



# Migrazioni.

## Scenari per il XXI secolo

Convegno Internazionale  
Roma, 12-14 luglio 2000

Dossier di ricerca  
Volume II

*Realizzazione a cura di:*  
Agenzia romana per la preparazione del Giubileo spa  
Uffici: piazza Adriana 12 - 00193 Roma

*Direzione scientifica e organizzativa:* Francesco Bandarin  
*Collaborazione alla Direzione:* Alessandro Sattanino  
*Responsabile del coordinamento:* Angela Stahl  
*Assistenti:* Francesca Andracchio e Rossella Migliorati

*Organizzazione dei servizi del Convegno:*  
A.T.I. Univers/Fonema srl - via Novara 2 - 00198 Roma

*Grafica e impaginazione:*  
E-Service pscarl - via Aurelia 379 - 00165 Roma

*Stampa:*  
SO.GRA.RO. spa - via Pettinengo 39 - 00159 Roma  
Finito di stampare il 5 luglio 2000

*Copertina:*  
M.C. Escher's "Day and Night" © 2000  
Cordon Art B.V. - Baarn - The Netherlands  
All rights reserved

# **Migrazioni.**

## **Scenari per il XXI secolo**

Convegno Internazionale  
Roma, 12-14 luglio 2000

**Dossier di ricerca**  
**Volume II**

Agenzia romana per la preparazione del Giubileo



# Indice generale

## VOLUME II

### PARTE III - L'ITALIA E LE MIGRAZIONI INTERNAZIONALI

<b>L'Italia tra migrazioni internazionali e migrazioni interne</b>	<b>751</b>
<i>Enrico Pugliese</i>	
Introduzione	
1. L'Italia nelle grandi migrazioni del dopoguerra	
2. Le migrazioni interne	
3. La svolta degli anni Settanta: la "fine dell'emigrazione" e gli arrivi dei primi immigrati	
4. L'Italia paese d'immigrazione	
Conclusioni	
Bibliografia	
<b>Normativa europea e italiana in materia di immigrazione</b>	<b>815</b>
<i>Giandonato Caggiano</i>	
1. Cittadini degli stati terzi e integrazione comunitaria	
2. La cittadinanza italiana	
3. Lo straniero nel diritto italiano	
4. Principali riferimenti normativi in materia di cittadinanza	
5. I principali provvedimenti legislativi sugli stranieri in Italia	
Bibliografia	
<b>Migrazioni e politiche locali: l'esperienza italiana nel quadro europeo</b>	<b>833</b>
<i>Centro Studi di Politica Internazionale</i>	
1. Il rapporto tra livello nazionale e livello locale nelle politiche pubbliche per l'immigrazione	
2. Il ruolo delle regioni e degli enti locali italiani in materia di politica migratoria	
3. Le novità introdotte dalla legge n. 40 del 1998	
4. Città e politiche migratorie: i casi di Roma e Milano	
Bibliografia	
<b>Migrazioni e previdenza sociale in Italia</b>	<b>949</b>
<i>Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale</i>	
1. Il sistema previdenziale al servizio degli italiani all'estero: l'evoluzione	
2. I regolamenti Cee di sicurezza sociale	
3. Le convenzioni bilaterali	
4. La regolamentazione internazionale di sicurezza sociale stipulata dall'Italia	

5. La più recente evoluzione della normativa italiana in materia di pensioni in regime internazionale	
6. Il lavoro nei paesi non convenzionati con l'Italia	
7. Il riscatto dei periodi di lavoro all'estero	
8. La copertura assicurativa dei lavoratori immigrati	
9. L'organizzazione dell'Inps preposta alla gestione delle normative internazionali di sicurezza sociale	
10. Le statistiche dell'area internazionale	
11. Le statistiche sui lavoratori extracomunitari	
<b>La condizione degli immigrati in Italia</b>	<b>985</b>
<i>Francesco Carchedi</i>	
Introduzione	
1. Il lavoro degli immigrati e la formazione professionale	
2. La famiglia immigrata e i ricongiungimenti familiari	
3. Le organizzazioni degli immigrati e i settori di intervento	
4. La scuola e la presenza di studenti di origine straniera	
5. L'offerta e la fruizione dei servizi sociali e sanitari da parte degli immigrati	
6. La prostituzione straniera e la tratta delle donne a scopo di sfruttamento sessuale	
Conclusioni	
Bibliografia	
<b>Migrazioni e sicurezza in Italia</b>	<b>1063</b>
<i>Ministero dell'Interno</i>	
Introduzione	
PARTE PRIMA	
<i>Movimenti migratori verso l'Italia e caratteristiche della popolazione straniera</i>	
1. Migrazioni contemporanee nell'Unione Europea	
2. Le principali comunità straniere in Italia	
3. I flussi di immigrazione clandestina verso l'Italia	
4. Rifugiati e richiedenti asilo	
PARTE SECONDA	
<i>Immigrazione e dinamiche criminali</i>	
5. La devianza degli stranieri	
6. Gli stranieri vittime di reato	
PARTE TERZA	
<i>Processi migratori illegali e azione di tutela</i>	
7. Premessa	
8. Gli indirizzi e gli strumenti normativi	
9. La sicurezza delle frontiere e le attività di contrasto all'immigrazione clandestina	
10. L'azione di prevenzione delle forme di delittuosità diffusa	
11. La lotta alle organizzazioni criminali su base etnica	

## PARTE QUARTA

*La cooperazione internazionale*

12. Premessa
13. Le iniziative di cooperazione a livello bilaterale
14. Le iniziative di cooperazione a livello multilaterale
15. La cooperazione nell'ambito dell'Unione Europea
16. La cooperazione tra i paesi più industrializzati
17. Le iniziative di cooperazione nell'ambito delle Nazioni Unite

**Immigrati, territorio e politiche urbane. Il caso italiano** **1215***Pierluigi Crosta, Andrea Mariotto e Antonio Tosi*

## Introduzione

1. L'inserimento urbano degli immigrati
2. La costruzione delle politiche: osservazioni sulle esperienze di Torino, Milano, Padova, Bologna e Napoli
3. Territori di migrazione. Quali politiche?

## Bibliografia

**Migrazioni e salute in Italia** **1295***Caritas Diocesana di Roma*

## Introduzione

1. La medicina delle migrazioni in Italia
2. La salute degli immigrati
3. Le politiche sanitarie nei confronti degli stranieri: analisi della normativa italiana

## Conclusioni

## Allegati

## Bibliografia

## PARTE IV - ASPETTI E PROBLEMI DEL FENOMENO MIGRATORIO

**Integrazione e identità dei minori immigrati** **1383***Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali*

1. I diritti dei minori
2. I minori di origine immigrata: alcune riflessioni metodologiche
3. La presenza dei minori immigrati in Europa
4. La presenza dei minori immigrati in Italia
5. Il miglior interesse del minore: benessere e sviluppo
6. Le minacce al benessere dei minori di origine immigrata
7. L'individuazione degli indicatori del benessere dei minori di origine immigrata
8. Strategie di intervento a favore dei minori di origine immigrata
9. Le politiche educative: un terreno privilegiato per gli interventi a favore del benessere dei minori

## Conclusioni

## Allegati

## Bibliografia

<b>Strumenti del credito e migrazioni</b>	<b>1439</b>
<i>Centro Europa Ricerche</i>	
Introduzione	
1. I due aspetti quantitativi del rapporto banca-immigrati	
2. La gestione del rapporto banca-immigrati	
3. Le proposte operative	
Bibliografia	
<b>L'immigrazione a Roma. L'esperienza della Caritas</b>	<b>1479</b>
<i>Caritas Diocesana di Roma</i>	
Introduzione	
1. Perché si immigra a Roma?	
2. Chi sono, dove vivono e in quali luoghi si incontrano gli immigrati a Roma?	
Conclusioni	
Allegato	
Bibliografia	
<b>Ruolo della Chiesa italiana nell'assistenza ai migranti</b>	<b>1555</b>
<i>Fondazione Migrantes</i>	
Introduzione	
1. Criteri e ambiti del servizio della Chiesa alle migrazioni	
2. La Chiesa e la prima "grande emigrazione" italiana	
3. L'emigrazione italiana dopo la seconda guerra mondiale	
4. L'immigrazione extracomunitaria in Italia	
5. I rifugiati, una sfida alla solidarietà	
6. Altri importanti settori della mobilità umana	
Conclusioni	
Bibliografia	
<b>Elenco delle principali sigle usate</b>	<b>1611</b>



**VOLUME I****Presentazione***Luigi Zanda***Migrazioni e trasformazioni sociali nel XXI secolo***Francesco Bandarin*

Introduzione

1. I dossier di ricerca: articolazione e obiettivi
2. Migrazioni e società multiculturale: le questioni aperte

Conclusioni

**Ringraziamenti**

## PARTE I - LE MIGRAZIONI NEL QUADRO GLOBALE

**Migrazioni e formazione delle società moderne***Marco Breschi e Alessio Fornasin*

Introduzione

1. Le migrazioni intercontinentali dal 1492 al 1942
2. Le migrazioni interne
3. Verso la città

Conclusioni

Bibliografia

**I movimenti di popolazione nel mondo contemporaneo***Antonio Golini*

1. La mobilità come fenomeno globale e come sistema
2. Le migrazioni internazionali e le pseudo migrazioni
3. Migrazioni interne, urbanizzazione e uso della città
4. La mobilità della popolazione legata all'uso del tempo libero

Conclusioni

Bibliografia

**La dimensione quantitativa del fenomeno migratorio***Caritas Diocesana di Roma*

Introduzione

1. Il sottosviluppo all'origine della pressione migratoria
2. I flussi migratori e il coinvolgimento del Sud del mondo
3. Lo scenario dell'immigrazione nell'Unione Europea
4. L'Italia: i flussi migratori in entrata nel 1998
5. Provenienza e diffusione territoriale degli immigrati soggiornanti
6. L'immigrazione e l'insediamento urbano
7. Gli immigrati e l'inserimento occupazionale
8. Gli indici del processo di integrazione
9. La diversità religiosa in un contesto interculturale
10. L'immigrazione in Italia all'inizio del 2000: i primi dati

