico-sanitaria. E la maggior parte di tutta questa umanità povera, vive nei paesi tropicali, per questo spesso nasce la confusione tra Paesi tropicali e PVS. Non sono certo l'ambiente climatico o la latitudine che determinano la povertà e la mancanza di salute di un paese. L'Australia, pur inserita in un clima equatoriale, non presenta affatto le condizioni di povertà e di insalubrità che si osservano negli altri paesi equatoriali o sub-tropicali. Quali sono le malattie, ed in particolare quelle cutanee, realmente più diffuse nei paesi tropicali?

Materiali e metodi

Per valutare la reale prevalenza ed incidenza delle patologie cutanee in un'area tropicale, abbiamo preso in considerazione le principali dermatosi osservate dal gennaio al dicembre 2005 presso l'Italian Dermatological Hospital (IDH) di Mekellè in Etiopia. Si tratta di 9213 pazienti (4515 donne e 4698 uomini) di età compresa tra 1 e 67 anni (range 36 anni) per un totale di 19.860 visite effettuate da sei dermatologi e due infettivologi che si sono succeduti nell'attività quotidiana dell'ospedale, coadiuvati da tre infermieri locali. In molti pazienti si sono riscontrate fino ad un massimo di nove patologie diverse contemporaneamente. Sono state inoltre praticate nel corso dell'anno 289 biopsie cutanee in soggetti affetti da patologie di particolare complessità. In 32 casi è stato richiesto un teleconsulto, attraverso la rete telematica dell'Alleanza Ospedali Italiani nel Mondo del Ministero della Salute. L'attività clinica, istopatologica e terapeutica è stata condotta in collaborazione tra l'Istituto San Gallicano (SC di Dermatologia Tropicale ed il Laboratorio di Istopatologia), l'IISMAS onlus (Istituto Internazionale di Scienze Mediche, Antropologiche e Sociali), L'associazione Camminare Insieme onlus di Torino e la Clinica Dermatologica dell'Università di Torino

Risultati

Nella classifica dei primi dieci gruppi di patologie osservate, abbiamo rispettivamente: dermatosi non infettive (43%), infezioni micobatteriche (21%), infezioni fungine (19,5%), infezioni parassitarie (17%), infezioni batteriche (23,2%), infezioni protozoarie (13%), infezioni virali (12%), infezioni sessualmente trasmissibili, ivi compresa HIV/AIDS (11%), neoplasie cutanee, compresi carcinomi e melanomi (10%), infezioni tropicali (8%)

Discussione

La nostra esperienza e gli studi condotti sulla popolazione generale nelle regioni tropicali, indicano che l'attività dermatologica ordinaria, sia nei centri di primo livello che in quelli specializzati, deve affrontare in massima parte malattie meno "esotiche" e sensazionali, ma più diffuse e comuni, come l'eczema, la psoriasi, il lichen R.P., il lupus eritematosus, la scabbia, le piodermi, le micosi superficiali, le infezioni sessualmente trasmissibili, compresa HIV/AIDS e, del tutto recentemente i tumori cutanei, in particolare l'epitelioma spinocellulare ed il melanoma.

Le infezioni ad eziologia specificatamente tropicale, anche se alcune possono essere particolarmente gravi ed è quindi opportuno individuarle tempestivamente e in modo corretto, non sono le più frequenti benché a nostro parere siano comunque diffuse, ma di maggiore difficoltà nell'individuarle, anche per la mancanza di adeguate campagne di prevenzione e diagnosi precoci e di personale specificamente formato nelle diverse aree rurali. L'attività specialistica ad esse dedicata risulta però molto scarsa ed ha più o meno le stesse basse percentuali sia in Paesi dove il livello di vita può considerarsi più elevato, sia in Paesi ancora in via di sviluppo.

Nei paesi a forte flusso immigratorio, quando arrivano individui originari dei paesi tropicali, si tende a sovrastimare la frequenza di una patologia esotica a scapito di affezioni ubiquitarie, rischio d'altronde controbilanciato da quello di non riconoscere un'affezione tropicale potenzialmente grave. (Sindrome di Salgari).

Il problema principale è rappresentato dalla mancanza di investimenti scientifici e di ricerche cliniche ed epidemiologiche per individuare quali malattie tropicali siano oggi maggiormente frequenti, come la leishmaniasi, la malattia di Chagas, l'oncocercosi, la filariasi, la tripanosmiasi, e quali non lo siano, o non lo siano più.

Nei Paesi tropicali spesso l'esperienza delle diverse figure di operatori sanitari (practitioners, health officers, nurses, community health workers) sa valutare correttamente la frequenza relativa di patologie tropicali, ma spesso non ci sono sufficienti risorse economiche, scientifiche e tecniche per farsi carico in maniera adeguata di patologie diffusissime, ma sulle quali si fa ricerca con troppa parsimonia, perché considerate a carico di popolazioni troppo povere per favorirne l'interesse. Anche la ricerca farmaceutica non investe risorse per lo studio di queste patologie. Dal 1975 al 1999 su un totale di 1393 nuovi farmaci immessi sul mercato, solo 13 riguardavano malattie tropicali. Eppure, la situazione sanitaria è grave e la ricerca su temi di tale importanza per la salute pubblica dovrebbe costituire una priorità. Ma anche per le malattie frequenti come la scabbia e le piodermi, così come per le infezioni sessualmente trasmissibili (STIs) e le manifestazioni cutanee correlate all'infezione da HIV, in particolare nelle popolazioni rifugiate e profughe, spesso in fuga da guerre, carestie e disastri naturali, non ci sono investimenti per rendere disponibili i pochi farmaci esistenti e per la ricerca di nuove molecole più efficaci e a più basso costo.

La comunità dermatologica nazionale ed internazionale deve saper affrontare le principali sfide della povertà e del difficile accesso ai servizi sanitari nei paesi tropicali: sono queste a determinare la diffusione di patologie, tropicali e non. È necessario promuovere campagne

di ricerca e studio in queste regioni, in stretta collaborazione con le autorità sanitarie locali. Così facendo si potranno sviluppare nuove conoscenze cliniche, epidemiologiche e patogenetiche, che permetteranno una migliore qualità della vita per tutti. Healthy skin for all non deve rimanere uno slogan, ma divenire l'imperativo categorico per tutti i dermatologi, al di qua e al di là dei tropici e dell'equatore.

Cenni bibliografici

Morrone A, Veraldi S. "Salgari's syndrome": a new syndrome for dermatologists. J Eur Acad Dermatol Venereol 2002; 16 (Suppl. 1): 221

Mahè A, Qu'est-ce que la dermatologie tropicale?. Ann Dermatol Venereol 2005; 132:309-11

MALATTIE TROPICALI E CAMBIAMENTI CLIMATICI: UNA PRIORITA' SANITARIA DEL NUOVO SECOLO

Roberta Calcaterra, Luigi Toma, Emma Pizzini, Gennaro Franco, Lorenzo Nosotti e Aldo Morrone

Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale

IRCCS S. Maria e S. Gallicano Roma

Il sistema climatico è il risultato di un delicato equilibrio tra interazioni non-lineari che coinvolgono la fisica dell'atmosfera e degli oceani, le risposte della biosfera e, in modo rilevante soprattutto nell'ultimo secolo, le scelte politiche ed economiche dell'umanità.

I "cambiamenti climatici" correlati direttamente o indirettamente ad attività umane riguardano l'aumento, in intensità e frequenza, dei fenomeni estremi: uragani, temporali, inondazioni, siccità, aumento del livello dei mari, desertificazione, aumento della temperatura terrestre, perdita della biodiversità. Gli «effetti negativi dei cambiamenti climatici» riguardano i cambiamenti dell'ambiente fisico e della vita animale e vegetale; tali cambiamenti hanno rilevanti effetti sugli ecosistemi naturali e quindi sul genere umano (1).

Il mutamento o le anomalie meteorologiche, che in questi ultimi anni hanno caratterizzato sensibilmente il bacino del Mediterraneo, risultano avere rapidi effetti sulle comunità animali e vegetali autoctone. Negli ultimi 30 anni si sono moltiplicate le segnalazioni di comparsa e sviluppo di specie estranee a determinate regioni biogeografiche, da imputarsi sia direttamente che indirettamente ad attività antropiche. In vari casi vengono a verificarsi modifiche più o meno accentuate nell'ambito delle comunità marine, con creazione di nuovi equilibri. Alcune specie originarie vengono infatti soppiantate da altre ed è stato rilevato che vengono a crearsi precisi equilibri tra le specie "immigrate" e quelle autoctone. Insieme agli animali importati possono essere facilmente introdotte anche altre specie: tre alghe delle coste giapponesi (*Laminaria japonica*, *Undaria pinnatifida* e *Sargassum muticum*) sono comparse dalla fine degli anni '60 in tempi successivi, probabilmente importate dagli ostricoltori. In Europa su 65 specie di uccelli indagate, 20 hanno registrato un anticipo nei periodi di deposizione delle uova ed è stato registrato anche un anticipo delle fioriture, dai 6 agli 11 giorni, per molte specie di fiori.

Anche in ambito medico esistono ormai numerose segnalazioni relative all'aumentata prevalenza, in Europa e nel Mediterraneo, delle malattie tropicali e di quelle trasmesse con alimenti (cibo e acqua) e vettori (insetti ed artropodi) (2). Nella nostra casistica abbiamo registrato, negli ultimi dieci anni, un aumento delle malattie tropicali (d'importazione e non) che testimonia la crescente importanza di tali patologie soprattutto nelle grandi aree metropolitane (3). Nel 2005 inoltre sono stati registrati 3 casi di malattie tropicali (due "filariasi" ed una "larva migrans cutanea") in persone che non si erano mai allontanate dalla provincia di Roma.

Secondo la nostra esperienza, ed in accordo con altri autori (4), i futuri interventi di sanità pubblica dovranno considerare con sempre maggiore attenzione i cambiamenti climatici ed il loro impatto sulla prevalenza ed incidenza di molte malattie tropicali finora sconosciute alle nostre latitudini e di difficile riconoscimento per alcuni medici non sufficientemente aggiornati in tale ambito.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici Raccolta. RU 1994 1051 0.814.01.
- 2) World Health Organization 2001. Bulletin of the World Health Organization (2001) 79 (11).
- 3) Morrone A, Franco G, Toma L, et al. A case of loiasis in Rome J Eur Acad Dermatol Venereol. 2002 May;16(3):280-3.
- 4) Haines A, Kovats RS, Campbell-Lendrum D, et al. Climate change and human health: Impacts, vulnerability and public health Public Health 2006 Mar 14; [PubMed ahead of print].

L'APERTURA DEL PRIMO OSPEDALE DERMATOLOGICO NELLA REGIONE DEL TIGRAY (ETIOPIA)

Silvana Trincone, Valeska Padovese, Margherita Terranova, Gennaro Franco, Giuseppe Fontanarosa^o e Aldo Morrone
Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale
IRCCS S. Maria e S. Gallicano Via di S. Gallicano, 25/a – 00153 Roma
^oIISMAS: Istituto Internazionale di Scienze Mediche, Antropologiche e Sociali, Roma
Fax: 0658543782 E-mail: silvatrisi@yahoo.it

Se si analizza la condizione di sviluppo socio-economico di molti Paesi del Sud del mondo e anche solo alcuni degli indicatori di vita: mortalità infantile, aspettativa di vita alla nascita, quantità di acqua potabile a disposizione per ogni abitante, accesso ai servizi sanitari, livelli di istruzione, ci si accorge che il divario tra Nord e Sud del pianeta è andato progressivamente e rapidamente peggiorando. Un quinto dell'umanità, cioè il Nord del pianeta, controlla l'87% della produzione mondiale e l'84% del commercio internazionale. Un miliardo e mezzo di abitanti della terra sono senza futuro, senza possibilità di lavoro, senza un'accettabile condizione igienico-sanitaria. E quasi tutta questa umanità povera, vive nei Paesi tropicali. La logica conseguenza è il fenomeno migratorio, lo spostamento di popoli dal Sud al Nord del mondo, che ha investito anche il nostro Paese. Da trent'anni l'IRCCS San Gallicano si occupa della salute delle popolazioni umane mobili e dal 1992 è presente in Etiopia, dove ha collaborato per anni con il governo e con ONG locali nell'attività medica e di consulenza dermatologica e di formazione del personale sanitario locale.

Nel mese di Gennaio 2005, l'Istituto Dermatologico San Gallicano e l'IISMAS (Istituto Internazionale di Scienze Mediche, Antropologiche e Sociali) in accordo con il Tigray Regional Health Bureau e l'Ospedale Civile di Mekellè ha inaugurato il primo ospedale dermatologico del Tigray, l'Italian Dermatological Hospital (IDH), situato nel villaggio di Quihà, a una decina di chilometri da Mekellè. Il Tigray è una regione a nord dell'Etiopia con una superficie pari a 55.000 Km² per una popolazione di 4.113.000 abitanti.

In Tigray si contano in totale 7 ospedali civili, tra cui quello di Mekellè, che si trovano nei principali centri urbani e 20 ospedali zionali, ospedali più piccoli, dislocati sul territorio. I medici sono 48 di cui solo 12 sono specializzati. Nella regione non vi sono specialisti in Dermatologia e in Malattie Infettive.

Le patologie dermatologiche sono annoverate tra le prime dieci cause di morbidità e di ospedalizzazione del Tigray (Tigray Health Profile, 2005). In alcuni distretti o waredas in cui è suddivisa la regione, simili per estensione alle nostre province italiane, le patologie della pelle rappresentano la prima causa di morbidità tra i pazienti ambulatoriali. Il numero delle malattie della pelle, specie di natura infettiva, è in crescente aumento. Tra le cause, la mancanza di acqua potabile e la drammatica carestia che negli ultimi anni ha investito il Paese, l'infezione da HIV che ha assunto dimensioni epidemiche, la mancanza di personale medico specializzato e di cure, e l'estrema povertà in cui vive buona parte della popolazione.

L>IDH di Quihà è un piccolo ospedale dotato di 15 posti letto e due ambulatori adibiti alla visita dei pazienti esterni, ai test allergologici e a svolgere biopsie e piccoli interventi chirurgici. Nella farmacia dell'ospedale ci sono delle medicine acquistate in loco che vengono

distribuite a titolo gratuito ai pazienti. Due medici specialisti, aiutati da personale infermieristico locale, effettua la visita dei pazienti ammessi e degli ambulatoriali.

Nel primo anno di attività clinica (Gennaio-Dicembre 2005) sono state visitate 9213 persone. Tra i pazienti visitati vi era una lieve prevalenza degli uomini sulle donne (50,8% di sesso maschile) e la fascia d'età più rappresentata era quella tra i 18 e i 35 anni per entrambi i sessi (85%).

Sono state ricoverate 290 persone; l'età media era 20,4 anni con un range di età compreso tra 2 mesi e 70 anni. Il 49,3% dei pazienti ricoverati era in età pediatrica. L'età media dei bambini ricoverati era di 5,6 anni con un range di età tra 2 mesi e 16 anni.

Da Gennaio sono state eseguite 289 biopsie cutanee in casi che richiedevano un approfondimento istologico.

Nei casi di Dermatiti Allergiche da Contatto sono stati effettuati i Patch Test (serie Standard) utilizzando 20 allergeni. Nel primo anno di attività sono stati applicati Patch Test a 126 pazienti.

Le infezioni batteriche, micotiche e virali sono state le patologie riscontrate più di frequente e rappresentavano rispettivamente il 23,2%, il 19,5% e il 12% dei casi; pediculosi e scabbia il 9,8%, gli eczemi il 19,7% dei casi.