Bibliografia

**L'economia delle migrazioni***Centro Europa Ricerche*

Introduzione

1. Aspetti economici del fenomeno migratorio
2. Immigrazione e sistemi di welfare

Allegati

Bibliografia

**Le migrazioni internazionali e la cooperazione economica***Centro Italiano di Formazione Europea*

1. Evoluzione storica della cooperazione allo sviluppo
2. La revisione delle politiche di cooperazione
3. Le prospettive di sviluppo dei paesi terzi

4. La politica di cooperazione allo sviluppo dell'Unione Europea
  5. Cooperazione e flussi migratori
- Bibliografia

#### **Migrazioni e diritto internazionale**

*Giandomato Caggiano*

1. Inquadramento giuridico-internazionale dell'immigrazione
2. L'evoluzione della cittadinanza e lo status di straniero
3. Le convenzioni e le raccomandazioni dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro
4. Rifugiati e protezione umanitaria

Allegati

Bibliografia

#### **PARTE II - LE MIGRAZIONI IN EUROPA: SCENARI E POLITICHE**

##### **Le migrazioni interne in Europa**

*Centro Italiano di Formazione Europea*

Introduzione

1. L'eredità del dopoguerra
2. Il cambiamento degli anni Settanta
3. Gli anni Ottanta: lo scenario europeo si allarga al Mediterraneo
4. Migrazione e integrazione

Bibliografia

##### **Il governo dei processi migratori nel quadro europeo:**

###### **obiettivi, strumenti, problemi**

*Centro Studi di Politica Internazionale*

1. I paesi europei di fronte ai processi migratori nell'ultimo trentennio: nuove immigrazioni e nuove politiche
2. L'avvio della cooperazione europea: successi e limiti dell'approccio intergovernativo
3. L'internazionalizzazione degli affari interni e i suoi riflessi sulla relazione tra stati e individui
4. La prospettiva della comunitarizzazione: la difficile sintesi tra interessi nazionali e "interesse europeo"
5. Verso un approccio integrato al governo dei processi migratori?

Bibliografia

##### **Le migrazioni intellettuali in Europa e in Italia**

*Lisa Francovich*

Introduzione

1. Le migrazioni intellettuali e i fattori che le determinano
2. Conseguenze economico-sociali delle migrazioni intellettuali
3. Perché studiare le migrazioni intellettuali nel contesto europeo
4. L'Europa e il resto del mondo, dalla fine della seconda guerra mondiale agli anni Ottanta
5. Trasformazioni economiche e flussi migratori all'interno dell'Europa negli anni Sessanta-Novanta

Conclusioni

Bibliografia

##### **Immigrazione e cittadinanza in Europa**

*Fondazione Nord Est*

Introduzione

1. Gli atteggiamenti verso gli immigrati
2. Sud, Est, "dentro": geografia dei sentimenti verso l'immigrazione
3. I diritti di cittadinanza politica e sociale
4. Il ruolo dell'Europa
5. Tre modelli nazionali di rapporto fra cittadinanza e immigrazione
6. Da dove nasce la "chiusura" sociale: differenze nazionali e coerenze europee
7. Quante Europe? Le regioni della società europea di fronte alla cittadinanza
8. L'Europa degli stati nazionali: un equivoco rischioso
9. Schede nazionali: Francia, Germania, Gran Bretagna, Italia e Spagna

Allegato

Bibliografia

##### **Elenco delle principali sigle usate**

## **VOLUME II**

# Migrazioni e salute in Italia

Caritas Diocesana di Roma

## 1. La medicina delle migrazioni in Italia

### 1.1 Premessa

Un medico svizzero, Johannes Hofer, descriveva nella sua *Dissertatio Medica* del 1688, una malattia che egli aveva osservato di frequente tra i soldati mercenari svizzeri, allora ricercatissimi in tutta Europa, presso i quali svolgeva la sua opera clinica.

“La *Heimweh*, questa malattia così spesso mortale, non è stata sinora descritta dai medici... Il nome tedesco indica il dolore di coloro che si trovano lontani dalla Patria, e di coloro che temono di non rivedere più la terra natale. I francesi, osservando gli svizzeri colpiti in Francia da tale sventura, hanno coniato la definizione di *mal du pays* (malattia

---

*Il dossier è stato realizzato da:*

Salvatore Geraci, laureato in Medicina e Chirurgia, dal 1986 è impegnato presso il Poliambulatorio per immigrati della Caritas Diocesana di Roma. Dal 1991 è responsabile dell'Area Sanitaria della Caritas capitolina ed è direttore del Corso di Medicina delle Migrazioni presso la Scuola Superiore di Scienze Biomediche F. Rielo con sede a Busseto (Parma) e Roma, giunto alla VII edizione. Attualmente è Presidente della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Da alcuni anni collabora con il Ministero della Sanità e fa parte della Commissione istituita dal Ministro di questo dicastero sui temi legati alla salute e l'immigrazione. È membro della Consulta sull'Immigrazione della Regione Lazio e del Gruppo di lavoro regionale sulla salute degli immigrati. Per l'anno 2000 è stato chiamato a collaborare con il Gruppo Sanità dell'Organismo Nazionale di Coordinamento delle politiche di integrazione sociale degli stranieri presso il Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (cap. 1; capp. 2 e 3 con Maurizio Marceca);

Maurizio Marceca è nato nel 1964; ha studiato a Roma, dove vive e lavora. Medico, si è specializzato in Igiene e Medicina Preventiva, con indirizzo di Epidemiologia e Sanità Pubblica. Lavora attualmente all'Agenzia per i servizi sanitari regionali. È professore a contratto presso la Facoltà di Lettere dell'Università “La Sapienza” di Roma nel Diploma di laurea in Servizio sociale. Da circa 10 anni si occupa degli aspetti sanitari legati al fenomeno migratorio; in qualità di esperto, collabora da alcuni anni in questo settore con il Ministero della Sanità; sempre nel campo dell'immigrazione, è membro della Commissione per le politiche di integrazione insediata presso il Dipartimento Affari Sociali e di una Commissione istituita dal Ministro della Sanità presso lo stesso dicastero. Rappresenta inoltre l'Italia in una Commissione attivata a Strasburgo presso il Consiglio d'Europa, che si occupa dell'adattamento dei servizi sanitari ai bisogni delle persone in situazione di marginalità. Dagli inizi degli anni Novanta collabora con l'Area Sanitaria della Caritas Diocesana di Roma (capp. 2 e 3 con Salvatore Geraci);

Marco Mazzetti, nato nel 1958, è laureato in Medicina e Chirurgia, e specializzato in Pediatria e in Psichiatria. Ha operato in progetti di cooperazione sanitaria in Asia, Africa e America Latina. Psicoterapeuta, è membro didatta provvisorio dell'International Transactional Analysis Association, e svolge la sua attività clinica, didattica e di ricerca presso il Centro di Psicologia e Analisi Transazionale di Milano. Attualmente insegna Igiene Mentale presso la Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Chieti, ed è responsabile del servizio psichiatrico presso il Poliambulatorio Caritas per immigrati di Roma. Fino al maggio 2000 è stato membro del Consiglio di Presidenza della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (allegati).

della patria), e poiché essa non ha alcun nome in latino, così ho pensato di chiamarla, dal greco, nostalgia, da *nòstos*, il ritorno in patria, e *àlgos*, dolore e sofferenza”.

Come riferisce il Prof. Luigi Frighi [1990], egli si era accorto del particolare stato d'animo in cui cadevano, talora, quegli uomini, fatto di melanconia, di intenso desiderio di tornare a casa, di paura per non poter più rivedere il paese natale, e proponeva, come unica terapia efficace, l'immediato ritorno a casa. Da attuarsi assolutamente, vista la gravità potenzialmente estrema della malattia, che, secondo Hofer, poteva condurre anche a morte.

Si è trattato, per noi, di un evento storico: non solo allora è nato un termine che in molte lingue è passato a indicare quel particolare sentimento così comune a chi lascia una terra, un ambiente caro; ma è stata anche effettuata la prima codificazione medica, o, meglio ancora, psichiatrica, di una patologia dell'emigrazione.

Con le prime avvisaglie del fenomeno immigratorio in Italia, agli inizi degli anni Ottanta, il mondo sanitario ha reagito ricercando nuove patologie, un po' come la *Heimweh*, connotandole di un esotismo coloniale e quindi attribuendo di volta in volta agli immigrati l'importazione di malattie tropicali o la responsabilità della recrudescenza di malattie arcaiche, obsolete rispetto al nostro benessere, o il malessere prodotto da condizioni di disagio psichico atavico.

Ma se l'osservazione del giovane collega svizzero era talmente puntuale da valere tutt'oggi, la medicina delle migrazioni moderna non è storia di malattie o di quadri nosologici inconsueti, ma spesso è storia di diritti negati o nascosti, di incomprensioni reciproche, di pregiudizi e paure. Non solo questo per fortuna.

La medicina delle migrazioni in Italia è anche la cronaca di un incontro, avvenuto sul piano del bisogno, ma che progressivamente ha fatto intravedere e scoprire la necessità di incontrarsi sul piano anche della cultura, del sapere, della condivisione di esperienze, stimoli, sensazioni. L'incontro con lo straniero immigrato è uno dei momenti nuovi dell'essere impegnati nel campo sanitario in Italia e questo non perché da ciò nascono nuove problematiche o nuove esigenze ma perché è nuovo il modo in cui queste problematiche e queste esigenze si pongono: la riscoperta del peso della cultura, dell'*imprinting* della propria società di origine, di come le condizioni sociali possano pesantemente influenzare lo stato di salute fisica e mentale degli individui. E ancora è l'occasione per riscoprire come il nostro 'ovvio' non sia assoluto, come le nostre strutture sanitarie si siano progressivamente allontanate dai bisogni reali delle persone, sommerse da burocrazia e affollate da false esigenze.