Oltre il 30% dei pazienti visitati è risultato essere sieropositivo. In questi casi la pelle è stata un organo-spia dell'infezione da HIV. Attraverso un semplice esame dermatologico, infatti, tenendo conto di determinati criteri, è possibile sospettare diagnosi di malattie sistemiche ed indirizzare alcuni esami ematochimici, come il test per la diagnosi di infezione da HIV, solo in casi specifici. In questo modo si può intervenire sulla prevenzione della diffusione dell'infezione da HIV ottenendo, inoltre, un risparmio di risorse economiche per il Paese.

Un altro tipo di intervento che è stato messo in atto riguarda la formazione di personale medico e infermieristico locale attraverso dei corsi teorico-pratici con lo scopo di ridurre la morbilità e in alcuni casi l'incapacità derivante da errate diagnosi e inappropriate terapie.

L'IDH, inoltre, rappresenta un modello sanitario per l'intera regione, sia in termini di efficienza organizzativa che di servizi offerti, in un Paese dove l'accesso alle cure sanitarie è garantito soltanto a quella parte della popolazione che è in grado di pagare le prestazioni mediche. Facile accesso ai servizi socio-sanitari, basso costo ed alta efficacia sono i tre pilastri di questa attività.

Bibliografia:

1. Bezabih M. Patterns of chronic dermatoses in an Ethiopian central teaching hospital: a histopathologic approach. *Skinmed* 2002 Nov-Dec;1(2):87-8
2. Hay RJ. Infection, skin disease, and developing countries. *Skinmed*. 2002 Nov-Dec;1(2):101-6
3. Morrone A, Hercogová J, Lotti T. *Dermatology of Human Mobile Populations*. Scientific Publishing & Communication Ed. Nov 2004

Ricerca sul disagio psico-sociale negli immigrati con lungo percorso migratorio in un servizio medico territoriale per immigrati irregolari a Brescia: Osservazioni preliminari

S. Antonelli, W. Ielasi, C. Scarcella, AM. Indelicato, F. Speziani, MC. Pezzoli, C. Scolari, I. El-Hamad

Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale (C.S.I.) ASL Brescia

Introduzione

Con la presente indagine ci si propone di analizzare, fra coloro che sono in Italia da tempi relativamente ‘lunghi’ e in condizione di irregolarità giuridica, le difficoltà, personali e psicosociali del percorso migratorio, cosa sia “andato storto”, cosa non abbia permesso i primi passi di adattamento nel paese ospite o cosa sia intervenuto ad interrompere tale percorso, definendone piuttosto il fallimento.

Obiettivi:

Valutazione delle principali determinanti psicosociali che caratterizzano soggetti con un lungo percorso migratorio in condizione di irregolarità giuridica.

Materiale e metodi

Si tratta di uno studio su pazienti afferenti al CSI: criterio di inclusione è la presenza in Italia da un numero di anni maggiore-uguale a cinque. E’ stata somministrata da una psicologa, da Gennaio a Novembre 2005, un’intervista strutturata costruita ad hoc (30 item) volta a rilevare informazioni anamnestiche, psicosociali e approfondimenti sul percorso migratorio.

Risultati

86 soggetti, prevalentemente di sesso maschile (62,8%) (tabella 1), con una distribuzione eterogenea per età (tabella 2) e con provenienze principalmente dell’Africa sub-sahariana (39,5%) e dell’Est-Europa (22,1%) (tabella 3). I soggetti intervistati sono giunti in Italia per il 19% da 5 anni, per il 41% da 5-10 anni e per il 26% da più di 10 anni (tabella 4). 18,6% sono in possesso di regolare permesso di soggiorno (pds), mentre il 43% non l’ha mai posseduto. Il restante 38,4% è costituito dai cosiddetti irregolari, coloro cioè che hanno perso il pds, principalmente per la mancanza di un’attività lavorativa che consentisse il rinnovo (36,4%) o per problemi legali (33,4%) (tabella 5-6). Fra questo gruppo si osserva una percentuale significativa che afferma di non avere alcun riferimento sociale né amicale (45,5%). Il 62,8% del gruppo intervistato è disoccupato.

Interrogati circa la percezione delle proprie condizioni psicologiche il 73,3% riporta disagio principalmente per la precarietà della propria situazione attuale con ansia e importante inquietudine associate (tabella 7).

La qualità di vita in Italia, dall'inizio della migrazione, risulta peggiorata per il 61,6%, per la riduzione delle offerte di lavoro e per la fatica nel sostenere situazioni di vita precarie (tabella 8). Sono presenti, in percentuali significative, comportamenti di abuso (alcol e sostanze psicotrope) e trascorsi problemi legali. Le maggiori fatiche sostenute dall'arrivo in Italia sono per il 52,3% legate ai documenti e al lavoro, per il 14% connesse a comportamenti di devianza (TD, alcolismo, carcere) e per il 19,8% al disagio psicologico nell'affrontare le difficoltà del paese ospite in solitudine e lontani dal nucleo familiare.

Nonostante tali difficoltà il 39,5% si considera migliorato personalmente, avendo acquisito maggiori conoscenze e sentendosi più maturo e responsabile (tabella 9). Il 56,9% si dice poco o per nulla soddisfatto della propria esperienza migratoria (tabella 10). Le motivazioni principali di tale insoddisfazione vengono individuate in 'errori personali' (24,4%) (comportamenti di abuso, azioni illegali), in 'incontri sbagliati' per esempio di amici, connazionali o datori di lavoro (18,6%), in 'incidenti di percorso' (15,1%) (eventi avversi esterni alla propria responsabilità) o nelle leggi sull'immigrazione (14%) (tabella 11).

Conclusioni

I dati preliminari, in particolare relativi a coloro che hanno perso il permesso di soggiorno, mostrano una fascia di popolazione in situazioni problematiche, che versa o è a rischio di emarginazione sociale, confermando le ipotesi iniziali. Riuscire a comprendere meglio, attraverso un'analisi di confronto tra gruppi (soggetti con pds, irregolari e clandestini) quali siano stati i percorsi e le motivazioni associate alle deviazioni fallimentari dal progetto iniziale, permetterebbe di individuare gli ambiti e i momenti in cui intervenire e le possibili azioni di sostegno per alcuni 'pionieri' dell'immigrazione italiana, ora in difficoltà.

Attività psicologico-clinica all'interno di un servizio medico territoriale per immigrati irregolari a Brescia.

S. Antonelli, W. Ielasi, C. Scarcella, AM. Indelicato, F. Speziani, MC. Pezzoli, C. Scolari,
I. El-Hamad

Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale dell'ASL di Brescia (CSI)

Nel 2005 due psicologhe – una psicoterapeuta e una in formazione psicoterapeutica - presenti a tempo parziale presso il CSI, un servizio medico rivolto a stranieri non altrimenti assistiti, hanno incontrato 78 persone per un totale di 340 colloqui.

Dall'esame del campione clinico, si osserva la prevalenza di donne (N=50, 64,1%), l'età è eterogenea (distribuzione maggiore tra 20-29 anni 28,2% e 30-39 anni 39,7%). Le aree di provenienza rappresentate sono soprattutto l'Est Europa (43,6%) e l'Africa Sub-sahariana (29,3%).

Nella maggior parte dei casi l'invio è stato interno alla struttura (71,8%), anche se significative (14,1%) sono state le richieste spontanee di coloro che hanno espresso direttamente il bisogno di un sostegno psicologico e in misura uguale di coloro che sono stati inviati da strutture esterne (14,1%).

Gli interventi psicologici si sono così distribuiti: consulenza (43,6%); prima accoglienza (38,5%); psicoterapia (12,8%); valutazione (2,6). Il servizio ha spesso (51,3%) lavorato in collaborazione con altre strutture rivolte ai migranti (servizi orientamento, consulenze legali, supporto sociale) o con servizi psichiatrici. Le aree problematiche prevalenti riguardano il difficile adattamento al nuovo contesto di vita (emarginazione sociale, fallimento del progetto migratorio, lontananza dagli affetti) con sintomatologie di carattere ansioso, depressivo, somatico e di dipendenza (alcol, altre sostanze psicotrope, disturbi alimentari). Presenti anche casi di DPTS legati alle condizioni del viaggio migratorio e/o alle pregresse vicende politiche in patria.

Tab. 1 Aree problematiche

	<i>N° rilevazioni</i>	<i>Percentuale %</i>
--	-----------------------	----------------------

Sintomatologia ansiosa	44	28,2
Sintomat. depressiva	25	16
Sintomat. somatica	17	10,9
Disagio sociale	16	10,3
Dist. comportamento	10	6,4
Nostalgia – Diff.migrat.	9	5,8
Dpts	7	4,5
Sindrome culturale	6	3,8
Dist. neuropsicologico	2	1,3

Tab. 2 Attività clinica

	<i>N° Pazienti</i>	<i>Percentuale %</i>
Consulenza	34	40,6
Prima accoglienza	30	38,5
Psicoterapia	10	12,8
Valutazione	4	5,2
Totale	78	100,0

Le condizioni di precarietà ed elevata mobilità delle persone straniere non in regola con le norme relative al permesso di soggiorno hanno influenzato la tipologia di richiesta di aiuto, che è stata prevalentemente legata all'urgenza del momento. Essa si è strutturata in un'azione di emergenza, di ascolto e supporto ed eventualmente anche di orientamento ad altre strutture, a seconda dei bisogni individuati e delle risorse presenti sul territorio.

Il profilo di salute della popolazione immigrata a Bologna: uno strumento efficace per scelte gestionali oculate

Ricci S., Previti D., Dallari G.V.

U.O. Progetto Salute Migranti e Indigenti, Dipartimento dell'Integrazione Sociale e Sanitaria Azienda USL di Bologna

In provincia di Bologna, al 31-12-2004, gli stranieri residenti sono 55.824, per un'incidenza del 5,9% sulla popolazione totale. Lo scenario si presenta molto eterogeneo, con aggregati nazionali differenziati tra loro rispetto ad età, luogo di insediamento, anzianità migratoria e genere. L'equilibrio di genere è pressoché raggiunto su tutto il territorio e l'età media è di 30 anni.

L'analisi delle SDO riferite ai residenti stranieri provenienti da PVS dimessi dai Presidi pubblici e privati permette di comprendere il ricorso all'ospedalizzazione dei migranti presenti in modo stabile sul territorio. Nel 2004, realizzano il 4,2% dei ricoveri complessivi, cifra inferiore rispetto all'impatto demografico sui residenti autoctoni (5,9%). A Bologna, sono stati dimessi dai Presidi Pubblici e Privati 9.667 persone provenienti da PVS e 6.623 stranieri residenti nell'Azienda USL di Bologna. Le donne rappresentano 67% del totale (2.937). La fascia di età 15-44 anni rappresenta il 74,2% delle dimissioni e riflette la struttura della popolazione immigrata residente nella provincia di Bologna (età media dei dimessi 30,5 anni).

L'elenco delle prime 10 cittadinanze dei dimessi stranieri evidenzia una quasi totale coincidenza con quello delle presenze dei collettivi nazionali in provincia. Il numero ed i motivi dei ricoveri dei diversi gruppi nazionali variano in relazione a sesso, età e motivo di soggiorno. I ricoveri della popolazione marocchina (20,5% dei residenti stranieri - 19,4% di tutti i ricoveri) rispecchiano le presenze sul territorio come quella albanese, tunisina ed ucraina, mentre i rumeni (6,8% delle presenze - 13,1% dei ricoveri) effettuano il 13,1% del totale dei ricoveri; al contrario i filippini (6,5% delle presenze) si ricoverano solo per il 3,7%. La maggior parte delle donne marocchine, rumene ed albanesi sono in giovane età e si trovano in Italia per ricongiungimento familiare, mentre moldave, filippine e ucraine sono per lo più sole, in età matura ed occupate nei servizi alla persona. Al contrario, i pakistani sono il 5%, si ricoverano per il 3,7% e sono prevalentemente uomini così come molti marocchini.

Dall'analisi dei dati delle categorie diagnostiche principali (MDC) emerge che escludendo i ricoveri legati a gravidanza, parto e puerperio (39,7% di tutti i ricoveri), nella popolazione straniera sono quasi del tutto assenti malattie cardiocircolatorie, geriatriche e neoplasie (ai primi posti di ricovero per la popolazione italiana, caratterizzata da un forte invecchiamento), mentre si evidenziano patologie da "disagio": malattie degli apparati digerente, muscoloscheletrico e del tessuto connettivo, patologie da raffreddamento con frequenti recidive, patologie osteomuscolari,

dell'area genito-urinaria, dermatologiche, malattie e disturbi mentali (patologie determinate dalla difficile condizione migratoria).

I primi 20 DRG costituiscono il 48,3% dei ricoveri della popolazione straniera. Il 35% del totale riguarda la salute riproduttiva della donna, sebbene al primo posto con il 15,3% (672 casi) vi sia interruzione di gravidanza (di cui 638 IVG). Su un totale di 1.745 IVG effettuate nel 2004, le straniere sono 734 (42,0%) e di queste 709 (96,6%) provenienti da PVS: il numero più elevato delle IVG si registra tra le donne provenienti dall'Europa centro-orientale (330) e dall'Africa settentrionale (115). Nel 2004 i rapporti di coesistenza tra straniere e italiane per le IVG sono 42:100 mentre per gli aborti spontanei sono 17:100. L'età media per le straniere è di 28,74 (dev.st:6,045) mentre per le italiane è di 30,69 (dev.st: 7,170).

Rispetto agli autoctoni, emerge il profilo di una popolazione giovane e selezionata, complessivamente in buona salute (effetto migrante sano), poco attenta ai servizi di prevenzione e di cure primarie. Gli stranieri si rivolgono alle strutture ospedaliere quando la patologia è ad uno stadio conclamato, per questioni fisiologiche legate al parto o accidentali come i traumi, e per malattie che riflettono una "fragilità sociale".

L'alimentazione nelle mense per indigenti italiani e stranieri: aspetti qualitativi di un'indagine

Previti D*, Ricci S*, Dallari G.V*, Albertini A**, Celenza F**, Sardo Cardalano M**.

*U.O. Progetto Salute Migranti ed Indigenti

Dipartimento Dell'integrazione Sociale e Sanitaria, Azienda USL di Bologna

**U.O. Nutrizione

Dipartimento Sanità Pubblica, Azienda USL di Bologna

Obiettivi:

- analizzare gli aspetti organizzativi e i contenuti dietetico - alimentari
- indagare la qualità percepita
- rilevare eventuali differenze tra la popolazione autoctona e quella immigrata

Destinatari: utenti dei servizi di ristorazione alla popolazione indigente nella realtà dell'Azienda USL di Bologna.

Metodologia: interviste semi-strutturate, analisi rigorosa del contenuto sulla base delle diverse unità di informazione emerse.

Campione: 65 persone. Il 66,8% di origine italiana, il 32,31% straniera (la maggior parte in Italia da pochi mesi, in quei casi l'intervista veniva svolta nella lingua parlata dalla persona), l'86,2% di sesso maschile, con un'età media di 41 anni (val max: 70, val min 20, dev.st. 11,59).

Risultati e discussione: tutte le persone contattate hanno accettato volentieri di effettuare l'intervista, soltanto alcuni stranieri hanno posto qualche rilevante resistenza iniziale. Tutti gli utenti affermano di consumare i pasti offerti (66,1% effettua un solo pasto completo al giorno). In generale emerge che il primo piatto è la portata preferita dal gruppo degli italiani, sebbene frequenti siano i commenti riferiti alle qualità organolettiche non sempre molto appaganti. Tali contenuti risultano del tutto assenti nelle dichiarazioni della popolazione straniera. Tuttavia, non viene scartata alcuna pietanza ed il pane avanzato o la verdura non gradita vengono "passati a chi non ha il buono pasto", comportamento solidale riscontrato soprattutto tra la popolazione autoctona. La quasi totalità degli utenti afferma di mangiare frutta in misura insufficiente.