## 1.2 La fase dell'esclusione: i pionieri dell'immigrazione

In Italia abbiamo cominciato a occuparci di immigrazione con l'immagine ancora fresca di milioni di nostri concittadini costretti a lasciare la propria nazione per migrare in altri paesi: l'inizio del secolo è stato connotato dai nostri nonni, zii e altri parenti che in massa hanno raggiunto nazioni più o meno lontane. Nei ricordi familiari l'emigrazione in America prima o più recentemente nel Nord Europa è presente come un momento drammatico ma nel contempo affascinante, doloroso, ma stimolante. Nei nostri ricordi difficilmente affiorano le difficoltà, i pesi, le paure, le malattie dei nostri parenti: inconsciamente releghiamo questi aspetti al "giusto" o "neces-

sario” prezzo da pagare del migrare: è il costo della migrazione; un costo economico ma soprattutto fisico, una selezione necessaria. Decine di migliaia sono state le vittime dell’emigrazione italiana di inizio secolo: vittime di viaggi clandestini, di discriminazioni, di violenze, di malattie o di stenti. E ancora oggi, senza che la notizia sia registrata dalla cronaca, rientrano in Italia, ammalati, centinaia di *gastarbeiter*<sup>1</sup> consumati da 40 anni di lavoro duro e ripartono, in cambio, nuove leve dalle regioni del sud in cerca di occupazione.

Sarà forse per questa inconscia rimozione culturale, per questa assuefazione storica che quando i primi immigrati sono giunti in Italia, abbiamo tardato a metterci in moto; abbiamo connotato le avvisaglie del fenomeno come passeggero, transitorio, non degno di attenzione particolare. Noi, paese di emigrati, non potevamo essere oggetto del desiderio di immigrati. Questo ritardo si è scontato in tutti i campi, anche in quello sanitario. Di fatto per molti anni gli immigrati sono stati esclusi dalla possibilità di un accesso ordinario al Servizio Sanitario Nazionale (Ssn)<sup>2</sup>, non hanno avuto garantito il diritto alla salute, non sono entrati nelle casistiche ufficiali, negli studi epidemiologici, nella programmazione sanitaria. La loro presenza visibile, soprattutto nelle grandi città ha però innescato timori e pregiudizi anche in campo sanitario che ufficialmente non conosceva il tema e non poteva rispondere, alimentando sospetti e insicurezza. Dagli inizi degli anni Ottanta, una vasta rete di organismi di volontariato si è attivata in tutta Italia per rispondere sul piano della solidarietà a ciò che per diritto era negato.

Molte delle informazioni disponibili sulle patologie più frequentemente riscontrate in migranti provengono proprio da questi ambulatori. Sebbene spesso non possano essere correttamente confrontate tra loro e con i dati delle strutture pubbliche, nel caso che adottino sistemi di classificazione diversi, si è osservata in questi anni tra i vari centri una sostanziale sovrapposibilità dei dati clinici raccolti che ha portato a definire un profilo di salute dell’immigrato in Italia sostanzialmente condiviso da tutti gli esperti.

Gli interventi diagnostico-terapeutici prestati a immigrati hanno riguardato prevalentemente: l’apparato respiratorio (in particolare nei mesi invernali, riconducibili a patologie acute); l’apparato digerente (per disturbi digestivi ricorrenti: gastropatie, disturbi della motilità intestinale, ecc.); quello osteomuscolare (patologie ortopediche

---

<sup>1</sup> *Gastarbeiter* - letteralmente lavoratore ospite - è il termine utilizzato in Germania per indicare gli immigrati stranieri. Questa denominazione, coniata negli anni Sessanta, esprime mediante il sostantivo lavoratore il fatto che gli immigrati siano stati considerati prevalentemente come forza lavoro cioè come risposta temporanea all’accresciuta domanda di lavoro del dopoguerra: dunque una scelta funzionale all’economia del paese. L’aggettivo ospite sottolinea come il fenomeno immigratorio sia stato considerato transitorio con la conseguente mancanza di adeguate politiche organiche sul tema emigrazione e su percorsi di integrazione.

<sup>2</sup> Ancora oggi, con una normativa estremamente favorevole, in città come Bologna quasi il 30% degli aventi diritto non è iscritto al Ssn; all’inizio degli anni novanta questa ‘fetta’ di esclusi raggiungeva in alcune città oltre il 70-80%. Il motivo di ciò era nel passato norme complesse dalla burocrazia impenetrabile e oggi una non capillare informazione sui diritti degli immigrati agli immigrati stessi o una ignoranza, spesso legata anche a pregiudizi, da parte di coloro che dovrebbero garantire l’applicazione delle norme (ad esempio, uffici per la scelta del medico di base di alcune aziende sanitarie che richiedono requisiti ormai superati dalla normativa attuale, come la residenza).

di varia natura, traumatologia leggera, artropatie da postura scorretta, infiammazioni o lesioni muscolari di origine lavorativa); pelle e mucose (da segnalare l'elevata frequenza di "prurito *sine materia*": un disturbo senza base eziologica organica); l'apparato genito-urinario (uretriti aspecifiche e cistiti ricorrenti); la sfera ostetrico-ginecologica (di rilievo crescente insieme a quella pediatrica); basso, contrariamente alle attese, è stato il riscontro di diagnosi psichiatriche; limitata è stata anche l'evidenza di patologie infettive, per la maggior parte di tipo nostrano (del tutto occasionale il riscontro di quelle esotiche di importazione). Percentualmente rilevante è la classe dei "sintomi e stati morbosi mal definiti", non correlabile a una scarsa qualità clinico-diagnostica degli operatori quanto piuttosto alle difficoltà comunicative caratterizzanti il rapporto terapeutico e talora a vincoli economici relativi alle procedure diagnostiche e a esami di laboratorio più sofisticati (ciò è vero soprattutto per le strutture gestite dal volontariato). Alcune differenze tra centro e centro di assistenza, nel peso relativo dei vari gruppi di patologie, possono dipendere da una maggiore offerta di prestazioni di una particolare specialità.

Strutture sanitarie sia di tipo istituzionale che del privato sociale hanno sottolineato come, nella maggior parte dei casi, la prima richiesta di cura, almeno fino a un recente passato, si è manifestata temporalmente distinta dall'arrivo in Italia (il cosiddetto intervallo di benessere: questo viene abitualmente calcolato ricostruendo, su base anamnestica, il periodo intercorso tra l'arrivo in Italia e la prima richiesta di assistenza sanitaria; questo intervallo è risultato variabile da una città all'altra). Chi è venuto in Italia volontariamente per cercare lavoro, seppure condizionato da ciò che i sociologi hanno definito "fattori di espulsione" dal proprio paese (povertà, urbanizzazione rapida, devastazioni ambientali, ecc.) e "di attrazione" del paese ospite (richiesta di manodopera, possibilità di reddito, libertà, rappresentazioni di benessere, ecc.), sa bene che potrà occupare, per lo meno nella fase iniziale del suo percorso di inserimento nel nuovo paese, quelle nicchie lavorative lasciate libere dagli italiani perché troppo faticose, scomode, rischiose o non particolarmente gratificanti economicamente. E ciò indipendentemente dal proprio patrimonio culturale e dal livello di scolarizzazione.

Da quanto detto si può dedurre che l'immigrato sia arrivato generalmente nel nostro paese con un 'patrimonio' di salute pressoché integro: si consideri come proprio la forza-lavoro, su cui questi gioca le possibilità di successo del proprio progetto migratorio, sia indissolubilmente legata all'integrità fisica; è il cosiddetto effetto migrante sano, ampiamente citato in letteratura, che fa riferimento a un'autoselezione che precede l'emigrazione, operata cioè nel paese di origine.

Risulta d'altronde estremamente logico che il tentativo migratorio, soprattutto in una fase iniziale, venga messo in atto da quei soggetti che, per caratteristiche socio-economiche individuali e per attitudini caratteriali, massimizzano le possibilità di portare a buon fine il progetto migratorio: sono i "pionieri" della migrazione della propria famiglia, gruppo, paese. Questo esclude in partenza individui che non godano di apparenti buone condizioni di salute: non è certo casuale che chi emigra abbia in genere un'età giovane adulta; che appartenga, nel proprio paese, alle classi sociali meno svantaggiate (quelle più povere non potrebbero sostenere neppure le spese di viaggio); che abbia per lo più un grado di istruzione medio.

Tali considerazioni supportano l'evidenza che le patologie d'importazione si siano dimostrate, nella prima generazione di migranti, di minor frequenza di quelle acquisi-

te nel paese ospitante e di quelle cosiddette di adattamento. L'immigrato e in particolare questo "immigrato pioniere", non ci porta malattie esotiche come periodicamente è evocato da alcune allarmanti quanto infondate dichiarazioni riportate con grande enfasi dai mass media, ma piuttosto è una persona da tutelare e proteggere dal punto di vista sanitario. Infatti le complessive condizioni di vita cui l'immigrato dovrà conformarsi nel paese ospite, potranno poi essere capaci di erodere e dilapidare, in tempi più o meno brevi, il "patrimonio" di salute iniziale.

Sfuggono ovviamente a questo schema interpretativo le situazioni in cui il migrante sia portatore di patologie che, in quanto ancora asintomatiche, o per scarso livello sanitario del paese di origine, o perché culturalmente non considerate come tali (emblematica è la consuetudine all'infestazione malarica in paesi ad altissima endemia), non lo scoraggino a partire. Vi sono tra queste alcune patologie infettive (come l'epatite B e in parte anche la tubercolosi che però molto risente delle condizioni di vita nel paese ospite), che, ad alta endemia in molti paesi di esodo, meritano nel paese d'arrivo, un'attenta sorveglianza e controllo. Tali misure non sono altrimenti ottenibili se non con interventi volti a favorire al massimo l'accessibilità e la fruibilità dei servizi sanitari e, in alcuni casi, la non onerosità delle prestazioni necessarie; a queste stesse patologie sarebbe quanto mai opportuno dedicare specifici progetti di educazione sanitaria.

Infine è da evidenziare come dai dati di ricovero ospedaliero seppure non uniformemente raccolti, emergano con maggior evidenza, rispetto alle strutture di primo livello, o situazioni indifferibili di domanda sanitaria (è il caso della gravidanza, del parto e della interruzioni volontarie della gravidanza - Ivg), o situazioni di bisogno legate a una maggiore esposizione sociale e lavorativa (incidenti e traumatismi). Rispetto all'Ivg si è purtroppo delineata, progressivamente, una "forbice" crescente tra giovani donne straniere e italiane; in progressiva diminuzione tra le autoctone e in preoccupante aumento tra le immigrate.