Tutte le persone contattate preferiscono e desidererebbero mangiare piatti della propria tradizione. Per i nostri concittadini la memoria affettiva di piatti che la mamma o la nonna cucinava loro durante l'infanzia diviene un sogno, nonostante le problematiche di una vita spesso molto dura che ha finito per compromettere il piacere di mangiare: "mangio di tutto...ormai non sento più i sapori!". Per gli stranieri, il piatto della propria tradizione, diviene invece, un bisogno; un aspetto originale è stata la difficoltà del rilevatore nel coglierne l'essenza delle pietanze, in quanto basati su ingredienti o prodotti che nel nostro Paese sono del tutto estranei

(ad esempio, lo “zighini”, piatto tipico in Eritrea). Persone provenienti da Marocco, Eritrea ed Iran descrivono le loro difficoltà di adattamento ad una diversa concezione del cibo e della cucina. Sebbene un pasto completo sia costituito da più portate, la cucina italiana viene percepita come monotona, e caratterizzata dalla mancanza di quelli che sono considerati ingredienti essenziali, quali riso, semola e cereali. Spesso le stesse materie prime acquisiscono “un sapore diverso”. Nonostante la quantità sia sempre riconosciuta come più che abbondante, alcuni rivelano uno scarso senso di sazietà. E’ stato molto difficile seguire la traccia dell’intervista, poiché l’oggetto di indagine si intrecciava continuamente con le storie ed i racconti di vita spesso molto drammatici: i racconti di fughe avventurose da paesi in cui la povertà rendeva impossibile una vita dignitosa, di famiglie divise nei loro componenti e sparsi in tutto il mondo, di madri coraggiose che sfidano le leggi del nostro paese per restare in Italia e mantenere le loro famiglie “allargate”.

Sia per gli intervistati provenienti da altre regioni che per cittadini migranti nel nostro Paese emerge una forte dignità legata all’identità alimentare, importante spunto di riflessione per l’intervento.

Tuttavia non il cibo ma il bisogno di lavoro e di alloggio sono le principali necessità riferite dalle persone immigrate, speranze che non sembrano neppure più emergere dagli indigenti del nostro paese, sebbene molti siano disoccupati e senza fissa dimora.

....OLTRE L'APPORTO NUTRIZIONALE LE QUALITÀ DEI SERVIZI DI RISTORAZIONE PER FASCE DEBOLI

Albertini A.*, Celenza F*, Dallari G.V.***, Previti D. **, Ricci S.***, Sardo Cardalano M.*

*UO Nutrizione, ** Progetto Salute Migranti e Indigenti, AUSL di Bologna

Il cibo è il frutto della nostra identità, uno strumento per esprimerla e comunicarla: è cultura quando si produce, si prepara, si consuma. (Massimo Montanari UniBo).

Al fine di instaurare collaborazioni efficaci tra Istituzioni, sono stati esaminati quattro servizi di ristorazione alla popolazione indigente a Bologna, che sono risultati disomogenei, realisticamente in rapporto alle risorse disponibili. Scopo del lavoro far emergere una fotografia da cui avviare, per quanto possibile, soluzioni vicine alle *aspettative* degli utenti.

Una fase dello Studio ha rilevato la qualità offerta dalle Istituzioni attraverso la lettura nutrizionale dei menù, adottando come griglia i cardini delle Linee Guida INRAN. Si sono valutati i pasti giornalieri indicandone elementi di perfezionamento e valorizzando, in particolare, la prospettiva di gradimento degli utenti in rapporto alle radici alimentari.

Le osservazioni prendono avvio dal bilancio energetico settimanale derivante dal computo nutrizionale dei menu proposti. Nella nostra realtà la maggior parte delle persone intervistate consuma un solo pasto completo al giorno. Complessivamente, per questo tipo di criticità, il menù risulta appena dimensionato agli standard dietetologici LARN.

Per la quota prevista di cereali, i pasti osservati rispettano i dettami della dieta mediterranea; *Sulla carta* le preparazioni prevedono un uso pertinente di grassi con esclusione di fritti, e quindi una attenzione positiva per l'utenza a rischio di patologie epatiche, gastrointestinali, cardiovascolari. Nella pratica culinaria, tuttavia, questo rischia a volte di essere annullato.

La scelta, in tutti i casi osservati, di preparazioni non industriali, bensì cucinate a partire da materie prime fresche o eventualmente surgelate, assicura il monitoraggio del sale aggiunto; si riscontra, favorevolmente, un uso irrilevante di salumi ad eccezione di una realtà costretta costantemente ad un secondo con panino. Per la copertura del fabbisogno nutrizionale di micronutrienti, verdure cotte o crude sono offerte quotidianamente solo in alcune realtà, la frutta fresca è ancora poco rappresentata. Anche rispetto alla disponibilità di valide alternative assolutamente economiche di alimenti fonti di proteine, vanno integrate quelle di origine vegetale rappresentate dai legumi ancora troppo poco riscontrati, perché inusuali nel contesto della tradizione bolognese. Data la disomogeneità dei servizi, vediamo rispettate, soprattutto in alcune realtà, semplicità e tradizione che ne rendono l'offerta ido-

nea per tutti.

Alcune realtà propongono, accortamente, dolci da forno, yogurt come dessert. La componente dolce risulta opportuna per digeribilità e gradimento, oltrechè masticabile in relazione a frequenti patologie odontostomatologiche; si presta inoltre ad un consumo differito nel corso della giornata, necessità da non sottovalutare, per una risposta ancora insufficiente di servizi. Si sottolinea la necessità di offrire l'acqua, per la sua alta e trasversale importanza, oltre che come bevanda vera e propria, anche veicolata nella composizione stessa degli alimenti (frutta e verdura) e soprattutto con tradizionali preparazioni culinarie al cucchiaino, pressochè assenti nei pasti osservati.

A partire dalle realtà più in difficoltà, dando disponibilità a riconsiderare i servizi offerti, si potrà tendere a lavorare in rete permanentemente, tra Istituzioni e volontariato, a partire dai riscontri degli utenti, che danno l'opportunità di apportare aggiustamenti e senso all'ascolto.

Nell'indagine risulta palpabile e commisurata alle risorse disponibili un grande senso di solidarietà. Con il progetto "*brutti ma buoni*", che favorisce l'adozione di procedure finalizzate a donare alimenti invenduti ad associazioni, si è cominciato ad assicurare un regolare flusso dal supermercato di materie prime fresche, igienicamente e legislativamente idonee al consumo, fornendo costanza di fonti preziose dal punto di vista nutrizionale.

In prospettiva si dovrà tendere oltre una dietetica applicata, non parola chiave ma elemento facilitatore per trovare soluzioni economiche e percorsi semplificati, oltre ad una responsabilità diffusa e maggiormente condivisa che, partendo da una utenza coinvolta e investita di dignità, accompagni l'iter sociale ed assistenziale del momento del pasto offerto.

Interruzione Volontaria di Gravidanza: un fenomeno ancora da conoscere, capire e ridurre

Dallari G.V., Ricci S., Previti D.

U.O. Progetto Salute Migranti e Indigenti, Dipartimento dell'Integrazione Sociale e Sanitaria

Azienda USL di Bologna

Nel 2003, in Italia i ricoveri della popolazione straniera sono stati 365mila. Le cause più frequenti sono i traumi per gli uomini e il parto e le IVG per le donne. Su 124.118 IVG effettuate, per le quali è disponibile il dato sulla cittadinanza, ben 31.825, pari al 25,6%, ha riguardato donne straniere.

Nel 2004 gli stranieri provenienti da paesi in via di sviluppo (PVS) residenti nell'AUSL di Bologna erano 48.635 e la popolazione femminile era il 49,8% (24.974). L'analisi delle SDO del 2004 mostra un utilizzo del 4,2% dei ricoveri, di gran lunga inferiore all'impatto demografico sui residenti (5,9%). Le donne (2.937) costituivano il 67% di tutti i ricoveri (6.623).

Il tasso di ospedalizzazione (205,5‰ italiane) del 221,5‰, di cui il 61,5% è riferito a gravidanza, parto e puerperio, rispecchia la popolazione femminile residente. Il 35,3% dei primi 20 DRG fa riferimento alla salute riproduttiva della donna ed il primo posto, 15,3% (672 casi), è occupato dall'interruzione di gravidanza, di cui 638 IVG.

Su un totale di 2.479 IVG effettuate (1.745 italiane), le straniere rappresentano il 42,0% (734) e di queste il 96,6% (709) provengono da PVS.

I rapporti di coesistenza tra straniere e italiane per le IVG sono 42:100 mentre per gli aborti spontanei sono 17:100.

La sovra-rappresentazione delle straniere si conferma sui tassi di abortività standardizzati per gli aborti spontanei e per i volontari.

I tassi specifici per età relativi alle IVG delle straniere sono sempre maggiori di quelli delle italiane, tranne che per le età comprese tra i 45 e i 49 anni, quando raggiungono quasi lo stesso valore (0,5‰). I tassi di ospedalizzazione per aborto volontario specifici per età, invece, risultano superiori nelle migranti nelle classi di età tra i 18 e i 24 anni e tra i 35 e i 39, mentre nelle altre fasce assumono valori leggermente più bassi

Gli aborti sono diversamente concentrati per tipologia (spontaneo o IVG) e per i due gruppi di cittadinanza. Gli aborti spontanei si verificano più frequentemente in età comprese tra i 30 e i 39 anni nelle donne italiane e tra i 25 e i 34 anni nelle straniere, mentre le IVG si concentrano maggiormente tra i 30 e i 34 anni nelle prime e tra i 25 e i 29 anni nelle seconde. L'età media per le straniere è di 28,74 (dev.st:6,045) mentre per le italiane è di 30,69 (dev.st: 7,170). E' interessante notare come l'intervallo attorno all'età media delle donne che hanno effettuato l'IVG comprenda donne minorenni e donne in età matura. In particolare, la distribuzione

delle IVG per classi di età rivela che tra le italiane hanno abortito anche ragazze con età inferiore ai 15 anni, mentre tra le straniere risulta l'età minima rilevata.

Il numero più elevato delle IVG tra le straniere si registra tra le donne provenienti dall'Europa centro-orientale (330 su 352 dall'Europa), dall'Africa settentrionale (115 su 182 dall'Africa), dall'Asia orientale (82 su 133 dall'Asia) e dall'America centro-meridionale (64 su 66 dall'America).

Il maggior ricorso all'IVG delle donne provenienti da Paesi a forte pressione migratoria non può essere del tutto spiegato da una loro presenza più consistente in provincia di Bologna, poiché esse rappresentano, al 31/12/'04, rispettivamente il 93,0% delle straniere residenti.

L'IVG è un fenomeno complesso, correlato con l'aumento della presenza femminile, con caratteristiche e motivazioni estremamente diverse legate al progetto migratorio, all'età e alla nazionalità, che va studiato in modo approfondito per attivare interventi di prevenzione mirati.

“SINE SCIENTIA NIHIL SALUS”: IL CASO DELL’INFLUENZA AVIARIA

Luigi Toma, Ugo Fornari, Emma Pizzini, Gennaro Franco, Ottavio Latini e Aldo Morrone
Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale

*IRCCS S. Maria e S. Gallicano Via di S. Gallicano, 25/a – 00153 Roma
Fax: 0658543782 E-mail: toma@ifo.it*

Durante l’ultima parte del 2005 ed i primi mesi del 2006 l’incremento dei casi di Influenza Aviaria (IA) in Asia ed in alcuni Paesi Europei ha alimentato la paura di una pandemia in tutta l’opinione pubblica internazionale. Inoltre, nelle ultime settimane sono stati registrati anche alcuni casi di IA nei gatti e ciò ha provocato un ulteriore aumento della sensazione di paura ed impotenza di fronte a questa infezione che viene ormai percepita dalle persone comuni come una “*nuova emergenza sanitaria globale*”.

La paura della pandemia da IA deriva sostanzialmente da due fattori principali: l’idea che la malattia si possa diffondere agli esseri umani e la possibilità che non si riesca più a controllare l’infezione negli animali. La scarsa informazione, la non adeguata comprensione della patogenesi e della storia naturale di quest’infezione ed una serie di notizie inattendibili circa una presunta “*invincibilità*” del virus H5N1 hanno aumentato notevolmente nella popolazione questa percezione di rischio elevato.

In effetti, sebbene il numero di casi di IA negli esseri umani sia ancora relativamente basso, la possibilità che il virus H5N1 muti in una forma trasmissibile per contatto inter-umano cresce con l’aumentare del numero dei casi registrati negli animali. Si deve tuttavia ricordare che la scoperta del virus H5N1 risale a più di mezzo secolo fa e quindi l’IA non si può certo definire come una “*nuova infezione*”. Si potrebbe tutt’al più parlare di “*infezione riemergente*”, sebbene questo concetto sia in genere riservato alle infezioni che riguardano gli esseri umani.

Accanto alle conseguenze economiche provocate dalla paura dell’IA potrebbero inoltre esserci anche dei risvolti negativi diretti sulla salute pubblica e correlabili con l’equilibrio psicologico di alcune persone particolarmente fragili dal punto di vista psico-fisico.

Per tali motivi la nostra Struttura Complessa (SC), in collaborazione con l’International Centre for Migration and Health (ICMH) dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e con il Taiwan International Health Action (TIHA) sta realizzando, in numerosi Paesi, una campagna informativa e conoscitiva sull’argomento attraverso una ricerca qualitativa.

Lo studio prevede l’uso di interviste semi-strutturate (1-2) in grado di indagare sulle attitudini, le credenze ed i comportamenti assunti da piccoli gruppi di popolazione, appartenenti a contesti sociali, culturali ed economici differenti, in relazione all’IA.

La ricerca è ancora in corso ma i primi risultati, ancora parziali e relativi solo ai dati raccolti nella nostra SC, ci permettono di effettuare alcune considerazioni:

- a) anche tra gli operatori sanitari le conoscenze risultano frammentarie ed in alcuni casi scientificamente non corrette;
- b) una buona conoscenza dell'IA e della sua patogenesi è di più frequente riscontro nell'ambito dei gruppi di popolazione con un livello socio-economico più elevato;
- c) il flusso delle informazioni viene ritenuto scarso, non qualificato e non costante sia dagli operatori sanitari, sia dagli altri gruppi di popolazione intervistati;
- d) non sono state evidenziate, sino ad ora, differenze significative nelle diverse etnie coinvolte nello studio.

Si può quindi concludere che attualmente, anche nell'ambito degli operatori sanitari, l'IA non rientra ancora tra le conoscenze corrette e approfondite, nonostante le linee guida dell'OMS (3). Questo concetto di conoscenza veniva bene esplicitato dagli autori classici quando parlavano di "*scire simpliciter*", ossia conoscenza precisa e profonda dei concetti o delle nozioni e se ancora non "*est*" negli operatori sanitari non è difficile immaginare quanta strada resti da fare nei processi di scambio e corretta trasmissione delle informazioni scientifiche tra addetti ai lavori e popolazione generale.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Hennink M & Diamone I (1999) *Using focus groups in social research*. In Handbook of the Psychology of Interviewing. pp 113-144. Edited by Memon A & Bull R. John Wiley & Sons Ltd.
- 2) Ingham R, Vanwesembeeck I & Kirkland D (1999) *Interviewing on sensitive topics*. In Handbook of the Psychology of Interviewing. pp 145-164. Edited by Memon A & Bull R. John Wiley & Sons Ltd.
- 3) World Health Organization *WHO Interim guidelines on clinical management of humans infected by influenza A (H5N1)*. Geneva February 20, 2004.

IL PROGETTO “TUTELA FASCE DEBOLI”
IMPEGNO DEL DIPARTIMENTO DI SANITA’ PUBBLICA IN UNA SOCIETA’
MULTIETNICA

M. Greci, A. Fabbri., L. Guidi, I. Magnani, L. Monici S. Mozzanica,
A. Poeta, C. Severi,
G.L. Giovanardi
Dipartimento di Sanità Pubblica A.U.S.L. di Reggio Emilia
(greci.marina@ausl.re.it)

La Provincia di Reggio Emilia risulta essere una delle province italiane maggiormente interessate dal flusso migratorio di cittadini provenienti da paesi in via di sviluppo.

Gli stranieri residenti a Reggio Emilia al 31/12/2004 rappresentano circa il 7,8% della popolazione residente a fronte della media nazionale del 4,8% e regionale del 6,2%, con un aumento del 16,4% rispetto all’anno precedente.

La distribuzione sul territorio non è omogenea raggiungendo un picco del 14,7% nella parte nord della provincia. Caratteristica è la multiethnicità dei soggetti stranieri presenti sul territorio, in totale 118 etnie. Fra le prime tre risultano: i marocchini, gli albanesi, gli indiani. La forte presenza femminile, il trend in aumento delle presenze dei minori e il numero di matrimoni contratti, è indice di forte stabilizzazione del fenomeno migratorio nella nostra provincia. E’ noto come le difficoltà di integrazione condizioni gli stili di vita e l’accesso ai servizi e questi, a sua volta,

condizionino lo stato di salute. Facilitando l’accesso e la fruizione dei servizi sanitari, favorendo processi di prevenzione delle malattie infettive, prevenendo gli infortuni sul lavoro cui sono maggiormente esposti i soggetti immigrati, si promuove la salute non solo nel singolo cittadino ma nell’intera collettività.

In linea con le direttive del P.S.N. che riconosce fra i suoi obiettivi il rafforzamento della tutela dei soggetti deboli, nel 2004 il Dipartimento Sanità Pubblica ha individuato fra i “temi strategici” il progetto trasversale a tutte le aree dipartimentali, definito “**tutela fasce deboli**”. Tra i soggetti deboli sono stati individuati non solo gli immigrati, ma anche gli anziani, i carcerati, i tossicodipendenti, le lavoratrici madri, i lavoratori minorenni e disabili.

L’obiettivo generale del progetto è dare risposte di carattere preventivo alle fasce deboli di una società creando una rete di sinergie con tutti i soggetti interessati, interni ed esterni all’AUSL.

Da un’analisi della situazione locale sono emerse alcune aree critiche verso le quali il Dipartimento di Sanità pubblica ha rivolto la propria attenzione e individuato le priorità e le azioni da mettere in atto per il miglioramento:

♠ INTERVENTI VOLTI AL MIGLIORARE L'ACCESSO E L'UTILIZZO DEI SERVIZI

♠ INTERVENTI VOLTI A MIGLIORARE LA SALUTE E LE QUALITA' DI VITA E DI LAVORO DEGLI IMMIGRATI

♠ INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE E MIGLIORAMENTO QUALITA' DI VITA E LAVORO IN ALTRE REALTA' A RISCHIO: ANZIANI - DISABILI - CARCERATI - TOSSICODIPENDENTI - LAVORATRICI MADRI.

♠ PARTECIPAZIONE ATTIVA AI PIANI SOCIALI DI ZONA, OCCASIONE IMPORTANTE DI CONFRONTO FRA OPERATORI DEI DIVERSI SERVIZI/ENTI E PREZIOSI STRUMENTI PER LO STUDIO DI STRATEGIE CONDIVISE VOLTE ALL'INTEGRAZIONE DEI CITTADINI STRANIERI.

♠ ATTIVAZIONE DI INTERVENTI INTEGRATI E IN RETE TRA I DIPARTIMENTI DELLE CURE PRIMARIE; DI PREVENZIONE E DIPENDENZE PATOLOGICHE; OSPEDALE E DISTRETTI E ATRI ENTI DIRETTAMENTE COINVOLTI NELLA GESTIONE DI UTENTI O PAZIENTI STRANIERI.

♠ RACCOLTA ED ELABORAZIONE DATI EPIDEMIOLOGICI PER IL MONITORAGGIO DI ALCUNI FENOMENI DIRETTAMENTE COLLEGATI AL FENOMENO IMMIGRAZIONE

Per ognuna di queste aree di intervento sono stati definiti obiettivi specifici e, per alcune, indicatori di risultato, il tutto nell'ottica di creare "*percorsi di salute*" per le fasce più deboli della popolazione. G.L

Il Progetto “Salute donna migrante”

M.L. Landeo *, S. Tonetti **

* Area Sanitaria Caritas Diocesana di Roma

** A.S.L. Roma A

L'Area Sanitaria della Caritas di Roma e il Gruppo di Lavoro “Immigrazione e Salute” della ASL RM/A hanno iniziato un *percorso di riflessione e di elaborazione comune*, riflessione sui bisogni e sulla domanda di salute della popolazione migrante, riflessione sul tema della rete, elaborazione di un progetto di cooperazione attraverso un protocollo d'intesa (2001).

La proposta è un *modello cooperativo* tra servizio pubblico e privato sociale / volontariato per intervenire sulle “*aree critiche*” e sui “*nodi operativi*” individuati. Una delle aree critiche individuate è la tutela della salute della donna, la criticità risulta osservando i dati dei ricoveri ospedalieri tra gli stranieri, si nota un prevalente ricorso al ricovero ospedaliero delle donne rispetto agli uomini, con i valori più elevati tra le pazienti di provenienza dall'America centro-meridionale e della classe di età 25-44 anni. Inoltre si nota che la prima causa dei ricoveri sono motivi ostetrici e ginecologici, con frequente ricorso all'IVG.

Dall'osservazione che le cause più frequenti di ricovero potrebbero essere contenute con programmi di prevenzione nasce il *Progetto “Salute donna migrante”* che è un modello assistenziale innovativo :

- 1) Perché il progetto è stato elaborato ed attuato in ogni sua fase da un *gruppo di lavoro multidisciplinare e “misto”*, composto da volontari del Poliambulatorio Immigrati Caritas di via Marsala e da operatori del Consultorio Familiare A.S.L. RM/A di via San Martino della Battaglia,
- 3) Perché i servizi sono a bassa soglia di accesso, basati sull'accoglienza, scarsa rigidità organizzativa, ad alta valenza sociale, abituati ad una metodologia di lavoro di equipe e multidisciplinare.
- 4) Perché, nella fase preliminare di progettazione, è stata utilizzata *una metodologia partecipativa*, che ha valorizzato esperienze e competenze diverse
- 5) Perché, nella fase di attuazione, è stata utilizzata *una metodologia di offerta attiva*, incontrando le donne immigrate e le famiglie nel territorio, nei luoghi d'incontro delle comunità etniche proponendo interventi di informazione sui diritti e sui servizi sanitari presenti nel territorio, di orientamento all'offerta attiva di prestazioni.
- 6) Perché prevede interventi di prevenzione primaria e secondaria, con l'apertura di *spazi dedicati* nell'ambito del Consultorio familiare.
- 7) Perché prevede la registrazione e sistematizzazione dei dati delle attività, utilizzando *indicatori di impatto e di processo*
Indicatori di processo, per monitorare il progetto in tutte le fasi .
Indicatori di impatto, per misurare e verificare l'effettivo raggiungimento degli obiettivi prefissati La relazione di verifica del terzo anno di attività 2004-2005 ha

messo in evidenza un aumento dei contatti delle donne e dei familiari e un aumento delle prestazioni effettuate. Prevalgono le comunità di Perù, Romania, Ucraina, Moldavia, Ecuador, Filippine e Cina. Prevalgono le donne in età fertile (dai 20 ai 40 anni), che rappresentano nell'insieme il 70% circa del totale.

Il maggiore incremento si osserva nella fascia d'età dai 31 ai 40 anni. La presenza delle donne dai 41 ai 50 anni (perimenopausa) è comunque raddoppiata nell'ultimo anno. Sono stati organizzati dei Gruppi Tematici sulla salute della donna richiesti dalle utenti stesse, specialmente con la comunità latinoamericana.

La verifica permette di riprogrammare il progetto:

- Introdurre percorsi di formazione studenti, volontari, operatori socio-sanitari,
- Individuare nuove comunità etniche
- Campagna di prevenzione rivolta alla donne migranti con l'offerta attiva di *un percorso di prevenzione ginecologico completo*

L'evento nascita tra continuità e adattamento nella sfida della migrazione.

Grossi Marialuisa ,psicologa, Centro di salute e ascolto donne e bambini immigrati San Paolo Milano

Mazzoleni Carla, Ricercatore Psicologia Sociale Università degli Studi di Pavia

La presente ricerca intende indagare quanto e come l'evento migratorio interferisca nella comunicazione , tra madre e bambino , durante la fase perinatale; comunicazione t che si declina e si traduce nell'accudimento dei genitori ma in particolare delle madri, attraverso le pratiche di cura e i significati che le sostanziano.

Ogni bambino nasce all'interno di una "culla culturale" ossia un contesto di significati e rappresentazioni condivise all'interno del quale si genera il legame con i genitori

Il vivere l'esperienza della maternità in una situazione transculturale, rappresenta una sfida complessa in quanto la discontinuità dei mondi fisici introduce una discontinuità nei mondi di rappresentazioni e significati, mettendo la donna nella condizione di non trovare più i riferimenti esterni necessari per colmare il suo disordine interiore.

Attraverso i primi scambi il neonato alla nascita assorbirà il bagaglio culturale che la madre porta con sé ,ma la madre deve anche prepararlo all'incontro con il mondo esterno di cui lei non conosce necessariamente codici e significati. E ' a questo livello che la migrazione determina una rottura , il sistema referenziale non è più lo stesso, tutti i riferimenti vacillano provocando nella madre un sentimento di insicurezza e determinando una trasmissione caledoscopica del mondo frammentata instabile e confusa, .

Si ipotizza che la possibilità di garantire ed esprimere una continuità nelle pratiche di accudimento , costituisca un importante fattore di protezione dal rischio della perdita di radici che crea disorientamento e disadattamento.

Nella presenta ricerca sono state condotte 45 interviste a donne con figli neonati di tre etnie differenti, presso il Centro di Salute e Ascolto donne e bambini immigrati (Azienda Ospedaliera S. Paolo Milano) al fine di indagare i significati associati alle cure materne, componente fondamentale della trasmissione dei saperi da una generazione all'altra attraverso le diversità culturali. Dalle interviste, analizzate secondo una procedura classica di analisi testuale del contenuto di tipo qualitativo, è emerso come la migrazione fragilizzi la capacità delle donne di pensare, rendendole incerte nelle pratiche, in quanto manca un riferimento ai significati della nascita appartenenti alla cultura di provenienza che si incontrano/scontrano con le nostre molto spesso diverse rappresentazioni di salute e benessere.

Tubercolosi ed immigrazione nell'area veronese

L. a Beccara*, F. Boccafoglio*, A. Tedesco, A. Scardigli*, F. Favari°, A. Cazzadori*, E. Concia*

*Istituto di Malattie Infettive e °Istituto di Microbiologia, Università di Verona

Introduzione: nella Provincia di Verona si è assistito negli ultimi anni ad un costante aumento della tubercolosi nella popolazione immigrata da Paesi ad elevata endemia¹.

Obiettivo: valutare le diverse manifestazioni cliniche della tubercolosi in relazione al gruppo etnico nell'area di Verona; identificarne le possibili cause; studiare la prevalenza delle resistenze ai farmaci antitubercolari di prima linea e la loro distribuzione in relazione alla provenienza dei pazienti.

Materiali e metodi: i casi di tubercolosi microbiologicamente documentata nella Provincia di Verona nel periodo 2000-2005 sono stati classificati in base alla sede di isolamento e al gruppo etnico del paziente; ogni isolato di *M. tuberculosis* è stato testato per la ricerca di resistenze a farmaci antitubercolari di prima linea.

Per l'analisi statistica è stato utilizzato il test chi-quadro per il confronto tra gruppi omogenei; è stato considerato significativo il valore di $p < 0.05$.

Risultati: sono stati ottenuti 389 isolati di *M. tuberculosis*; le forme polmonari ed extrapolmonari sono state rispettivamente il 61.1% vs. 38.9% nel gruppo italiano, il 78.1% vs. 21.9% nei pazienti provenienti dall'Est europeo, il 66.5% vs. 34.5% nei pazienti africani, il 57.6% vs. 42.4% nei pazienti asiatici e il 56.2% vs. 43.8% nei pazienti immigrati dall'America Latina. È stata osservata una differenza statisticamente significativa nel presentare una tubercolosi polmonare rispetto alla forma extrapolmonare nel gruppo proveniente dall'Est Europa rispetto al gruppo italiano, africano e asiatico. La prevalenza delle resistenze ad almeno un farmaco antitubercolare di prima linea è risultata pari al 17.0%. La prevalenza di MDR è risultata pari all'1.4%. La resistenza all'isoniazide è risultata massima nel gruppo di immigrati dall'Africa, con prevalenza del 10.3% su tutti i ceppi isolati da pazienti africani.

Discussione: la forma polmonare della malattia si manifesta con una prevalenza significativamente maggiore nel gruppo di immigrati dall'Est Europa rispetto agli immigrati dall'Africa e dal Sud Est asiatico e agli stessi pazienti italiani, mentre non viene rilevata nei confronti degli immigrati dal Sudamerica; la minore incidenza di tubercolosi extrapolmonare nelle popolazioni dell'Est Europa è già stata segnalata ed attribuita a fattori quali la variabilità genetica dei ceppi di *M. tuberculosis*³, la bassa incidenza di infezione da HIV in questo gruppo² e la variabilità di razza. Noi riteniamo che una possibile spiegazione sia l'utilizzo della vaccinazione con BCG, capillarmente diffusa nell'Est Europa e con copertura parziale nell'America meridionale: il BCG potrebbe infatti da un lato favorire la selezione di micobatteri più virulenti³, con maggior tropismo per il polmone; dall'altro, impedendo la bacilleemia precoce che si realizza nel corso dell'infezione primaria⁴, bloccare la diffusione dei micobatteri a siti extrapolmonari. Dal nostro studio risul-

ta, in linea con i dati nazionali⁵, una bassa prevalenza di isolati MDR, dato che tranquillizza in merito alle possibilità terapeutiche contro la malattia tubercolare; emerge però la presenza di un numero consistente di isolati isoniazide resistenti soprattutto negli immigrati africani, dato che preoccupa sulla terapia profilattica della tubercolosi latente in questo gruppo etnico.