I primi anni Novanta sono stati caratterizzati da studi che sottolineano quanto detto mentre non è venuto meno l'impegno del volontariato che, con argomenti sufficientemente supportati da riscontri scientifici, ha tentato di contrapporsi al diffuso pregiudizio di immigrato come untore, all'esotismo che vede nell'altro che viene da un 'altrove', qualcuno da controllare e comunque da non includere in un sistema di cura se non per "bonificarlo".

Studi e ricerche rese possibili anche grazie alla capacità di messa in rete delle informazioni e delle esperienze, hanno portato, all'inizio degli anni Novanta, alla fondazione di una società nazionale per il collegamento e lo scambio scientifico-organizzativo, la Simm (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni)<sup>3</sup>; inoltre dal 1990 si è dato vita a uno spazio d'incontro condiviso a livello nazionale sui temi

---

<sup>3</sup> La Società Italiana di Medicina delle Migrazione, nasce nel febbraio del 1990 per volontà di un gruppo di medici e operatori sanitari che da anni, in diverse città italiane, si occupavano, direttamente e su un piano di volontariato, dell'assistenza medica ai pazienti immigrati. La Società è sorta in modo quasi spontaneo, sospinta e sostenuta dal desiderio unanime di istituire, in primo luogo, un nucleo organizzativo che permettesse uno scambio regolare e fluido delle informazioni che si andavano accumulando presso i vari servizi di assistenza, non solo a livello epidemiologico, ma soprattutto in funzione di un costante miglioramento delle modalità di incontro, sul piano antropologico-medico, con il paziente 'diverso'.



sanitari dell'immigrazione che si tiene ogni due anni a Palermo: la *Consensus Conference*, giunta alla VI edizione<sup>4</sup>.

### 1.3 La fase dell'accesso: l'emersione di aree critiche per la salute

Gli stranieri in Italia provengono da quasi 150 paesi diversi, di tutti i continenti. Questa è una caratteristica peculiare dell'immigrazione nel nostro paese che ha fatto evocare l'immagine di un caleidoscopio di persone, culture e religioni e ha connotato la popolazione anche di diversità per patrimonio genetico (in rapporto ad alcune malattie ereditarie per altro ancora estremamente rare) e per capacità di adattarsi e interagire con il nuovo sistema sociale e sanitario del paese ospite. Come abbiamo ricordato la prima fase dell'immigrazione è stata caratterizzata prevalentemente da "pionieri": l'effetto migrante sano è ancora oggi valido per chi sceglie di emigrare e valuta la possibilità di sopportare il costo dell'emigrazione non solo in termini economici. Tuttavia già dall'inizio e soprattutto adesso, queste considerazioni sulla condizione della salute all'arrivo del migrante non valgono per chi è costretto a scappare da gravi situazioni politiche, di guerra, di persecuzione, che pongono a rischio non solo il proprio futuro ma anche l'immediato presente. Sono questi, in misura diversa ma sempre con una particolare vulnerabilità, i profughi, gli sfollati e i rifugiati.

L'effetto migrante sano tende anche ad avere minor importanza man mano che l'immigrazione si stabilizza nel paese ospite. Tale effetto non è sempre riscontrabile nei confronti di chi viene con progetti migratori "trainati" da altri o semplicemente per percorrere strade tracciate e semplificate da parenti o amici. Il profilo di salute inoltre cambia con il mutare del profilo demografico dell'immigrato in quanto si verifica una progressiva sedimentazione sul territorio (nuove generazioni, anziani). Da non dimenticare il costo fisico di un percorso migratorio sempre più difficile e logorante soprattutto per chi entra irregolarmente o chi fugge, sfruttato da chi approfitta della disperazione.

Certo è che qualunque sia il patrimonio di salute in "dotazione" al migrante, più o meno rapidamente viene dissipato per una serie di "fattori di rischio" e per malattie che incombono nel paese ospite soprattutto se i processi di integrazione sono lenti e vischiosi: il malessere psicologico legato alla condizione di immigrato, la mancanza di lavoro e di reddito, la sottoccupazione in professioni lavorative rischiose e non tutelate, il degrado abitativo in un contesto diverso dal paese d'origine, l'assenza del supporto familiare, il clima e le abitudini alimentari diverse spesso inserite in una condizione di status nutrizionale compromesso, la discriminazione nell'accesso ai

<sup>4</sup> Dal 1990 grazie all'entusiasta iniziativa del Prof. Serafino Mansueto, direttore dell'Istituto di Medicina Interna dell'Università di Palermo, ogni due anni la *Consensus Conference* riunisce quegli operatori che in varie parti d'Italia si occupano di garantire il diritto alla salute agli immigrati e nel contempo di studiare il fenomeno e di individuare strategie adeguate per un reale promozione della salute di questa popolazione. Significativi sono gli ultimi titoli delle *Consensus*: 1996 - "I flussi migratori nel bacino del Mediterraneo. Aspetti sociali, economici, giuridici e sanitari"; 1998 - "L'Idra delle violenze, il mosaico delle solidarietà"; 2000 - "Untori e unti: dall'esotismo alla realtà".

servizi sanitari nonostante le leggi. In realtà molti di questi fattori di rischio accomunano tutti i “soggetti deboli” indipendentemente dalla loro nazionalità, ma in questo caso sono aggravati da una mancanza di condivisione culturale e di storia sociale.

Esistono infatti nella popolazione immigrata alcune situazioni che delineano una “spiccata sofferenza sanitaria” proprio negli ambiti della medicina preventiva che hanno permesso al nostro paese, come in tutti quelli occidentali, di configurarsi come paese ad alta protezione: in particolare ci riferiamo all’area materno infantile e specificatamente al parto e alle vaccinazioni. Dove sono state effettuate ricerche, che sono ancora purtroppo a macchia di leopardo, si evidenzia un alto rischio di parti distocici, con tassi di sofferenza perinatale svariate volte superiori a quelli delle donne autoctone. I calendari vaccinali, sono spesso in ritardo o incompleti, con particolare riferimento alla popolazione zingara.

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.

Non a caso l’attenzione del mondo sanitario, dei volontari così come di alcuni operatori di strutture pubbliche impegnati nell’includere questi nuovi cittadini nel sistema di promozione della salute, si sposta dalla risposta sanitaria all’impegno per l’emersione dei diritti. Il 1995<sup>5</sup> è l’anno in cui avviene una svolta importante nella politica di assistenza agli stranieri. L’inizio di quell’anno è stato caratterizzato da una serie di fatti che hanno innescato una “reazione a catena”: essa ha portato ad affrontare in poco tempo la problematica provocando profondi cambiamenti legislativi descritti nel capitolo dedicato alla normativa. Progressivamente dunque il diritto alla salute e all’assistenza viene prima “sdoganato” e quindi, con l’ultima legge sull’immigrazione<sup>6</sup>, garantito almeno sulla carta a tutti i cittadini immigrati, anche a coloro che non possono ancora essere in regola con le norme relative all’ingresso e al soggiorno.

Garantire l’accesso ha fatto emergere comunque alcune aree critiche per la salute schematicamente suddivisibili in:

- condizioni patologiche con particolare riferimento a quelle infettive e al disagio psichico, importanti non tanto per la consistenza numerica o per la loro “importazione” dai paesi di provenienza, quanto per la scarsa preparazione e dimestichezza dell’operatore sanitario nel gestire malattie, stati d’animo, condizioni sociali e relazionali inconsuete;
- condizioni fisiologiche come la gravidanza e comunque tutto l’ambito materno infantile con, ad esempio, tassi di mortalità perinatale significativamente più alti tra i figli di straniere immigrate;

<sup>5</sup> Il 13 novembre 1995 esce il decreto legge n. 489, conosciuto come Decreto Dini; pur dal contenuto discutibile circa le garanzie del rispetto dei diritti del migrante, un articolo, l’art. 13, per la prima volta garantiva l’accesso all’assistenza, non solo urgente, anche agli immigrati clandestini.

<sup>6</sup> È la legge n. 40 del marzo 1998 e quindi il decreto legislativo n. 286 del 25 luglio 1998: “Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”, suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 1998, serie generale.

- condizioni sociali, come la prostituzione che vede come protagonisti spesso obblighi, donne e uomini stranieri; come la detenzione, vera e propria “noxa patogena” e altri.

#### 1.4 *La fase della fruibilità o il rischio delle disuguaglianze*

Per guardare al futuro ci sembra opportuno ricordare il passato, e in particolare alcuni studi sulla mortalità relativa al fenomeno dell’immigrazione interna italiana di circa 40 anni fa dal Sud verso il Nord, monitorati nel tempo. Essi riportano condizioni molto simili alle attuali relative agli immigrati da paesi in via di sviluppo e cioè che negli anni immediatamente successivi all’immigrazione il rischio di morire fosse di molto inferiore a quello dei cittadini autoctoni di pari età e sesso e come con il passare degli anni il rischio (di morire ma anche di ammalare) andasse peggiorando fino a diventare uguale se non superiore per alcune cause di morte, a quello della popolazione ospite.

Paradossalmente c’è il rischio che gli immigrati man mano che invecchia la storia migratoria, possano integrarsi con la società ospite condividendo la stratificazione sociale più svantaggiata, che fa più fatica a tenere il passo, e possano anche condividere il profilo di salute della disuguaglianza; questo non solo per le fasce estreme del fenomeno (disuguaglianza tra i più ricchi e i più poveri) ma in qualsiasi punto della scala sociale con significative differenze peggiorative degli indicatori di salute, mortalità e morbosità, oggettiva e percepita, per chi sta più in basso rispetto a chi sta più in alto.

Se epidemiologicamente questo rischio sembra avere un peso consistente, non è possibile attenderlo rassegnati come di fronte a un ineluttabile destino. La sfida di oggi è quella di una completa integrazione sociale di questi nuovi cittadini e, per quel che riguarda la sanità, la garanzia di una reale fruibilità dei servizi e delle prestazioni.

Pensare a una organizzazione adeguata, a una capacità comunicativa efficiente, a una compatibilità culturale, alla formazione specifica del personale è ancora una volta un’occasione per il nostro sistema di ripensare se stesso e renderlo più fruibile e attento anche alla popolazione italiana. Pertanto, più che di integrazione dei cittadini immigrati, sarebbe opportuno parlare di “società integrata” in cui le diversità possano interagire senza venire assorbite.

Scelte programmatiche gestionali, come ad esempio quella di inserire la salute degli stranieri immigrati come criterio prioritario di valutazione della qualità nelle strutture, scelte formative culturali, scelte organizzative sono auspicabili sotto la spinta di interventi politico programmatici come il Piano sanitario nazionale (d.P.R. del 23 luglio 1998) o il documento relativo alla politica dell’immigrazione e degli stranieri nel territorio dello stato (d.P.R. del 5 agosto 1998), che si sono per una volta mostrati più attenti e sensibili di ciò che è opinione comune.

In questa fase non è casuale che il volontariato sanitario, ormai non più isolato nel garantire la tutela della salute per questa popolazione, si sia proiettato nello sperimentare percorsi innovativi nell’offerta dei servizi (pensiamo al discorso dell’offerta attiva e a quello della mediazione culturale) e nella formazione del personale

e stia sempre più approfondendo i temi della percezione, espressione e definizione del bisogno sanitario in ambiti culturali diversi e in culture in transizione relazionale (sia “nostra” che “loro”).

Questa situazione in cui il privato sociale e il volontariato si muovono come laboratorio culturale e organizzativo in un campo tipico della salute pubblica, è un altro elemento di originalità dell'esperienza italiana; non più attori contrapposti, pubblico e privato sociale, né deleghe in bianco, ma una riflessione comune, o meglio un sistema pubblico che riesce a piegarsi sulle intuizioni di chi, sulla strada, sperimenta un incontro: ancora una volta un'occasione. La creazione di reti di risorse dove non c'è signore e vassallo, ma un progetto comune da perseguire: è un cambio di mentalità, ancora una volta intuito da chi ha il compito della programmazione politica ma che può trovare resistenze in chi è abituato a ruoli e compiti fin troppo definiti.

Oggi la nostra attenzione deve spostarsi sul rischio reale che un considerevole patrimonio di salute, come è quello attuale degli immigrati in Italia, possa essere sciupato nell'arco di una generazione o meno. Man mano che le norme rendono maggiormente permeabile il nostro Servizio Sanitario Nazionale, è necessario considerare, sperimentare e promuovere nuovi o innovativi approcci epidemiologici, preventivi, diagnostici, terapeutici e organizzativi.

## 2. La salute degli immigrati

### 2.1 Le malattie

Migrazioni e malattie: un binomio che nella storia dell'umanità è stato spesso associato. Non possiamo dimenticare come i movimenti di popolazione abbiano accompagnato la trasmissione di alcune malattie. Ricorda Giovanni Berlinguer in un editoriale di qualche anno fa (*L'Unità* del 26 settembre 1997: “Immigrati e malattie: facciamo chiarezza”) 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 enormi vettori, la sifilide e questo fece divampare in Europa (in particolare in Spagna, Francia e Italia) un'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 un'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 Professor Berlinguer: quello dell'Aids. Questa malattia dai primi focolai identificati nelle grandi città degli Stati Uniti si è diffusa in tutto il mondo. Anche in questo caso il "successo" della malattia è dovuto alla modalità di contagio per via sessuale e 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 preventivi. Ma questa è una malattia contemporanea e ben conosciamo le varie proposte "difensive" basate spesso sull'identificazione e la schedatura e il divieto di ingresso ai soggetti positivi: paradossalmente proprio gli Stati Uniti si sono contraddistinti 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 almeno pare 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 decennio fa, non ha la forza per viaggiare e migrare.

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

Certamente no, in primo luogo perché, a differenza del passato, oggi abbiamo le conoscenze, l'organizzazione, i mezzi preventivi e di sorveglianza necessari ad affrontare eventuali situazioni critiche e in secondo luogo per la considerazione che l'immigrato che arriva per lavorare in Italia, come già è stato descritto nel precedente capitolo, in genere è in buone condizioni di salute per un'auto-selezione in partenza che porta a scegliere chi ha maggiori *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.

Già da questa premessa appare evidente come l'interesse a conoscere le malattie o meglio il profilo di salute degli immigrati non dovrebbe alimentare pregiudizi o paure ma piuttosto dovrebbe convincere che la garanzia della salute di questa popolazione, attraverso l'inclusione nel "sistema salute nazionale" favorendo l'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari, sia garanzia di salute per tutti.

Una volta giunti in Italia sono molteplici e complessi gli aspetti che condizionano la situazione di salute degli immigrati nel nostro paese.

La possibilità di analizzare e monitorare il bisogno di salute degli immigrati, così come di valutare le sue relazioni con la domanda di salute e l'offerta di servizi e prestazioni, appare il percorso irrinunciabile di un corretto approccio di sanità pubblica. Circa i dati, va sottolineato come sia particolarmente necessario per il futuro uno sforzo finalizzato a poter disporre di informazioni affidabili, complete, omogenee e periodiche (oggi non fruibili o per quantità, o per qualità, o per tempestività o per rappresentatività territoriale), attraverso la predisposizione e la gestione di flussi informativi adeguati. Tale disponibilità rappresenta il presupposto per tentare di bilanciare bisogno e offerta di salute.

Malgrado la complessità e, soprattutto in Italia, l'estrema varietà del mondo dell'immigrazione, è possibile tentare di tracciare un profilo di salute dell'immigrato, basandosi sulla letteratura nazionale e sui dati disponibili, per quanto frammentari

e non sempre omogenei, relativi a strutture pubbliche o a centri di volontariato sanitario operanti in Italia.

Nella Tabella 2.1 sono illustrati i dati relativi alle schede di dimissione ospedaliera (Sdo), forniti dal ministero della Sanità per l'anno 1997 e riferiti all'attività di degenza ordinaria, per pazienti stranieri affetti da patologia acuta, svolta in 1.443 ospedali di tutte le regioni e province autonome italiane. Per facilitarne la comprensione, le informazioni sono aggregate per aree funzionali omogenee (Afo) medica, chirurgica, delle terapie intensive e materno-infantile.

Nella Tabella 2.1, oltre agli apolidi, i paesi di provenienza sono stati raggruppati secondo la classica distinzione di accezione economica in Paesi a sviluppo avanzato (Psa) e Paesi in via di sviluppo (Pvs).

In realtà tali dati mostrano sostanzialmente l'inaffidabilità attuale dei sistemi di raccolta dati, con flussi informativi dalla periferia (dalle aziende Usl alle Regioni) al centro (dalle regioni al Ministero della Sanità) non costanti e incompleti, e per mancanza di uniformità soprattutto nel criterio di definizione del soggetto assistito (lo straniero è definito tale in base alla cittadinanza, al paese di nascita, all'iscrizione al Ssn). Tuttavia si apprezzano gli sforzi organizzativi (nel 1994 i dati raccolti provenivano da solo 14 regioni e 914 istituti per un totale di 5.965.813 Sdo) e riteniamo che con i dovuti aggiustamenti presto potremo avere dati maggiormente attendibili.

Su 11.695.413 schede inviate, 37.149 (lo 0,32%) si riferiscono a cittadini non italiani, di cui 6.717 apolidi. Malgrado l'evidente incompletezza delle informazioni, i dati forniscono utili spunti di riflessione. Praticamente inconsistente è stata la risposta della Regione Sicilia, dalla Regione Basilicata sono stati segnalati solo i casi riferiti agli apolidi che invece sono completamente assenti nel Lazio, mentre il Veneto (terza regione italiana per consistenza numerica degli stranieri e caratterizzata da anni per una attenta politica sanitaria specifica) segnala un numero di casi certamente sottostimato e sbilanciato sul versante degli apolidi. A fronte di circa 2.750 Sdo segnalati per il 1997, in un convegno promosso dalla Azienda sanitaria di Treviso nel 1998, veniva fornito il dato che durante il 1995 sono stati 10.998 i ricoveri ospedalieri nel Veneto per un totale di 76.536 giornate di degenza.

A livello nazionale l'area funzionale omogenea più rappresentata (e quindi quella che ha ricevuto più prestazioni ospedaliere) è risultata quella chirurgica (36,6%), subito seguita da quella medica (34,1%); l'area materno-infantile ha rappresentato il 26,2%; molto scarsamente rappresentata l'area delle terapie intensive (1,6%). Nelle prime tre aree funzionali omogenee citate, il contributo delle prestazioni erogate a persone provenienti da Pvs è risultato prevalente (49,6% per l'Afo chirurgica; 47,2% per l'Afo medica e ben il 57,7% per l'Afo materno-infantile, diversamente dall'Afo delle terapie intensive, dove ha giustificato meno del 29% delle prestazioni). Le aree geografiche di provenienza maggiormente rappresentate sono risultate la Germania (quasi il 13%), l'Albania (quasi 8%), il Marocco (poco meno del 7%), la ex Jugoslavia (quasi il 5%), la Francia e la Polonia (poco più del 3% ciascuna), gli Usa (2,7%), la Tunisia (2,4%) e così via. Come si può notare, molti dei paesi più rappresentati sono all'interno dell'Unione Europea.