Bibliografia:

1. La tubercolosi nella regione Veneto. Rapporto sui casi di tubercolosi 2002.
2. Pehme et al Tuberculosis during fundamental societal changes in Estonia with special reference to extrapulmonary manifestations., Chest 2005; 127:1289-1295
3. Aesha N J Malik et al. Effects of genetic variability of Mycobacterium tuberculosis strains on the presentation of disease. Lancet Infect Dis 2005;5:174-183
4. Iseman MD. Extrapulmonary Tuberculosis in Adults. In: A Clinicians Guide to Tuberculosis. Philadelphia PA: Lippincott Williams and Wilkins, 2000:145-197
5. Migliori et al. Mycobacterium tuberculosis complex drug resistance in Italy. Emerging Infectious Diseases 2004;10: 752-753

Tutela della salute dei migranti in FVG

E. Beltrame - Assessorato alla salute e protezione sociale - Trieste
Regione Friuli Venezia Giulia

La regione FVG ha promulgato il 4 marzo 2005 la legge n.5 “Norme per l'accoglienza e l'integrazione sociale delle cittadine e dei cittadini stranieri immigrati”.

La legge contempla tra l'altro la stesura del piano regionale integrato per l'immigrazione con validità triennale che definisce gli indirizzi e gli interventi idonei a perseguire gli obiettivi dell'integrazione sociale dei cittadini stranieri.

Il Piano regionale è predisposto e aggiornato dalla Direzione centrale competente in materia d'immigrazione in collaborazione con le altre Direzioni centrali tra cui quella per la salute e la protezione sociale.

L'art 23 della legge medesima disciplina l'assistenza sanitaria ai migranti; garantisce ai cittadini stranieri regolarmente presenti tutti i servizi sanitari previsti dalla normativa e dai piani regionali in condizioni di parità di trattamento ed uguaglianza rispetto ai cittadini italiani, assicura ai cittadini stranieri, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, le cure ambulatoriali urgenti o comunque essenziali ancorché continuative per malattia o infortunio; sono in particolare garantiti la tutela della gravidanza e della maternità, la tutela della salute del minore, le vaccinazioni, gli interventi di profilassi internazionale, la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive.

La regione FVG ha istituito con delibera n.2391 del 17 settembre 2004, presso la Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale, l'Osservatorio per la salute dei migranti”, coordinato dalla medesima Direzione attribuendo al suddetto organismo le seguenti funzioni:

- Monitoraggio della situazione sanitaria e sociale in riferimento alla popolazione immigrata
- Attuazione di progetti ed interventi di informazione e di sensibilizzazione sui temi della salute e della sicurezza sociale, nonché di formazione degli operatori ad un approccio multiculturale e pluridisciplinare
- Coordinamento di progetti specifici di tutela e promozione della salute, della sicurezza sociale con particolare riferimento alle situazioni vulnerabili
- Individuazione delle problematiche emergenti per le quali costituire specifici gruppi di lavoro.

I gruppi di lavoro istituiti a supporto dell'Osservatorio, sono formati da operatori sanitari e sociali operanti nella regione; la loro attività ha portato alla stesura di documenti, utilizzati a livello regionale, a studi ed indagini campionarie e

all'elaborazione di progetti di cui alcuni già conclusi e altri in fase di realizzazione.

I gruppi di lavoro sono i seguenti

- a) Gruppo di lavoro con il compito di analizzare le modalità dell'offerta dei servizi sanitari e sociali ai cittadini stranieri immigrati al fine di introdurre percorsi e buone prassi nell'ottica di una diffusione omogenea sul territorio coinvolgendo Questure e Prefetture.
- b) Gruppo di lavoro con il compito di raccolta sistematica dei dati relativi alla salute dei migranti al fine di realizzare uno studio epidemiologico del fenomeno migratorio;
- c) Gruppo di lavoro per la realizzazione di un progetto mirato alla tutela e promozione della salute della donna e del bambino;
- d) Gruppo di lavoro sulla profilassi ed il controllo delle malattie infettive;
- e) Gruppo di lavoro sulla prevenzione ed il controllo degli infortuni sul lavoro e malattie professionali
- f) Gruppo di lavoro sulla formazione.

L'analisi delle problematiche emergenti ha individuato due aree critiche per i migranti per cui verranno istituiti a breve due nuovi gruppi di lavoro: quello sulla salute mentale (rilevamento crescente di stati di disagio psichico) e quello sulle salute della popolazione detenuta.

Ipertransaminasemia e sue cause in un campione di popolazione immigrata afferente al servizio di Medicina delle Migrazioni dell'A.O.U. Policlinico di Palermo

E. Calandrino, G. Montalto, G. Cassarà, L. Malfa, M. Affronti

L'avvento del codice STP (Stranieri Temporaneamente Frequenti) ha determinato un aumento del numero di DH permettendo di indagare meglio sull'incidenza e la prevalenza di affezioni anche silenti, ma comunque estremamente importanti, come l'HIV, la tubercolosi, le epatopatie croniche. I dati socio-sanitari dei pazienti afferiti all'ambulatorio-Day Hospital del Policlinico di Palermo e ricoverati in regime di DH dal 2002 ci permettono di monitorare il loro stato di salute. Il numero complessivo dei ricoveri nel periodo compreso tra il 2002 e il 2005 è stato di 1115, di cui 449 nel 2002, 183 nel 2003, 221 nel 2004 e 262 nel 2005. Analizzando le cartelle cliniche di questi pazienti, sono stati estrapolati i dati riguardanti l'età, il sesso, la provenienza e la diagnosi di dimissione. Per quanto riguarda il sesso, quello maschile è il più frequente; l'età media è di circa 34 anni e i paesi di provenienza sono sostanzialmente quelli delle regioni dell'Africa nord-occidentale, ed il Bangladesh per quelle asiatiche. La richiesta di salute di questi soggetti ha riguardato tutto il campo della sanità. In particolare, le maggiori richieste hanno riguardato problemi legati all'apparato gastro-intestinale, seguiti da quelli di natura infettiva e quindi cardiovascolari, respiratori ecc. I casi di tubercolosi sono stati 7 nel 2002 (2,1%) e 18 nel 2003 (7,4%), con un incremento percentuale del 11%. I casi di Malattie Sessualmente Trasmesse sono stati rispettivamente 6 nel 2002 e 5 nel 2003. Tra le malattie cardiovascolari, un posto di rilievo spetta all'ipertensione arteriosa che rappresenta la causa principale di questo gruppo di patologie, registrando una percentuale di presentazione mediamente intorno al 6% dal 2002 al 2005.

Lo scopo principale dell'esame retrospettivo è stato quello di valutare con particolare attenzione il rilievo di ipertransaminasemia associata o meno alla presenza di marcatori virali, HBV ed HCV, al fine di valutare l'eventuale impatto sulla popolazione autoctona. Seguendo il target principale del nostro studio, 307 soggetti sono stati trovati con valore di transaminasi sopra la norma o con marcatori virali positivi. Analizzando più in dettaglio i dati sulla patologia epatica, si è osservato che circa un terzo dei pazienti che hanno effettuato lo screening (in totale 272) per i marcatori virali è risultato positivo all'anticorpo anti-core dell'HBV e quindi di avere contratto l'infezione da virus dell'epatite B, e fra essi il 10% è risultato essere ancora portatore dell'HBsAg, mentre il 4.2% ha contratto l'HCV ed il 3.2% l'infezione con l'HIV. Ancora, su 126 pazienti indagati per le transaminasi, 77 (61.1%) sono stati riscontrati con valori sopra la norma. Analizzando le cause, su questi 77 pazienti, si è visto che in 18 casi vi era una pregressa infezione con l'HBV, in 11 dei quali vi era ancora la presenza dell'HBsAg, mentre 5 sono risultati portatori di HCV. Da notare che in quasi la metà dei casi l'ipertransaminasemia è rimasta senza una causa precisata. Dall'analisi delle casistiche italiane di ambulatori dediti alla medicina delle migrazioni, emerge uno spettro di patologie responsabili di ipertransaminasemia sostanzialmente sovrapponibile a quella dei pazienti italiani. Un altro dato interessante nella nostra casistica è costituito dall'alta prevalenza di epatite virale cronica B, probabilmente collegato all'alta endemia dell'HBV in alcuni dei paesi di origine degli immigrati, ed alla mancanza di una pregressa vaccinazione. Tale cifra rimane ancora molto elevata specie se si considera che il 10% della popolazione immigrata è portatrice di HBsAg; essi dunque rappresentano un potenziale serbatoio di infettività non solo per le comunità di immigrati ma anche per la popolazione autoctona.

tona, che solo in parte è difesa dalla vaccinazione anti-HBV. È anche interessante seguire la storia clinica di questi portatori per valutare l'evoluzione delle malattie di fegato e l'eventuale trasformazione cancerosa. Lo studio infine dei genotipi virali dell'HBV ci chiarirà l'eventuale introduzione di ceppi minori di HBV e l'impatto sulla popolazione locale. Per quanto concerne l'andamento epidemiologico delle epatopatie virali nella popolazione italiana nelle recenti decadi, si è osservata la progressiva riduzione della prevalenza delle epatiti HBV correlate, grazie alle migliorate condizioni socio-economiche ed ai programmi di vaccinazione, mentre l'HCV rappresenta l'agente eziologico più frequente delle epatopatie, nonostante la prevalenza di questa infezione, nelle generazioni più giovani, sia ormai molto bassa. Nonostante esistano degli studi sulla distribuzione epidemiologica delle epatiti virali (e di altre malattie infettive) su immigrati ospedalizzati, la presenza di barriere linguistiche e culturali rende ancora oggi difficile attuare lo screening, la diagnosi ed il trattamento di soggetti portatori sani o con patologia epatica (HBV e/o HCV correlata). Da tempo il WHO ha stabilito che una delle priorità della Sanità Pubblica dei vari Paesi è quella di ridurre la povertà e di migliorare le condizioni di salute delle fasce più deboli ed emarginate della popolazione. Per fare ciò è necessario continuare ad elaborare metodologie nuove interdisciplinari, che prevedano da un lato la creazione di una rete di collaborazione tra strutture pubbliche e organizzazioni del privato sociale e l'utilizzo di nuove figure professionali come i mediatori socio-linguistico-culturali e dall'altra l'elaborazione di strategie preventive che permettano un contenimento dei costi per un sistema sanitario solidale ed universalistico, unito ad un'alta efficacia diagnostica e terapeutica. In quest'ottica, siamo convinti che una corretta relazione medico-paziente associata all'uso di semplici esami di laboratorio, possa spesso consentire una precoce individuazione delle malattie nella loro fase iniziale evitando la loro progressione a stadi più avanzati e permettendo così anche una migliore prognosi ed una riduzione dei ricoveri ospedalieri.

Verso una integrazione fra volontariato ed istituzioni

Arru Nicolava Dirigente ospedaliero presso il Pronto Soccorso
Dr Caliandro Rosa Maria, MMG Ass.DOX-DADIE

L'associazione Dox-Dadie nasce a Nuoro nel Maggio del 1999 dopo aver rilevato attraverso un questionario diffuso fra gli immigrati che:

1. Gli immigrati presenti in città e in provincia ricorrevano prevalentemente al Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri quando avevano problemi di salute.
2. La maggior parte degli immigrati provvisti di Permesso di Soggiorno non era iscritta al S.S.N., e i pochi che lo erano non avevano effettuato la scelta del medico o questa era scaduta. La causa della mancata iscrizione al S:S.N. era da attribuirsi alla richiesta, da parte dell'ufficio scelta del medico, della compilazione di un modulo di autocertificazione secondo l'art. 2 legge del 04-01-1968 che richiedeva la presentazione della dichiarazione del reddito ignorando le successive disposizioni di legge.
3. Non era mai stato rilasciato un codice STP ed era del tutto ignorata questa possibilità sia da parte degli uffici preposti che da parte degli operatori sanitari.
4. Inizia quindi una attività di volontariato che vede l'associazione impegnata sia nel campo della assistenza sanitaria attraverso l'attività ambulatoriale sia in attività ed azioni volte alla piena applicazione della legge (Testo unico sull'immigrazione 286/98 e relativo decreto attuativo).

La collaborazione con la ASL non incontra ostacoli per quanto riguarda programmi di prevenzione che vengono stipulati col Dipartimento di Prevenzione e che riguardano le vaccinazioni Difterite Tetano adulti, Anti Epatite B e la prevenzione della TBC.

In particolare la prevenzione della TBC riceve un grande impulso con la nascita della associazione in quanto a tutti gli immigrati che si rivolgono all'ambulatorio al momento della prima visita viene praticata la Mantoux.

Nel Luglio 2005 è stato stipulato un protocollo di intesa con la ASL i cui punti salienti sono:

1. Il riconoscimento del servizio svolto dalla associazione nel campo della prevenzione, promozione e cura della salute e tutela dei diritti sanitari a favore dei cittadini stranieri e delle persone in situazione di bisogno.
2. L'associazione può rilasciare il codice STP agli aventi diritto con l'obbligo di comunicare periodicamente alla ASL l'elenco degli stessi.
3. Qualora sussistono le condizioni di patologia che danno diritto alla esenzione del ticket l'associazione invia l'assistito presso l'ambulatorio specialistico per il rilascio della documentazione.
4. All'associazione viene fornito il ricettario per la prescrizione. Il ricettario intestato al medico responsabile dell'ambulatorio può essere usato da tutti i medici volontari i cui nominativi sono stati comunicati alla ASL e deve essere usato solo per prescrizioni a favore dei pazienti provvisti di codice

- STP. La ricetta deve contenere il timbro con il riferimento all'accordo con la ASL e quello del medico prescrittore.
5. L'associazione si impegna a parità di efficacia a prescrivere i farmaci con un rapporto costi/benefici favorevole e a ritirare dalla farmacia della ASL quelli di maggiore consumo.
 6. La ASL si impegna ad assicurare gratuitamente ai cittadini stranieri che ricevono per la prima volta il codice STP l'esenzione dal pagamento del ticket dei seguenti esami: emocromo, G6pd, glicemia, creatinina, alt, HBSAG, HCV, VDRL, esame urine.
 7. La ASL individua un gruppo di lavoro TUTELA SALUTE IMMIGRATI con il compito di studiare ed attivare progetti obiettivi per la tutela della salute degli immigrati, dei rifugiati, dei richiedenti asilo, dei nomadi.

Persistono diversi punti di criticità primo fra tutti la non conoscenza diffusa della legge da parte degli operatori sia sanitari che impiegati. Il nostro territorio vede una presenza diffusa dell'immigrato (molti sono utilizzati nelle campagne nella pastorizia), e questo rende urgente una altrettanto diffusa e capillare conoscenza della legge da parte degli operatori e la possibilità che i MMG e i PLS possano assistere questi pazienti o attraverso l'iscrizione negli elenchi del medico o attraverso il pagamento della prestazione come visita occasionale.

Nonostante le linee guida emanate dalla SIMM con la SIMG e FIMMG e nonostante l'ultimo accordo nazionale per l'assistenza nel territorio puntualizzi le regole da seguire per l'iscrizione degli immigrati al SSN e la relativa scelta del MMG e del PLS agli immigrati viene ancora richiesto per l'iscrizione come requisito la residenza (mentre è sufficiente la effettiva dimora autodichiarata) e non viene mantenuta la scelta del MMG e del PLS al momento in cui scade il permesso di soggiorno.

Questo comporta una frammentarietà nel rapporto col MMG col quale non si instaura quel rapporto di fiducia che è fondamentale per un valido rapporto medico-paziente.

Gli immigrati sono sempre più utilizzati come forza lavoro, si incominciano a vedere sia gli infortuni che le malattie professionali.

Nella nostra realtà esiste un atteggiamento che si può definire di "razzismo mascherato" in quanto si fanno passare per "concessioni" "favori personali" il diritto alla assistenza sancito dalla legge.