Non sorprende lo sbilanciamento verso l'Afo materno infantile per coloro che provengono dall'Europa dell'Est, dall'Africa occidentale e dall'Estremo Oriente a indicare una presenza femminile consistente e una progressiva stabilizzazione nel nostro paese indicata da maternità e bimbi piccoli. Nonostante la significativa pre-

Tabella 2.1 - Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) relative a stranieri ricoverati in Italia per l'anno 1997, suddivise per regione, per area funzionale omogenea (Afo) e per raggruppamento economico del paese di provenienza

Regioni	Afo medica		Afo chirurgica		Afo terapie intensive		Afo materno-infantile		non specificato	totale	% sul totale nazionale				
	Psa	Pvs	Psa	Pvs	Psa	Pvs	Psa	Pvs							
												apolidi	apolidi	apolidi	apolidi
Piemonte	151	142	484	221	155	596	14	3	19	81	115	1.329	81	3.391	9,13
Valle d'Aosta	47	13	0	78	16	0	1	0	0	28	13	0	0	196	0,53
Lombardia	351	1.414	320	344	1.420	254	43	42	12	152	1.247	249	423	6.271	16,88
Pr. A. Bolzano	965	130	9	1.601	112	10	106	4	0	324	85	3	0	3.349	9,02
Pr. A. Trento	190	29	0	305	77	0	7	1	0	68	48	0	0	725	1,95
Veneto	0	78	1.141	1	67	816	0	7	12	0	73	562	1	2.758	7,42
Friuli-V. Giulia	216	191	4	232	155	3	12	13	0	348	110	1	4	1.289	3,47
Liguria	389	852	0	305	627	1	54	22	0	90	486	5	20	2.851	7,67
Emilia Romagna	35	500	0	30	546	2	0	6	0	43	813	1	0	1.976	5,32
Toscana	27	64	74	2	1	201	0	1	0	0	0	1	1	372	1,00
Umbria	53	178	0	58	183	0	3	2	0	20	235	0	0	732	1,97
Marche	89	136	88	96	92	70	19	4	2	35	75	50	0	756	2,04
Lazio	698	1.245	0	466	807	0	41	18	0	135	606	0	22	4.038	10,87
Abruzzo	45	46	22	56	119	52	4	5	4	23	63	10	0	449	1,21
Molise	61	26	0	74	20	0	6	1	0	21	21	0	0	230	0,62
Campania	376	567	5	484	1.252	11	25	18	2	141	924	6	0	3.811	10,26
Puglia	244	476	0	323	554	0	21	20	0	172	561	0	0	2.371	6,38
Basilicata	0	0	51	0	0	70	0	0	3	0	0	26	0	150	0,40
Calabria	96	86	4	173	127	7	6	4	0	56	86	4	0	649	1,75
Sicilia	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0,01
Sardegna	149	107	4	220	89	3	22	6	0	128	51	2	1	782	2,11
<b>Totali</b>	<b>4.182</b>	<b>6.281</b>	<b>2.206</b>	<b>5.069</b>	<b>6.420</b>	<b>2.096</b>	<b>384</b>	<b>177</b>	<b>54</b>	<b>1.865</b>	<b>5.613</b>	<b>2.249</b>	<b>553</b>	<b>37.149</b>	<b>100,00</b>

Fonte: elaborazione Caritas di Roma su dati Ministero della Sanità

senza di popolazione proveniente dall'Africa settentrionale, regione di religione musulmana, il ricorso alla ospedalizzazione in ambito materno infantile è bassa a conferma di una migrazione da queste aree ancora prevalentemente maschile.

Non molto di più è possibile dire, soprattutto non è possibile ricavare dati sulla condizione di salute dei cittadini immigrati in Italia e su eventuali fattori o ambiti di rischio.

Uno sforzo maggiore è stato fatto dall'Istat che ha analizzato le cause di morte in cittadini stranieri, dati che comunque vengono considerati statisticamente non particolarmente significativi sia per l'esiguità numerica spiegabile con la giovane struttura per età che caratterizza attualmente il flusso migratorio verso l'Italia, sia per l'impossibilità di distinguere tra stranieri presenti occasionalmente o strutturalmente in Italia. Si può comunque osservare un andamento piuttosto irregolare e caratterizzato da forti fluttuazioni: il numero di morti passa da un totale di 1.997 nell'anno 1992 a 1.953 nell'anno successivo e con rilevante incremento, a 2.246 nel 1994. Il rapporto tra decessi relativi agli stranieri e il totale di quelli avvenuti in Italia risulta sempre costante nel periodo di tempo preso in esame ed è pari allo 0,4%. Suddividendo il campione per età e per paesi di provenienza, la maggiore concentrazione di decessi si evidenzia oltre i 60 anni principalmente per il contributo dei deceduti di cittadinanza europea senza dubbio a causa della loro più vecchia struttura per età.

Riguardo alla mortalità degli stranieri relativamente alle diverse cause di morte (Tab. 2.2), il peso percentuale meno rilevante è quello delle malattie infettive e parassitarie che sono comunque maggiormente presenti tra gli stranieri provenienti dall'Africa e da alcune regioni dell'Asia. Tra i maschi la causa principale di decesso è comunque quella legata essenzialmente a circostanze di morte violenta e accidentale e cioè incidenti, infortuni sul lavoro, suicidi e omicidi e che tendono a perdere di importanza con l'aumentare dell'età alla morte. Le donne muoiono più frequentemente per tumori, che costituiscono una delle più diffuse cause di morte. Tra le "altre cause di decesso" è da sottolineare come quelle da malattie dell'apparato digerente, parte significativa di tale insieme, colpiscono prevalentemente gli stranieri di paesi meno sviluppati.

Altri dati aggregati a livello nazionale non sono reperibili se non per singole patologie ricavabili dal sistema di sorveglianza nazionale per le malattie infettive di cui tratteremo parlando delle aree critiche per la salute dei cittadini stranieri. Da segnalare comunque, anche se da un recentissimo passato, sono disponibili dati locali aggregati a livello regionale che certamente potranno permettere analisi maggiormente approfondite. A titolo esemplificativo, ci riferiamo ai dati della Regione Lazio e del Veneto.

Sul totale delle dimissioni ospedaliere nel Lazio per l'anno 1998, le dimissioni di stranieri sono state 60.134, pari al 5,1%. Già questo dato mostra una maggiore attendibilità rispetto all'analogo su base nazionale: la Regione Lazio, per il 1997 aveva segnalato, o il Ministero della Sanità aveva ricevuto, solo 4.038 schede di dimissione ospedaliera!

Le percentuali calcolate sul totale delle dimissioni per causa sono: di tutti i ricoveri per gravidanza e parto il 14,5% è riferito a stranieri, il 7,2% dei ricoveri per malattie infettive e parassitarie, il 4,5% per malattie del sistema muscolo-scheletri-



Tabella 2.2 - Cause di morte in Italia di cittadini stranieri suddivise per aree geografiche, 1994 (in percentuale)

Aree geografiche	Malattie		Tumori		Malattie		Traumie		Altre cause	
	infett. e paras.	totale	di cui: femmine	sist. circolatorio	avvelenamenti	totale	di cui: app. diger.	totale		
<i>Europa</i>	0,3	12,7	49,2	44,4	25,6	17	18,3	100		
Europa 15	0,2	10,7	48	55,5	17	16,6	16,1	100		
Europa centro-orientale	0,7	14,7	56,7	22,6	46,1	16	20,4	100		
Altri paesi europei	—	18,7	35,7	41,3	17,3	22,7	23,5	100		
<i>Africa</i>	2,5	8,1	30,3	11,1	49,6	28,7	10,3	100		
Africa settentrionale	1,4	6,1	29,4	10	57,3	25,2	8,6	100		
Africa occidentale	2,3	9,3	12,5	15,1	40,7	32,6	10,7	100		
Africa orientale	12,5	25	50	9,4	12,5	40,6	23,1	100		
Africa centro-meridionale	—	—	—	10	30	60	—	100		
<i>Asia</i>	2,9	13,9	52,6	22,6	40,2	20,4	32,1	100		
Asia occidentale	—	19,5	50	22	39	19,5	25	100		
Asia meridionale	10,8	8,1	33,3	16,2	40,6	24,3	33,3	100		
Asia orientale	—	13,6	62,5	27,1	40,7	18,6	36,4	100		
<i>America</i>	0,7	18,3	37,3	37,1	16,9	27	20	100		
America settentrionale	0,6	20,2	25	43,3	15,7	20,2	19,4	100		
America centro-meridionale	1	15	66,7	26	19	39	20,5	100		
<i>Oceania</i>	—	16,7	33,3	44,4	—	38,9	28,6	100		
Apolidi	—	27,3	—	36,4	9,1	27,2	33,3	100		
Cittadinanza ignota	1,8	5,5	66,7	38,2	16,4	38,1	9,5	100		
<i>Totale</i>	0,9	12,6	45	36,6	29	21	17,2	100		
di cui:										
paesi a forte press. migratoria	1,7	12	50	19,7	42,6	24	15,9	100		

Fonte: Istat [1998]

co, il 4,7% per disturbi psichici, il 6,9% per malattie del sistema nervoso, il 3,4% per malattie del sistema cardio-circolatorio, il 4,3% per malattie e disordini dell'apparato respiratorio, il 4,9% per malattie e disordini dell'apparato digerente.

Tra le cause di ricovero assumono maggior peso il parto vaginale senza complicazioni (7,7%) e le esofagiti-gastroenteriti (4,0%) per i ricoveri ordinari; l'aborto (25,8%) e l'Hiv associato o non ad altre patologie correlate (6,1%) per i ricoveri di day-hospital.

La Regione Veneto ha fatto una revisione dei ricoveri dei cittadini stranieri nel periodo 1993-1995 (Tab. 2.3) e un'altra è in fase di svolgimento. Anche da questo studio emerge come i ricoveri siano sostanzialmente da imputare a situazioni indifferibili di domanda sanitaria (è il caso della gravidanza, del parto e della interruzioni volontarie della gravidanza - Ivig), o situazioni di bisogno in rapporto ad una maggiore esposizione sociale e lavorativa (malattie infettive e non legate alla povertà, incidenti e traumatismi).

Tabella 2.3 - Motivi dei ricoveri ospedalieri di pazienti stranieri nella regione Veneto negli anni 1993-1995

Diagnosi	Totale	% sul totale
Respiratorio	467	7
Digerente	1.084	15
Ortopediche	723	10
Dermosifilopatiche	344	5
Infettive	176	3
Ostetrico-ginecologiche	1.488	21
Rene e vie urinarie	260	4
Psichiatriche e ter. dip.	452	6
Altro	—	29

Fonte: Geraci [1996, 46]

Accanto ai dati appena citati, appaiono particolarmente significativi quelli raccolti da strutture di primo livello, in grado quindi di intercettare la domanda di salute di base. Di fatto in Italia in questi anni, il ruolo di erogatori di medicina di base è stato in gran parte svolto da ambulatori gestiti dal volontariato e dal privato sociale. Solo recentemente infatti si sono abbattute alcune limitazioni normative e amministrative che concretamente nascondevano o negavano l'accesso alle cure per una buona parte di immigrati sia regolari che clandestini. Per altro riteniamo che per far applicare a regime le nuove norme presumibilmente occorrerà ancora del tempo: l'impegno del privato sociale quindi è stato ed è determinante per l'avvio di percorsi di integrazione e cittadinanza anche in ambito sanitario.

Alcune di queste realtà gestite dal volontariato hanno così accumulato un'esperienza significativa e anche quantitativamente rilevante su questa popolazione, come dimostra il caso dell'area sanitaria della Caritas di Roma la cui utenza degli ultimi anni è riportata nella Tabella 2.4.

Tabella 2.4 - Provenienza per area geografica e per nazionalità dei pazienti afferiti per la prima volta al Poliambulatorio della Caritas di Roma, dal 1992 al 1999<sup>7</sup>

Paese di provenienza	1992	%	1993	%	1994	%	1995	%	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
<i>Europa, di cui:</i>																
Albania	91	2,4	146	3,4	124	3,6	88	3,1	88	3,3	81	3,9	112	4,1	107	3,1
Jugoslavia ed ex Jugosl.	82	2,2	94	2,2	82	2,4	96	3,3	81	3,1	56	2,2	50	1,8	41	1,2
Polonia	197	5,3	272	6,4	240	6,9	214	7,4	127	4,8	130	5,1	75	2,7	57	1,6
Romania	146	3,9	214	5,0	279	8,0	389	13,5	402	15,2	663	26,0	522	19,2	526	15,2
altri paesi																
Europa orient. Senza fissa dimora	67	1,8	44	1,0	55	1,6	66	2,3	56	2,1	157	6,2	337	12,4	808	23,3
Italia	45	1,2	52	1,2	93	2,7	148	5,1	120	4,5	118	4,6	108	4,0	63	1,8
<b>Totale Europa</b>	<b>653</b>	<b>17,5</b>	<b>837</b>	<b>19,6</b>	<b>877</b>	<b>25,3</b>	<b>1.006</b>	<b>35,0</b>	<b>881</b>	<b>33,51.211</b>	<b>47,51.208</b>	<b>44,6</b>	<b>1.607</b>	<b>46,3</b>		
<i>Africa, di cui:</i>																
Marocco	151	4,0	132	3,1	99	2,8	62	2,7	72	2,7	73	2,9	61	2,2	37	1,1
Algeria	57	1,5	51	1,2	31	0,9	32	1,1	28	1,1	29	1,1	39	1,4	17	0,5
Tunisia	34	0,9	27	0,6	16	0,5	22	0,8	19	0,7	30	1,2	19	0,7	15	0,4
Egitto	51	1,3	63	1,5	58	1,7	59	2,0	39	1,5	31	1,2	28	1,0	17	0,5
Senegal	52	1,4	59	1,4	53	1,5	38	1,3	27	1,0	31	1,2	39	1,4	47	1,3
Costa d'Avorio	65	1,7	71	1,7	22	0,6	15	0,5	7	0,3	7	0,3	11	0,4	8	0,2
Nigeria	61	1,6	58	1,4	51	1,5	52	1,8	48	1,8	70	2,7	67	2,5	43	1,2
Etiopia	400	10,7	407	9,5	282	8,1	135	4,7	116	4,4	106	4,2	115	4,2	95	2,7
Somalia	431	11,5	462	10,8	102	2,9	46	1,6	34	1,3	37	1,4	22	0,8	9	0,3
<b>Totale Africa</b>	<b>1.528</b>	<b>41,0</b>	<b>1.567</b>	<b>36,7</b>	<b>866</b>	<b>24,8</b>	<b>632</b>	<b>22,0</b>	<b>502</b>	<b>19,0</b>	<b>523</b>	<b>20,5</b>	<b>498</b>	<b>18,4</b>	<b>382</b>	<b>11,0</b>
<i>Asia, di cui:</i>																
Filippine	119	3,1	252	5,9	255	7,3	174	6,0	23	0,9	17	0,7	9	0,3	5	0,1
Sri Lanka	85	2,2	76	1,8	57	1,6	25	0,9	14	0,5	24	0,9	24	0,9	17	0,5
Bangladesh	466	12,1	380	8,9	393	11,3	274	9,5	375	14,2	275	10,8	479	17,7	610	17,6
Pakistan	66	1,7	41	1,0	31	0,9	20	0,7	280	10,6	75	2,9	39	1,4	79	2,3
India	52	1,4	53	1,2	44	1,3	34	1,9	181	6,8	37	1,4	27	1,0	95	2,7
Cina	4	0,1	13	0,3	18	0,5	13	0,4	12	0,4	8	0,3	6	0,2	6	0,2
<b>Totale Asia</b>	<b>839</b>	<b>22,5</b>	<b>865</b>	<b>20,3</b>	<b>837</b>	<b>24,1</b>	<b>575</b>	<b>20,0</b>	<b>897</b>	<b>34,0</b>	<b>449</b>	<b>17,6</b>	<b>609</b>	<b>22,5</b>	<b>941</b>	<b>27,1</b>
<i>America, di cui:</i>																
Perù	525	14,0	755	17,7	628	18,1	464	16,1	230	8,7	145	5,7	145	5,3	142	4,1
Brasile	21	0,5	37	0,9	42	1,2	23	0,8	11	0,4	10	0,4	14	0,5	4	0,1
Ecuador	42	1,1	46	1,1	70	2,0	86	3,0	58	2,2	125	4,9	167	6,2	301	8,7
<b>Totale America</b>	<b>684</b>	<b>18,4</b>	<b>946</b>	<b>22,2</b>	<b>850</b>	<b>24,5</b>	<b>643</b>	<b>22,3</b>	<b>347</b>	<b>13,1</b>	<b>338</b>	<b>13,3</b>	<b>384</b>	<b>14,2</b>	<b>509</b>	<b>14,7</b>
Oceania	0	0,0	2	0,1	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0
Non noto	22	0,6	49	1,1	38	1,1	21	0,7	14	0,5	28	1,1	11	0,4	31	0,9
<b>Totale</b>	<b>3.726</b>	<b>100,0</b>	<b>4.266</b>	<b>100,0</b>	<b>3.470</b>	<b>100,0</b>	<b>2.877</b>	<b>100,0</b>	<b>2.641</b>	<b>100,0</b>	<b>2.549</b>	<b>100,0</b>	<b>2.711</b>	<b>100,0</b>	<b>3.470</b>	<b>100,0</b>
Numero paesi rappresentati		95		97		102		92		84		85		80		91
% maschi/femmine		57		52		53		54		70		64		64		60

Fonte: area sanitaria Caritas di Roma

<sup>7</sup> I dati riportati sono quelli inseriti nella banca dati computerizzata dell'area sanitaria della Caritas di Roma e sono leggermente sottostimati rispetto all'utenza reale che è stata: 1992: 4.620; 1993: 4.367; 1994: 3.610; 1995: 3.059; 1996: 2.858; 1997: 2.909; 1998: 3.047; 1999: 3.668.

La rete degli ambulatori che la costituiscono ha iniziato le sue attività nel 1983, e assiste, in circa il 90% dei casi, soggetti non iscrivibili al Ssn o che, per diverse motivazioni, non possono accedervi. Le sei strutture poliambulatoriali in questi 16 anni hanno complessivamente visitato circa 60.000 pazienti, provenienti da quasi 170 nazioni, erogando annualmente circa 20.000 visite di base e specialistiche.

Sono diverse le esperienze simili in Italia da quelle "storiche" della Croce Rossa di Genova, il Biavati di Bologna avviate alla fine degli anni Settanta, del Naga di Milano e del Santa Chiara di Palermo sorte a metà degli anni Ottanta, allo Stenone di Firenze, al Chirone di Messina, al Sermig di Torino, al Cesaim di Verona, a Porta aperta di Modena, al Poliambulatorio per immigrati di Brescia, e via via con storie più recenti Città aperta di Genova, Camminare insieme di Torino, Lidlp e Aspu di Perugia, Casa verde di Morena alle porte di Roma, Medici contro di Udine, Oikos di Bergamo, molte Caritas sparse per l'Italia, solo per citarne alcune.

L'esperienza romana si caratterizza per essere immessa in una rete naturale gestita dalla stessa Caritas che vede una prima tappa in un significativo Centro d'ascolto e orientamento degli stranieri (con circa 10.000 nuovi utenti l'anno) e una serie di servizi di sostegno (mense, dormitori ma anche corsi di lingua, avviamenti al lavoro, case famiglie, consulenza legale, ecc.); attorno a questo nucleo, in ambito sanitario si è articolata una capillare organizzazione di contatti, riferimenti, canali assistenziali e non solo. Sostenuta da centinaia di volontari questo sistema permette non solo di rispondere efficacemente al bisogno, ma anche di riflettere e analizzare il bisogno stesso.

Sono tanti i dati che emergono da questa esperienza, un vero e proprio "osservatorio di campo", il cui monitoraggio permette di intuire cambiamenti o novità ad esempio nel mondo più o meno sommerso dell'immigrazione regolare e irregolare: cambiamenti dei flussi per nazionalità, per stratificazione sociale, per età, per sesso a volte per bisogni anche in rapporto alle risposte istituzionali attivate da una politica più o meno attenta.

Soffermandoci sull'aspetto sanitario e pur evidenziando che generalizzazioni sono certamente rischiose e difficilmente estensibili a un panorama nazionale e anche locale fortemente diversificato, è interessante sottolineare come nel tempo anche la componente irregolare dell'immigrazione indichi una progressiva stabilizzazione: tra coloro che hanno chiesto di utilizzare il servizio sanitario della Caritas nel 1998 solo il 2,2% era senza fissa dimora (era il 3,3% nel 1997), il 21% era ospite da parenti o amici e il 68% viveva in un locale preso in affitto spesso con altri connazionali; se il 36% era in cerca di occupazione e il 39% lavorava precariamente, il 25% aveva un lavoro stabile seppure in nero e quindi a rischio di soprusi e sfruttamento (era il 12% un anno prima). Se esaminiamo dettagliatamente gli utenti degli ambulatori Caritas nei 16 anni di attività (Tab. 2.5) notiamo come complessivamente siano prevalentemente africani (moltissimi sono provenienti dal Corno d'Africa, comunque quasi tutti i paesi di questo continente sono presenti), seguono europei (dai paesi dell'Est, in particolare dalla Polonia, ultimamente dalla Romania, Ucraina e Moldavia) e una parte (attualmente in aumento) sono asiatici (Bangladesh, Pakistan, Filippine, ecc.) e soprattutto dell'America del Sud.