CARATTERISTICHE COMPORTAMENTALI DELLE PERSONE HIV POSITIVE

L. Camoni¹, A. Colucci¹, I. Dal Conte², A. Sinicco², R. Beretta³, L. Cordier^e, MA. Cargnel³,
M. Sebastiani⁴, C. D'Agostino⁴, V. Vullo⁴, M. Tateo⁵, JR. Fiore⁶, G. Pastore⁵, G. Cassarà⁷,
D. Carrillo⁷, M. Affronti⁷, D. Lepore¹, B. Suligo¹

(¹) Istituto Superiore di Sanità, Roma,

(²) Clinica Malattie Infettive ASL 3, Torino,

(³) Ospedale L.Sacco, Milano,

(⁴) Università degli Studi "La Sapienza", Roma,

(⁵) Policlinico di Bari,

(⁶) Università di Foggia,

(⁷) Università di Palermo

Razionale. L'introduzione delle nuove terapie antiretrovirali ha portato ad un aumento del numero delle persone che vivono con la malattia creando un potenziale serbatoio per la riattivazione dell'epidemia.

Obiettivo generale di questo studio è identificare e descrivere comportamenti e situazioni a rischio delle persone HIV positive e stimare gli effetti sull'espansione futura dell'epidemia da HIV in Italia.

Metodi. Le persone con diagnosi di infezione da HIV da almeno 2 anni, costituiscono la popolazione in studio. La dimensione del campione prevista è di 500 persone afferenti a 5 centri clinici (Milano, Torino, Roma, Palermo e Bari).

E' stato predisposto un questionario anonimo, in collaborazione con i referenti dei centri coinvolti, costituito da 24 item. Il questionario raccoglie informazioni su: dati anagrafici e clinici; comportamenti sessuali; uso di droghe prima e dopo la diagnosi di HIV; motivazioni che portano a non usare il profilattico; percezione del rischio.

Risultati. I dati qui presentati si riferiscono a 197 questionari. Il 67,5% dei soggetti è di sesso maschile, ha un'età media di 39 anni (range 23-66) e non è sposato nel 54,0% dei casi. Il 54,3% del nostro campione sa di essere sieropositivo da 10 anni. Il 78,7% dichiara di avere contratto l'infezione da HIV attraverso rapporti sessuali (38,7% rapporti eterosessuali, 40,0% rapporti omo-bisessuali) e il 20,6% attraverso uso di sostanze. Il 54,4% dell'intero campione afferma di aver assunto sostanze stupefacenti.

Dopo la diagnosi di HIV, il 25,5% degli intervistati ha usato sostanze per via endovenosa, il 12,3% ha scambiato siringhe e il 25,9% ha avuto più di 20 partner sessuali. L'80,8% ha un partner stabile, tra questi il 20,3% non usa "mai" il profilattico nel rapporto vaginale, il 21,7% nel rapporto anale e il 58,0% nel rapporto orogenitale. Il 64,7% ha relazioni occasionali, tra questi il 13,0% non usa "mai" il profilattico nel rapporto vaginale, il 17,4% nel rapporto anale e il 69,6% nel rapporto orogenitale. Le motivazioni che spingono a non usare il profilattico sono: il bisogno di condivisione con il partner (39,5%), difficoltà nell'uso (32,1%); basso rischio percepito (24,2%); sfiducia/disinteresse (4,2%).

Conclusioni. Nonostante più della metà del nostro campione dichiarò di conoscere il proprio sierostato da più di 10 anni, sembrerebbero permanere comportamenti a rischio soprattutto nella sfera sessuale.

I rapporti anali e i rapporti orogenitali, sia nelle relazioni stabili che in quelle occasionali, sono quelli in cui si registra la maggior percentuale di mancato uso del profilattico. Tali informazioni possono rappresentare indicatori utili per proporre interventi di prevenzione e di counselling a tutela della salute delle persone sieropositive e sieronegative.

Uno strumento interculturale per la promozione della salute del bambino in una società multi-etnica

L. Bianchi, S. Marchetto, E. Sieni, S. Paganelli, C. Menicalli, N. Battaglia, S. Casalini, S. Ballotti, K. Ettumi, *MG. Santini, G. Veneruso, L. Galli.

Clinica Pediatrica I - Dipartimento di Pediatria, Università di Firenze

*Servizio Igiene e Sanità Pubblica – Azienda Sanitaria di Firenze


In questi ultimi anni in Italia, ormai considerabile una società multi-etnica, stanno riemergendo molte patologie soprattutto di tipo infettivo. Tra queste spicca la tubercolosi il cui incremento si sta registrando in tutta la popolazione, ma soprattutto fra gli immigrati. Sono molti i fattori di rischio che concorrono a far sviluppare la malattia tubercolare in questo gruppo di popolazione, primo fra tutti le condizioni di degrado ambientale, ad esempio il sovraffollamento in locali poco areati e umidi, in cui spesso gli immigrati si trovano costretti a vivere.

Poiché la tubercolosi rievoca nel vissuto delle persone, sia italiane che immigrate, senso di angoscia e timore di esclusione sociale, si evita di parlarne e ciò non fa altro che alimentare vecchie credenze ed aumentare la discriminazione verso le persone affette. La scarsa accessibilità ai servizi sanitari da parte degli immigrati per disinformazione e paura, contribuisce alla diffusione della malattia con ripercussioni sul singolo e sulla collettività. La tubercolosi nel bambino è una entità ben definita anche se spesso misconosciuta e rappresenta un evento sentinella che ci avverte della presenza di un adulto affetto che può diffondere l'infezione. Data l'importanza di una completa aderenza ai percorsi diagnostico-terapeutici è necessario diffondere una corretta conoscenza della malattia per poter superare diffidenze e ed attuare programmi specifici in modo completo. Per questo motivo il servizio del Bambino Immigrato e Adottato della Clinica Pediatrica I del Dipartimento di Pediatria dell'Università di Firenze, sta realizzando in collaborazione con l'Azienda Sanitaria di Firenze, un libretto multilingue (italiano, arabo, cinese, albanese, francese, spagnolo e inglese), corredato di figure colorate, che raccoglie le più frequenti domande rivolte ad operatori del settore da genitori, insegnanti e da tutti coloro che hanno dubbi sulla malattia tubercolare del bambino. Cosa è la tubercolosi ? Come si diffonde ? Come si diagnostica ? Come si cura? Cosa è la reazione alla tubercolina ? E il vaccino?

Che cosa è l'intradermoreazione di Mantoux?

È un test cutaneo che ci permette di verificare se c'è stata l'infezione tubercolare.

COME SI ESEGUE



Il test si esegue inoculando per via intradermica 5 U di derivato di proteine purificate (PPD) di M. tuberculosis sull'avambraccio.

NON LAVARE O STROFINARE LA CUTE !

لرد (Mantoux) ما هو اختبار مانتو
الفحص بين طبقات الجلد؟

هو اختبار جلدي يسمح لنا بالتحقق إذا كان هناك حالة عدوى بميكروب التوبريكلوزيس.

كيف يجرا اختبار مانتو ؟
الاختبار يجرا

عن طريق حقن خمس وحدات من مستحضر بروتيني (نفسى من الميكروب) التوبريكلوزيس بين طبقات الجلد على الوجه الداخلى لساعد.

لا يمسح الجلد

Problemi percepiti dalle donne straniere residenti a Trieste riguardo l'uso dei servizi sanitari: una diagnosi partecipativa.

Sofia Quintero Romero, Rosa Bernal
S. Quintero Romero, R. Bernal
Consulenti ACCRI, Trieste

Introduzione

Nel 2005, l'ACCRI (Associazione di Cooperazione Cristiana Internazionale), nell'ambito del progetto "Incontrarsi", indagò i problemi più frequenti e più sentiti dalle donne immigrate quando accedono ai servizi della ASL triestina. Le partecipanti erano 15, provenivano da diversi paesi e come gruppo rappresentavano una realtà comune tra le immigrate: alcune erano arrivate da anni ed erano riuscite a integrarsi e a trovare lavoro; altre incominciavano appena ad integrarsi nella vita della città. Soffrono di problemi di povertà, lingua, mancanza di lavoro, violenza domestica, integrazione. Le loro età vanno dai 19 ai 43 anni, età nella quale le donne usufruiscono maggiormente dei servizi materno infantili.

Metodi

È stata realizzata una diagnosi partecipativa per capire la percezione e l'esperienza di ogni donna ed ottenere una visione comune e condivisa, basata sulla discussione ed il confronto. Ne risulta una serie di problemi specifici, ordinati secondo l'appartenenza alla stessa categoria, che potrebbero servire per definire strategie di intervento da parte delle aziende sanitarie.

I problemi

1. La lingua

Il personale sanitario non mi capisce

Non parlo italiano

Le indicazioni che mi danno non sono chiare

Gli operatori sanitari non capiscono i miei problemi personali

È difficile prendere appuntamenti al telefono

2. Relazione e comunicazione

❖ Il personale non sa interpretare il problema dell'immigrato

❖ A volte gli operatori hanno atteggiamenti di superiorità

❖ Il personale ha pregiudizi nei confronti dell'immigrato

❖ Le utenti sono disorientate e sfiduciate

❖ Non si riconoscono le potenzialità degli immigrati

❖ I medici hanno offeso utenti tedesche e africane

❖ Il personale ha pregiudizi verso le donne in situazione speciale

❖ Vi è difficoltà di comunicazione, empatia, comprensione

❖ Non mi sento compresa come persona

❖ Il linguaggio tecnico rende più difficile la comunicazione

3. Qualità dei servizi

18. Manca assistenza sociosanitaria per donne in situazione di grave difficoltà

19. Le diagnosi sono fatte in maniera superficiale
 20. Durante la visita non si approfondisce il motivo della stessa
 21. Vi è mancanza di cure specialistiche nei giorni festivi
 22. Manca un punto d'incontro dove scambiare informazioni con le utenti
 4. Accesso a informazioni e servizi
 - I clandestini non sono informati sui servizi già attivi per loro
 - Gli operatori non forniscono moduli per l'esenzione dal ticket
 - Gli utenti non sono informati a sufficienza sulle modalità di accesso ai servizi
 - Il personale è scarsamente informato sulle leggi sull'immigrazione
 - Spesso l'immigrato non è accompagnato da un mediatore che lo aiuti a spiegarsi e a capire
 - Il personale non conosce la figura del mediatore culturale
 - Il mediatore culturale è male utilizzato
 5. Problematiche sociali e diritti
 - Mancanza di risorse economiche personali per coprire i costi
 - Insufficiente conoscenza dei propri diritti
- Possibili interventi
- Monitoraggio e miglioramento della qualità del servizio *per tutti*
 - Accesso paritario ai servizi e all'informazione
 - Controllo della qualità della comunicazione e del rapporto con le utenti straniere
 - Ricerca sulle percezioni da parte dell'utenza italiana e del personale di salute

Conclusioni

Non c'è bisogno di una *medicina speciale per gli immigranti*. Tutti ci ammaliamo delle stesse cose. Una lettura più dettagliata dei dati qui presentati segnala quanto sia importante curare l'aspetto delle relazioni interpersonali nell'intervento in salute. Le donne coinvolte sottolineano il disagio derivato dall'incontro col personale: medici, infermieri, addirittura mediatrici culturali pieni di pregiudizi e incapaci di accoglienza, di rispetto, d'ascolto. In questo non sono diversi dagli altri: tutti siamo pieni di pregiudizi e non ci insegnano ad ascoltare. Ci vuole una *medicina centrata sull'altro*, sul diverso (lo siamo tutti), operatori in grado di incorporare elementi minimi della comunicazione e dell'*empowerment*, per garantire che l'incontro avvenga nei giusti parametri di riconoscimento dell'altro e della sua autonomia.

MALATTIE CRONICHE E INVALIDANTI DELLA POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE NELL'ULSS 6 VICENZA

M. Pacchin

Unità di Valutazione Epidemiologica. Azienda Ulss 6 Vicenza

Obiettivi

Rilevare il tasso di prevalenza delle malattie croniche e invalidanti di stranieri residenti nell'Ulss 6 Vicenza per sesso e classi di età.

Metodologia

La circolare n.13/2001 ha definito le condizioni di malattie croniche ed invalidanti che danno diritto all'esenzione per la spesa di assistenza sanitaria.

Le variabili considerate sono: genere, età, codice esenzione, patologia e/o condizione invalidante, codice assistito. *L'analisi è stata fatta sul numero di esenzioni (414).*

La popolazione di riferimento è quella relativa ai residenti stranieri dell'Ulss 6 al 31/12/2003: popolazione totale 15.441: maschi 8.491, femmine 6.950.

Risultati

Popolazione straniera.

Rapporto esenti/esenzioni.

Gli esenti ticket per 1 o più patologie croniche e invalidanti residenti sono 360.

La percentuale di esenti sulla popolazione straniera è del 2,3% (360/15441).

È esente il 15,7% degli stranieri oltre 65 anni, il 5,8% in età compresa tra 45 e 64 anni, il 2% tra 25 e 44, il 2% tra 0 e 24 anni e l'1,2% in età pediatrica.

Le esenzioni sono 414 con rapporto esenzioni/esenti di 1,2.

Esenzioni per patologia e sesso.

Le patologie prevalenti sono il *diabete mellito e l'ipertensione arteriosa.*

Il *diabete* rappresenta il 17,4% (72/414) delle esenzioni; il tasso sulla popolazione è di 4,7‰ (72/15.441).

Il 17,4% (72/414) delle esenzioni è per *ipertensione arteriosa*; il tasso di prevalenza è 4,7‰ (72/15.441).

Il 9,7% (40/414) è per *asma*. Il tasso di prevalenza è 2,6‰ (40/15.441).

Il 7,2% (30/414) delle esenzioni riguarda i *sofferenti affetti da patologie neoplastiche*, con una prevalenza dell'1,9‰ (30/15.441).

Il 5,3% (22/414) delle esenzioni riguarda gli *invalidi civili al 100% con o senza indennità di accompagnamento*, con una prevalenza dell'1,4‰ (22/15.441).

Le esenzioni per *epilessia* sono il 3,6% (15/414) con un tasso dell'1‰ (15/15.441).

I casi di *invalidità civile con riduzione della capacità lavorativa superiore a 2/3* sono 14 (3,4%) con un tasso di 0,9‰.

Le *invalidità sul lavoro con riduzione della capacità lavorativa < 2/3* sono il 2,4% (10/414) con un tasso dello 0,6‰ (10/15.441).

Sono 9 i casi di esenzione per *epatite cronica* (2,2%); il tasso è 0,6‰.

9 sono le esenzioni per *colite ulcerosa e malattia di Crohn*, (2,2%); il tasso è di 0,6‰.

Le esenzioni per *glaucoma* sono l'1,7% (7/414) con un tasso dello 0,5‰.

Le esenzioni per *artrite reumatoide* sono l'1,4% (6/414) con un tasso dello 0,4‰ (6/15.441).

Sono 6 i casi di esenzione per *patologia 020.042 (AIDS)*, 1,4% (6/414), con un tasso dello 0,4‰.

I casi di esenzione per *insufficienza renale cronica* sono 6, l'1,4% (6/414), con un tasso dello 0,4‰.

6 i casi di esenzione per *infortuni sul lavoro o affetti da malattie professionali*.

I casi di esenzione per *TBC* sono 3, lo 0,7%, con un tasso dello 0,2‰; 2 i casi di esenzione per *dipendenza da sostanze voluttuarie* con un tasso dello 0,1‰. Un residente straniero è in attesa di trapianto.

Confronto popolazione straniera e popolazione complessiva.

Nella popolazione complessiva, il tasso per *invalidità civile con riduzione della capacità lavorativa superiore ai 2/3* è superiore di 50 volte rispetto a quello della popolazione straniera; di 20 volte il tasso per *dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotiche e da alcool* e di 14 volte quello per *ipertensione arteriosa, psicosi, glaucoma, aritmie cardiache, invalidità C al 100%, patologie neoplastiche, morbo di Basedow, e tiroidite di Hashimoto*. Nella popolazione straniera tutte le patologie hanno un tasso di prevalenza inferiore rispetto alla popolazione complessiva.

OSSERVATORIO SULLA SITUAZIONE SANITARIA E SOCIALE DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA. AZIENDA ULSS 6 VICENZA

M. Pacchin

Unità di Valutazione Epidemiologica. Azienda Ulss 6 Vicenza

Presso l'Ufficio di valutazione epidemiologica dell'Ulss 6 di Vicenza è stato istituito nel 1999 un Osservatorio sulla situazione sanitaria e sociale della popolazione immigrata.

Il Piano Sanitario Nazionale (2003-2005) pone tra gli obiettivi principali di salute quello di rafforzare la tutela dei "soggetti deboli" in particolare stranieri immigrati ed afferma che: "è indispensabile lo sviluppo di strumenti sistematici di riconoscimento, monitoraggio e valutazione dei bisogni di salute degli immigrati".

Le caratteristiche socio-demografiche degli immigrati implicano problemi di salute sostanzialmente diversi da quelli della popolazione residente. Gli immigrati sono generalmente persone giovani, con alta fertilità, in situazioni socio-economiche spesso precarie e con malattie determinate anche da condizione di una vera e propria indigenza (disequità socio-economica e disequità nella salute)

L'OMS nel 1991 nel documento "Gli obiettivi della salute di tutti entro l'anno 2000", poneva l'esigenza di ridurre del 25% "le differenze nello stato di salute tra paesi e tra gruppi all'interno dei Paesi, (equità della salute), e affermava che "tutti gli individui dovranno avere la possibilità di sviluppare e di avere il loro potenziale di salute, in modo da poter condurre una vita socialmente, economicamente e psichicamente soddisfacente (salute e qualità della vita)".

Pertanto l'istituzione di un Osservatorio epidemiologico ha lo scopo di raccogliere in modo organico e sistematico informazioni di carattere socio-sanitario per definire le situazioni di rischio e le linee prioritarie di intervento confrontare i dati locali con quelli regionali e nazionali, valutare le differenze e diffondere le informazioni con la redazione di rapporti specifici.

Situazioni censite dall'Osservatorio

1. Demografia

- Indicatori di struttura della popolazione straniera residente.
- Proiezioni demografiche al 2023 nella Provincia di Vicenza in relazione ai flussi migratori.
- Proiezioni demografiche al 2023 nelle regioni italiane in relazione ai flussi migratori.

2. Indicatori sanitari. Area materno-infantile

- Mortalità per causa in età pediatrica.
- Ricoveri di donne e bambini immigrati. Azienda Ulss 6 Vicenza.

- Ricoveri di donne e bambini immigrati nel Veneto.
- Ricoveri specifici per malattie infettive in età pediatrica nel Veneto.
- Ricoveri di donne e bambini immigrati in posizione giuridica di irregolarità.
- Ricoveri di bambini stranieri in chirurgia pediatrica
- Prevalenza di malattie croniche e invalidanti in donne e bambini stranieri
- Monitoraggio dell'interruzione volontaria di gravidanza.
- Monitoraggio degli aborti spontanei.
- Caratteristiche della gravidanza, del parto ed esiti perinatali.

3. Indicatori sanitari. Popolazione complessiva

- Ricoveri nell'Azienda Ulss 6 Vicenza.
- Prevalenza delle malattie croniche e invalidanti.
- Accessi al Pronto Soccorso per traumi cranici.

4. Indicatori sociali

- Indagine sul grado di integrazione di alcune comunità di stranieri nell'area vicentina.
- Studio multicentrico nazionale sull'integrazione scolastica dei bambini stranieri, in collaborazione con il GLNBI.
- Studio Multicentrico Nazionale sulle abitudini alimentari dei bambini immigrati in collaborazione con il GLNBI.
- Indagine sui problemi di comunicazione con l'utenza straniera e sulla formazione degli operatori delle Ulss e dei Comuni della Provincia, in collaborazione con il Consiglio Territoriale per l'immigrazione della Prefettura di Vicenza.

5. Indicatori sanitari e sociali nei PVS

- Indicatori sanitari e sociali dei Paesi di provenienza degli immigrati nella Provincia di Vicenza.
- Cause di morte in età pediatrica nel mondo per aree geografiche.
- Cause di morte delle donne in età fertile nel mondo per aree geografiche.
- Mortalità specifica per carenze nutrizionali nel mondo. Differenze di genere.

DINAMICHE DEMOGRAFICHE E TASSI DI FECONDITÀ IN ITALIA.

Differenze geografiche in relazione ai flussi migratori.

M. Pacchin

Unità di Valutazione Epidemiologica. Azienda Ulss 6 Vicenza

Le trasformazioni che in Italia negli ultimi decenni hanno caratterizzato le tendenze demografiche hanno determinato un cambiamento nelle strutture della società e dell'economia.

Nell'attuale dinamica demografica si evidenziano il forte calo della natalità: da 16,8‰ del 1970 a 9,7‰ del 2004 e un alto indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e quella in età tra 0 e 14 anni) che nel 2004 è di 135 (135 anziani ogni 100 giovani).

La media nell'Ue15 è 103 e 100 nell'Ue25.

Tassi di crescita della popolazione in Italia. Distribuzione geografica

In Italia il tasso di crescita totale della popolazione nel 2004, 9,9 per mille abitanti, è per il 97% dovuto al tasso migratorio (9,6‰); il tasso di crescita naturale è pari a 0,3 ‰.

La Tab.1 illustra le differenze geografiche dei tassi di crescita della popolazione.

L'incremento demografico non è uniforme nel territorio nazionale per la diversa incidenza del tasso di crescita naturale e migratorio.

Il Nord e Centro Italia presentano una dinamica demografica naturale negativa (rispettivamente -0,3‰ e -0,7‰), ma il tasso migratorio determina un alto tasso di crescita totale della popolazione: rispettivamente 13,9‰ e 11‰.

Al Sud invece il saldo naturale è positivo (1,9‰), ma la crescita demografica totale (4,7‰) risulta nettamente inferiore rispetto alle regioni del Nord nel complesso, poiché il tasso migratorio (2,8‰) è poco rilevante.

Tassi di Fecondità Totale (TFT) in Italia. Andamento temporale e differenze geografiche.

Il tasso di fecondità totale (TFT), numero medio di figli per donna, nel periodo 2001-2004 è tendenzialmente in crescita nelle aree Centro-Settentrionali, mentre in quelle meridionali è rimasto pressoché stabile: si è verificata una progressiva omogeneizzazione del livello di fertilità nelle aree del paese. Il divario Nord/Sud è quindi in riduzione e il recupero, sia pur lievissimo, della fecondità in Italia è attribuibile alle regioni del Centro-Nord, che hanno "compensato" la stazionarietà del Sud.

Nel periodo 2001-2004 si registra in tutte le Regioni del Nord e del Centro un incremento del tasso di fecondità positivo, mentre in molte regioni del Sud il trend è decrescente.

L'incremento della fecondità nelle regioni Centro-Settentrionali può essere spiegato dalla maggior presenza e grado di stabilizzazione degli immigrati in queste aree. Si è passati da una immigrazione a forte connotazione individuale ad una di carattere familiare e si è sviluppato un sostanziale riequilibrio di genere. Il 70% delle donne straniere è in età riproduttiva, con un tasso di fecondità (1,9 figli per donna vs 1,3 delle donne italiane) più elevato e un'età media al parto (27,5 anni) inferiore rispetto alle donne italiane (30 anni). Nel periodo 1999-2003 l'incidenza delle nascite dei bambini stranieri è passata da 3,9% a 6,2%; si stima sia nel 2004 l'8,2% dei nati.

Conclusioni

Il fenomeno migratorio contribuisce sicuramente ad attenuare alcuni squilibri demografici, ma non è in grado di incidere in modo determinante sulla fecondità del Paese.

Uno studio dell'Ufficio di valutazione epidemiologica dell'Azienda Ulss 6 Vicenza sulla previsione al 2023 della popolazione femminile in età fertile in Italia, ha evidenziato che le donne italiane diminuiranno del 25% e le straniere aumenteranno del 178%, complessivamente però le donne in età feconda subiranno una contrazione del 13%.

Il tasso di fecondità delle italiane non permetterà un ricambio generazionale e si determinerà la formazione di coorti di donne sempre più ridotta in età fertile.

Psicologia clinica dell'esperienza dell'emigrazione

di Fedele Termini

psicologo-psicoterapeuta

docente di Sviluppo Metacognitivo presso la L.U.M.S.A.

Facoltà di Scienze della Formazione

Introduzione

La ricerca che qui di seguito verrà esposta, nei suoi aspetti teorici e metodologici, nasce dall'esigenza di offrire degli spazi di studio e di riflessione sul fenomeno dell'immigrazione in Italia visto attraverso gli occhi dei suoi principali attori, i cittadini extracomunitari, e con l'ausilio di una prospettiva scientifica e di un approccio al problema rientrante nell'ambito della psicologia clinica e della psicologia sociale.

L'immigrazione in Italia sta cambiando volto: ci troviamo ormai di fronte alla seconda, se non addirittura alla terza, generazione di famiglie, provenienti in particolar modo dall'area nord-africana, che risiedono nel nostro paese e nella nostra regione. Ciò inevitabilmente comporta la necessità per noi studiosi e ricercatori di considerare l'oggetto di studio in questione non più come un evento 'puntuale', ma come 'processo' inquadrato nei suoi aspetti dinamici ed evolutivi; il conseguente allargamento del campo implica, quindi, una trasformazione dell'area di indagine che si spoglia delle vesti di 'evento' o 'fenomeno' per vestire quelle di 'processo'.

Dalle interviste effettuate nella ricerca emerge, inequivocabilmente, un fattore importante, costituito dalle cosiddette "lealtà invisibili" ipotizzate da Boszormenyi-Nagy, che condiziona ed influenza i rapporti di benessere/malessere (psico-fisico), salute/malattia, adattamento-integrazione/disagio-isolamento, presenti in nuclei familiari di immigrati. Le "lealtà invisibili" creano dei 'legami' che, per quanto sottili e trasparenti come i fili di una ragnatela, diventano resistenti e duraturi nel tempo, rafforzati paradossalmente dal trascorrere dello stesso. Le "lealtà familiari" si fondano e si costruiscono, sulla base del 'non detto', intorno ad un 'patto' implicito, non verbalizzato e, quindi, non condiviso e negoziato a livello consapevole, che si instaura tra il membro della famiglia che emigra e la sua famiglia di origine, che rimane nel luogo di provenienza. Il richiamo ai vincoli, stabiliti dal 'patto', e il mantenimento della "fedeltà" ad esso, che significa anche e soprattutto mantenere fede ai riferimenti valoriali, normativi e rituali della cultura di origine, crea una sorta di "doppio legame", di "doppio vincolo" tra la cultura della famiglia di provenienza e la cultura e il sistema valoriale del tessuto sociale e relazionale che lo 'adotta' o che lui stesso si crea sotto forma di famiglia 'attuale'.

Tale condizione, 'implicita' ed 'invisibile', sta alla base di molti casi di disturbi psicosomatici e crisi di disadattamento presentate da cittadini extracomunitari che

si recano nei servizi per loro predisposti quali sportelli d'ascolto, di mediazione interculturale, o quelli socio-sanitari in generale. Una buona "analisi della domanda" effettuata dagli operatori può permettere di risalire dalla richiesta di aiuto 'esplicita' (legata al corteo sintomatologico) all'origine storica e relazionale del problema che rimane 'nascosta' ed 'implicita'. Ciò consentirebbe di ottenere due vantaggi strettamente collegati fra loro: uno di ordine terapeutico, legato, quindi, alla pratica clinica che si evolverebbe sia in senso 'diacronico' oltre che 'sincronico', potendo, così, essa cogliere la dimensione della 'trasmissione trans-generazionale' ed in questo caso 'trans-culturale' del malessere psichico e/o psicosomatico; l'altro di ordine sociale, legato alla possibilità di generare, attraverso l'ascolto 'empatico' ed il confronto con quelle generazioni di nostri connazionali che hanno vissuto un'esperienza di disagio molto simile durante il XX secolo, strategie nuove e reali di integrazione dei cittadini immigrati che gli ultimi avvenimenti di cronaca delle periferie di Parigi hanno dimostrato essere 'sospesi' dal punto di vista dell'appartenenza culturale e sociale.

Metodologia

Le famiglie coinvolte nel progetto di ricerca sono state complessivamente dieci, tutte provenienti dal Nord-Africa ed in particolare dal Marocco. Queste, contattate precedentemente per verificare la loro disponibilità all'indagine, risiedono ormai da parecchi anni nel nostro territorio che è quello della provincia di Palermo.

Sono stati utilizzati i seguenti strumenti:

1) Intervista semi-strutturata, con domande aperte, divisa in 6 sezioni, a) informazioni generali o anamnestiche sulla famiglia; b) condizioni di vita precedente (paese d'origine); c) progetto migratorio; d) condizioni di vita in Italia; e) relazioni familiari; f) prospettive future.

2) Il D.S.S.D.V.F. (*Disegno simbolico dello spazio di vita familiare*) per ottenere delle informazioni 'indirette' ma sicuramente più attendibili sul tipo di 'organizzazione relazionale' interna ed esterna al nucleo familiare.

Il metodo prevalentemente scelto per l'analisi delle interviste è stato quello "etnografico" (vedi L. Zammuner, *"I Focus Group"*) che consiste nell'estrapolare alcuni brani dell'intervista al fine di avvalorare e sostenere le argomentazioni in oggetto.

Ciò che rimane centrale, a mio avviso, in tutto il percorso di ricerca è la 'conflittualità', interna al sistema individuo, coppia e famiglia, che si genera tra istanze contrapposte relative all'*appartenenza* non solo a due gruppi sociali differenti, ma anche e soprattutto, ai loro sistemi di regole e di valori. La domanda "chi è il mio gruppo di appartenenza?" (e, quindi, "in chi mi riconosco?") è strettamente legata ad un'altra altrettanto importante e fondante la nostra esistenza: "chi sono io?". Ecco perché la questione dell' 'appartenenza' (che in questo caso assume una specificità ed una forte connotazione culturale) nei processi migratori, e non solo, ha delle

inevitabili ricadute sull' 'identità personale' dell' individuo, sull' identità di coppia e su quella familiare.

Ciò che emerge dall' analisi dei risultati della ricerca sono le 'disfunzioni' presenti nei seguenti livelli del sistema familiare:

- 1) quello strutturale riguardante i 'confini' della famiglia 'attuale' che rimangono nella relazione con le rispettive famiglie di origine o eccessivamente 'porosi' e 'labili', o eccessivamente 'rigidi' e ispessiti, ma sicuramente entrambi caratterizzati da un minimo comune denominatore costituito dalla mancanza di 'definizione' del rapporto e, quindi, dal mantenimento di un legame che proprio per il fatto di non essere ben definito diventa nel tempo ambiguo e fonte di sofferenza; è questo uno dei fattori che compromette il rafforzarsi del legame con il tessuto sociale nuovo ed il sistema valoriale e culturale di cui è portatore;
- 2) il livello della 'dimensione mitica', definito come il sistema di convinzioni, opinioni, atteggiamenti e regole 'non scritte' della famiglia che assume uno sviluppo non omogeneo e 'a macchia di leopardo', a testimonianza della forte tensione e conflittualità che vive sia il sotto-sistema coniugale e genitoriale al suo interno, sia quest'ultimo nella relazione con la nuova generazione dei figli;
- 3) il livello dell' 'auto' e dell' 'etero-percezione' della famiglia che colpisce il 'potere funzionale' di tutti i membri che la compongono e dello stesso sistema nella relazione con la trama sociale;
- 4) ed infine, il livello della 'conferma' dell' identità stessa della famiglia e della sua esistenza in un contesto sociale o, meglio in una relazione di appartenenza ad un collettivo.

INDICE

VIII Consensus Conference sull'Immigrazione - Lampedusa, maggio 2004 Intervento del Presidente della Regione Siciliana <i>Salvatore Cuffaro</i>	2
VIII Consensus Conference sull'Immigrazione - Lampedusa, maggio 2004 Considerazioni conclusive <i>Salvatore Geraci</i>	8
VIII Consensus Conference sull'Immigrazione - Lampedusa, maggio 2004 Raccomandazioni sulla formazione	10
La sindrome di Salgari ... 20 anni dopo	15
<i>Salvatore Geraci</i>	
Il progetto OSI: sperimentazione di un sistema informativo sanitario sull'assistenza di primo livello agli immigrati	30
<i>Giovanni Baglio</i>	
Politiche regionali per la salute degli immigrati	36
<i>Maurizio Marceca</i>	
Le migrazioni di infermieri in Italia	43
<i>Antonio Ricci</i>	
L'altro e l'assistenza: accogliere in ambito sanitario	62
<i>Sandra Bombardi</i>	
La dimensione della cura nella disciplina e nella professione infermieristica	73
<i>Rita Riolfi</i>	
Dall'empatia all'exotopia: modi per favorire l'incontro con i "mondi altri"	83
<i>Nadia Urli</i>	
Strategie per lo sviluppo di servizi sanitari "migrant-friendly" e culturalmente competenti	88
<i>Antonio Chiarenza</i>	
Equality and diversity: from policy to practice	99
<i>Dilshad Khan</i>	

COMUNICAZIONI

Fenomeni migratori e disuguaglianze in salute. Un approccio ragionato alla letteratura internazionale come chiave per migliorare l'appropriatezza degli interventi italiani.	100
Una prima analisi del campo di ricerca per il progetto "giving new subjects a voice. cultural diversity in the health-care system"	108
Andamento dei casi di aids diagnosticati in Italia tra gli stranieri (1992-2003)	117
I frutti dell'ipocrisia: storie di chi l'agricoltura la fa. Di nascosto. Indagine sulle condizioni di vita e di salute dei lavoratori stranieri impiegati nell'agricoltura italiana	122
La salute mentale degli immigrati che si rivolgono al pronto soccorso di Roma: il caso degli immigrati dai paesi dell'Europa centro-orientale	129
Corsi multiculturali di accompagnamento alla nascita	139
Promozione della salute materno-infantile della popolazione immigrata nella regione Marche	144
Gravidanza e parto nella donna immigrata in Friuli Venezia Giulia	152

IVG e contracccezione nelle donne immigrate.....	156
Chi sono le donne straniere che ricorrono all'IVG in Italia?	165
Prevalenza di infezione da HPV in un gruppo di donne immigrate a Palermo: associazione con lesioni cervicali, provenienza geografica e variabili socio-comportamentali	173
Le donne immigrate e l'infezione da HIV in gravidanza.....	179
Infezione da virus dell'Epatite B (HBV) in donne gravide extracomunitarie e siciliane ed implicazioni di strategia vaccinale.....	183
Dinamiche demografiche in Italia, nel Veneto e in Sicilia	187
Promozione della salute delle madri immigrate e dei loro bambini nella provincia di Novara	192
Adozione internazionale: l'esperienza del servizio di assistenza al bambino adottato dell'ospedale pediatrico A. Meyer di Firenze.....	200
Endocrinopatie nei bambini immigrati: la nostra esperienza	205
Adozione internazionale: disturbi comportamentali in un gruppo di bambini adottati dall'Europa dell'Est.....	210
Divezzamento nei bambini immigrati: un'indagine svolta presso il centro di salute e ascolto per le donne immigrate ed i loro figli dell'ospedale San Paolo di Milano.....	217
Indagine epidemiologica sugli accessi in pronto soccorso di una popolazione pediatrica di provenienza extracomunitaria.....	232
Laposs & Health System: Un modello di rete per i servizi agli immigrati a Catania	242
Dieci anni di attivita' dei centri ISI in Piemonte	252
Osservatorio regionale della Lombardia per l'integrazione e la multietnicità: utilizzo di dati correnti per la costruzione di indicatori utili alle politiche sanitarie.....	259
Ricorso ai servizi ospedalieri della popolazione immigrata straniera residente nel territorio dell'Ausl di Cesena nel periodo 2002-2004.....	270
La discriminazione come valore positivo: marketing etnico e servizi sanitari	275
Promozione della salute nei percorsi di cura rivolti alla popolazione immigrata	282
L'ambulatorio per migranti: un ambulatorio di medicina di base aperto a tutti.	
L'esperienza senese.	287
L'esperienza di un ambulatorio per STP	288
Elementi di etnodermatologia: alcune pratiche culturali di piu' frequente riscontro.....	291
Percorso facilitato di accesso per le migranti e le indigenti a Palermo, contributo di una U.O.S. alla prevenzione diagnosi e cura delle malattie della mammella	295
La violenza nel percorso migratorio della donna: accogliere, riconoscere per offrire un percorso di aiuto	304
Prevalenza e incidenza dell'infezione da HIV in immigrati a Brescia	320
Infezione da HIV e immigrati negli ultimi cinque anni di attivita' del nostro centro	326
Risposte fornite dalle strutture pubbliche ai bisogni di salute delle persone straniere nell'ambito dell'infezione da HIV e dell'AIDS.....	330
Intossicazioni da fitosanitari su lavoratori extracomunitari agricoli in provincia di Ragusa	334
TBC ed immigrati.....	336
Assistenza infermieristica domiciliare: il colore della professionalita'	341
Dal bisogno di cura alle proposte di prevenzione: il modello di salute dello straniero e l'attivita' infermieristica ed ostetrica del CSFS.....	347
“L'arte di assistere attraverso la cultura Rom”	351
Considerazioni sullo studio della salute dei Rom stranieri che vivono nei campi in Italia	356

L'accesso dell'utenza nomade al servizio sanitario pubblico. prima fase di un'esperienza di ricerca-azione nella città di Palermo.....	365
L'unità di strada: una metodologia di accesso e messa in rete dei servizi socio-sanitari	376
Esperienze di reti e servizi per immigrati. Edentulismo e povertà: risultati di un modello di risposta.....	381
Medicina tradizionale cinese a S. Chiara: trecento pazienti trattati con il tuina (massaggio cinese), il massaggio di qigong medico e le tecniche collaterali	390
Problematiche dei centri di accoglienza nell'affrontare i casi di grave disagio psichico... 392	
Vittime di tortura nell'ambulatorio di medicina delle migrazioni del policlinico di Palermo	399

ABSTRACT

Esperienze di rete tra consultori familiari e servizi per immigrati	410
Il GR.I.S. Trentino: nascita, evoluzione, problemi e prospettive La percezione dei problemi assistenziali nella madre straniera negli operatori dei punti nascita della provincia di Trento	413
L'IVG in provincia di Trento. Caratteristiche e percorsi nelle utenti italiane e straniere... 416	
Analisi della rilevazione della pressione arteriosa in gruppi multi-etnici ospiti di un centro di accoglienza. Epidemiologia e sua eventuale importanza scientifica.....	418
Percezione e prevenzione AIDS: indagine conoscitiva in soggetti non comunitari.....	419
Accogliere in ospedale: la transcultura al servizio di tutti	420
La migrazioni degli Infermieri e diritto alla salute.	426
Ipotiroidismo congenito con tiroide ectopica e criptorchidismo diagnosticati all'arrivo in Italia in un bambino adottato dall'estero.	427
Malattie neuro muscolari ereditarie legate ad alcune etnie rom. Considerazioni epidemiologiche, diagnostiche e terapeutiche scaturite dall'osservazione di un caso scoperto in un centro di accoglienza per minori stranieri	429
Tubercolosi e HIV nella popolazione immigrata in Italia.....	430
Interruzione volontaria di gravidanza (ivg) nelle donne immigrate a Reggio Emilia.....	432
Il drago e la fenice: l'esperienza della nascita tra comunità cinese e servizi.....	434
Approccio al counseling interculturale nella gestione del pregiudizio	436
HIV, malattie sessualmente trasmesse, e tubercolosi: l'impiego di indicatori per valutare efficienza ed efficacia di un ambulatorio dedicato a popolazione migrante	437
Trauma e malattia	438
Dalle Ande agli Appennini, il viaggio della nostalgia	440
Due casi "complicati" di Tubercolosi.....	442
Pazienti immigrati in condizioni di particolare disagio sociale ed utilizzo del SSN: esiti della costruzione di un percorso organizzativo per l'accesso ai servizi diagnostici	444
L'assistenza infermieristica pediatrica dedicata ai neonati e alle madri di tutto il mondo. 446	
L'eccesso ponderale tra i bambini immigrati nella realtà novarese.	448
Diabete Mellito tipo 1 nei bambini di origine straniera. Eta' di esordio e migrazione	449
Prevalenza di malattie a trasmissione verticale nei bambini nati a Novara negli ultimi 5 anni con genitori italiani o immigrati.	451

Per prevenire carenze nutrizionali e squilibri metabolici nei bambini di origine straniera occorre conoscere le diverse modalita' di allattamento e svezzamento nei paesi in via di sviluppo.	453
L'accoglienza in ospedale degli immigrati e dei loro bambini: il servizio di mediazione interculturale a Novara	455
Verso una società multietnica: i neonati con genitori immigrati a novara dal 1995 ad oggi.	456
Bassa statura nei bambini immigrati.....	458
Carte di crescita per i bambini provenienti dalle diverse aree geografiche.....	459
Nascere immigrato. Italiane vs straniere.....	460
Donne senza rete: immigrati e utilizzo dei servizi sanitari materno infantili”.....	461
Studio dell'incidenza di Diabete Mellito tipo 1 in Piemonte nella popolazione infantile con meno di 15 anni con genitori italiani e con genitori immigrati dal Marocco	463
Ricerca azione per un'analisi delle attività svolte per la popolazione rom residente nel territorio di competenza della Asl Roma E.....	465
La sifilide in gravidanza, la nostra esperienza.	466
Prevalenza e fattori di rischio per lo sviluppo di parassitosi nei bambini adottati all'estero	468
Prevalenza e fattori di rischio per lo sviluppo di tubercolosi nei bambini adottati all'estero	470
Rachitismo carenziale in bambini adottati dall'estero: un problema emergente.....	472
Rilievi clinici su una casistica di 118 bambini adottati dall'estero.....	473
TBC, LUE e AIDS in immigrati extracomunitari. Considerazioni su tre casi.....	474
Studio multicentrico italiano sui problemi scolastici del bambino immigrato.....	476
Il ritorno della LUE è attribuibile all'immigrazione?	477
Adeguamento alle modificate esigenze sanitarie con l'incremento dell'immigrazione in un reparto pediatrico di un ospedale della provincia romana	479
Immigrazione e patologie cardiovascolari	480
L'albero della salute: un percorso dalla conoscenza delle culture della salute alla mediazione sul territorio di Prato, Regione Toscana	481
Il progetto benessere cittadini immigrati nel distretto 3 della ASL di Viterbo	483
L'impatto dell'intercultura su una popolazione minorile in centri di accoglienza per immigrati e fattori favorenti l'integrazione socio-culturale.	485
Caratteristiche cliniche ed epidemiologiche della Tubercolosi nei pazienti immigrati e autoctoni ricoverati nel dipartimento di malattie infettive di Brescia dal gennaio 2000 al dicembre 2004.	486
Nuove radici per la salute "l'invito alla diagnosi precoce mammaria per la popolazione immigrata di Bologna".....	489
Essere donne e madri nella migrazione: un percorso nuovo in servizi sanitari, sociali e psicologici realizzato a Milano in una prospettiva transculturale e di rete.	490
Esperienze di assistenza infermieristica in un ambulatorio di medicina delle migrazioni.	491
Sulla frontiera del bambino migrante: dal modello teorico alla clinica	493
Il centro di psichiatria multietnica George Devereux di Bologna: setting e relazioni di aiuto	495
Progettare futuri.....	496
L'incontro tra operatori sanitari e immigrati del dipartimento materno-infantile	496
Bisogni formativi transculturali: il popolo migrante questo sconosciuto	497

donne migranti.....	498
“Il nursing e il modello transculturale: formulazione di un nuovo protocollo di accoglienza ed assistenza per una rinnovata relazione d’aiuto con l’utenza multietnica” (2004-2006)	500
Controllo dell’infezione tubercolare latente negli immigrati extracomunitari.....	502
L’unità di strada: una metodologia di accesso e messa in rete dei servizi socio-sanitari...	504
La mediazione culturale.....	506
Progetto di orientamento itinerante per la promozione della salute della donna e della famiglia migrante.....	507
Dermatologia tropicale tra realtà e fantasia	509
Malattie tropicali e cambiamenti climatici: una prioritari’ sanitaria del nuovo secolo	512
L’apertura del primo ospedale dermatologico nella regione del Tigray (Etiopia)	514
Ricerca sul disagio psico-sociale negli immigrati con lungo percorso migratorio in un servizio medico territoriale per immigrati irregolari a Brescia: osservazioni preliminari .	516
Attività psicologico-clinica all’interno di un servizio medico territoriale per immigrati irregolari a Brescia.....	518
Il profilo di salute della popolazione immigrata a Bologna: uno strumento efficace per scelte gestionali oculate.....	520
L’alimentazione nelle mense per indigenti italiani e stranieri: aspetti qualitativi di un’indagine	522
...oltre l’apporto nutrizionale. Le qualità dei servizi di ristorazione per fasce deboli	524
Interruzione volontaria di gravidanza: un fenomeno ancora da conoscere, capire e ridurre	526
“Sine scientia nihil salus”: il caso dell’influenza aviaria	528
Il progetto “tutela fasce deboli”	530
Il progetto “salute donna migrante”	532
L’evento nascita tra continuità e adattamento nella sfida della migrazione.....	534
Tubercolosi ed immigrazione nell’area veronese	535
Tutela della salute dei migranti in FVG.....	537
Ipertransaminasemia e sue cause in un campione di popolazione	539
Immigrata afferente al servizio di medicina delle migrazioni Dell’A.O.U. Policlinico di Palermo.....	539
Verso una integrazione fra volontariato ed istituzioni	541
Caratteristiche comportamentali delle persone hiv positive	543
Uno strumento interculturale per la promozione della salute del bambino in una società multietnica	545
Problemi percepiti dalle donne straniere residenti a trieste riguardo l'uso dei servizi sanitari: una diagnosi partecipativa	546
Malattie croniche e invalidanti della popolazione straniera residente nell’ULSS 6 Vicenza	548
Osservatorio sulla situazione sanitaria e sociale della popolazione immigrata. Azienda ulss 6 vicenza.....	550
Dinamiche demografiche e tassi di fecondità in Italia	552
Psicologia clinica dell’esperienza dell’emigrazione	554

Libro degli Atti
IX Consensus Conference sull'Immigrazione
VII Congresso Nazionale SIMM

Finito di stampare nel mese di aprile 2006
dalla Tipografia Eurografica srl
Via Saladino, 1 – 90134 Palermo