È da considerare, comunque, che una caratteristica della popolazione straniera più o meno regolare, accanto ad una forte diversificazione etnica, è l'estrema dinamicità dei flussi per paese di provenienza, legata a situazioni politiche, sociali ed economiche

che i singoli paesi attraversano o a catene migratorie più o meno legali che possono attivarsi.

Tabella 2.5 - Provenienza per nazionalità dei pazienti afferiti al Poliambulatorio della Caritas di Roma dal 6 gennaio 1983 al 31 dicembre 1999<sup>8</sup>

Rank	Nazione	v.a.	%	Rank	Nazione	v.a.	%
1.	Etiopia	6.323	15,5	9.	Albania	976	2,4
2.	Bangladesh	3.659	9,0	10.	Ecuador	932	2,3
3.	Romania	3.478	8,5	11.	Nigeria	861	2,1
4.	Perù	3.327	8,2	12.	Pakistan	850	2,1
5.	Polonia	3.060	7,5	13.	Moldavia	719	1,8
6.	Somalia	3.037	7,4	14.	India	593	1,5
7.	Marocco	1.463	3,6	15.	Senegal	592	1,5
8.	Filippine	1.057	2,6	16.	Ucraina	529	1,3

Fonte: area sanitaria Caritas di Roma

Così nel 1983 le prime rilevazioni hanno mostrato una popolazione quasi esclusivamente africana, negli anni successivi è arrivata a Roma una popolazione proveniente, in misura più o meno elevata, dai paesi dell'Est Europa (47% sul totale 1986, 23% nel 1987); il 1989 ha visto nuovamente prevalere gli africani e in particolare etiopi e somali; il 1990 ha fatto notare un costante aumento degli immigrati dall'Estremo Oriente, in particolare dal Bangladesh e dal Pakistan; il 1991 ha presentato l'incremento di europei (albanesi e rumeni), ancora somali, asiatici e peruviani; quindi persone provenienti dall'America Latina, soprattutto donne, e dalla Romania e Bangladesh, uomini (dati 1993-95), mentre la presenza degli africani ha subito un forte ridimensionamento. Dal 1994 si è registrato un preoccupante aumento degli italiani, soprattutto tra i 45 e i 55 anni e in alcuni casi senza fissa dimora, che hanno usufruito dei servizi della Caritas poiché non riuscivano ad accedere per problemi economici alle strutture pubbliche.

Attualmente circa il 40% degli utenti è di sesso femminile e tra le donne sono significativamente presenti le ucraine e le moldave mentre tra gli uomini coloro che provengono dal Bangladesh e dalla Romania.

Sono persone giovani: tra i 16 e 45 anni sono stati l'87,5% nel 1993, l'80,5% nel 1995 e l'81,3% nel 1999; attualmente tra le donne, soprattutto tra quelle provenienti dai paesi dell'est, l'età media si è alzata con presenze significative di signore intorno ai 40

<sup>8</sup> I dati riportati sono quelli inseriti nella banca dati computerizzata dell'area sanitaria della Caritas di Roma che complessivamente al 31 dicembre 1999 conteneva 40.699 schede contro le 48.063 cartacee (86,6%). A mancare sono prevalentemente quelle degli anni 1985 e 1986 in fase di inserimento. Nella banca dati non sono compresi i circa 11.000 pazienti del centro odontoiatrico (solo il 20% comuni al poliambulatorio) e gli oltre 1.500 zingari visitati direttamente nei campi alla periferia di Roma. I paesi complessivamente rappresentati sono 178. All'undicesimo posto dovrebbe inserirsi l'Italia con 907 utenti (2,2%), fenomeno recente che certamente esprime un disagio sociale crescente.

anni (il 75,7% delle ucraine, il 61,6% delle moldave ma anche il 54,8% delle peruviane). I più giovani provengono dal Corno d'Africa e dall'America Latina, i più "vecchi" sono nordafricani, medio-orientali e recentemente coloro che provengono dall'Albania e dai paesi dell'Est.

È da notare che, lentamente ma progressivamente, aumentano i pazienti di età "estreme": i più piccoli, spesso nati in Italia, e gli anziani.

Oltre il 60% delle persone complessivamente assistite ha riferito di avere un diploma di scuola media superiore e circa il 10% addirittura universitario; solo tra il 4 e il 9% non ha titolo di studio. I dati complessivi maschili e femminili si sovrappongono: gli immigrati con i livelli di scolarità più alta tra gli uomini provengono dal Medio Oriente, dall'America Latina e dal Corno d'Africa, tra le donne dall'Europa dell'Est e dall'America Latina; i livelli più bassi si trovano tra coloro che provengono dal Nord Africa e da alcuni paesi dell'Est (Albania, Romania). Tra i pazienti del 1999 il 41,6% aveva un diploma di scuola media superiore (il 49,9% tra le donne) e il 10% universitario (il 13% tra le donne).

Un dato interessante, e attualmente molto discusso, è il cosiddetto intervallo di benessere che proprio dall'esperienza romana era stato definito agli inizi degli anni Novanta e che rappresenta il tempo intercorso dall'arrivo in Italia, a Roma in particolare, al primo utilizzo di una struttura sanitaria e in qualche modo è misura di un patrimonio di salute che si perde.

Allora si individuò in circa un anno tale periodo a supporto di una migrazione sostanzialmente sana sul piano fisico e psichico.

Alcune osservazioni tendono oggi ad affermare che questo intervallo si sia bruscamente accorciato negli ultimi anni; l'esperienza della Caritas solo in parte conferma tale ipotesi in quanto quasi il 45% dei nuovi pazienti ha utilizzato per la prima volta un ambulatorio medico dopo un anno dall'arrivo in Italia e il 10,5% dei pazienti (8% tra le donne) è in Italia da almeno tre anni al momento dell'utilizzo della struttura sanitaria per la prima volta.

Ciò è in linea con le osservazioni espresse nel primo capitolo e cioè un "effetto migrante sano" vale ancora per molti seppur con una attenuazione per chi viene "a seguito" di progetti migratori già percorsi da altri o è costretto a "scappare" (profughi e rifugiati).

Certamente l'esperienza citata insieme a tante altre in varie parti d'Italia, ha permesso in oltre 15 anni di raccogliere dati, casistiche, riflessioni che possono cercare, seppur con evidenti limitazioni metodologiche, di definire e individuare alcune condizioni particolarmente a rischio per la salute dei cittadini stranieri.

Nella Tabella 2.6 vengono mostrate le patologie più frequenti diagnosticate negli anni 1991-1998 ai pazienti afferenti in sei centri sanitari per immigrati irregolari gestiti dal volontariato, presenti nelle città di Roma, Milano, Torino, Verona, Palermo e Perugia.

Si tratta di un'ampia casistica di circa 80.000 diagnosi su una popolazione di oltre 35.000 utenti stranieri. Questi risultati ricalcano sostanzialmente quelli emersi da una ricerca multicentrica effettuata nel 1992 su 1.614 immigrati di sei regioni italiane (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio e Sicilia) sulla base di 2.292 visite effettuate con una scheda di rilevazione comune.

Considerando che l'utenza di questi centri rappresenta la frazione di immigrati maggiormente esposti a rischi per la salute (in quanto precariamente inseriti nella

Tabella 2.6 - Gruppi di malattie più frequenti diagnosticate a pazienti immigrati presso alcuni centri di assistenza sanitaria gestiti dal volontariato a Roma, Milano, Torino, Verona, Palermo e Perugia, 1988-1998

Periodo di indagine	1993-95	1993	1988-92	1993-97	1991-97	1995-98
Struttura	Caritas Roma	Naga Milano	Sermig Torino	Cesaim Verona	S. Chiara Palermo	Lidlp, Aspu Perugia
<i>Diagnosi</i>						
Respiratorio	16,5%	14,7%	19,3%	15,0%	20,0%	14,2%
Digerente	13,7%	13,4%	14,2%	9,0%	11,0%	13,5%
Ortopediche	12,3%	17,4%	13,5%	11,0%	14,0%	9,5%
Dermatologiche	7,5%	10,1%	11,9%	7,0%	11,0%	7,3%
Infettive	8,1%	5,9%	—	3,0%	3,0%	9,7%
Ostetriche	5,2%	6,9%	—	8,0%	1,0%	—
Genito-Urinarie	8,7%	9,1%	5,2%	2,0%	4,0%	13,3%
Psicol.-psichiatriche	2,9%	2,9%	—	2,0%	1,0%	2,0%
Altre	25,1%	19,6%	35,9%	43,0%	35,0%	30,5%

società), si evidenzia, anche con il conforto di altre casistiche di centri di assistenza pubblici, che, in generale, l'individuo appartenente a una prima generazione di immigrati arriva effettivamente in Italia con un buono stato di salute. Le condizioni di vita cui andrà soggetto potranno poi essere in grado di minare, in misura più o meno rilevante, la sua salute, prevalentemente con patologie acute a carico degli apparati respiratorio, digerente e osteoarticolare (traumatismi); una quota notevole di domanda assistenziale è poi legata alla gravidanza e all'espletamento del parto, come già messo in luce dai dati ospedalieri precedentemente illustrati.

Da una ricerca condotta dall'Osservatorio dell'Ismu [Pasini 1999] durante il 1998 nell'area milanese, è emerso che, anche in termini di percezione, la salute non viene avvertita come un problema prioritario da parte degli immigrati. Infatti, tra i circa 1.000 stranieri provenienti da Pvs e dall'Est Europa intervistati, cui era stato chiesto di elencare, in ordine di importanza, i tre problemi maggiormente sentiti (a eccezione del lavoro), solo il 3,6% ha indicato come prioritaria l'assistenza sanitaria (in generale, la salute occupa l'ottavo posto sui nove items previsti dal questionario somministrato).

Da un'altra domanda, che indagava le variazioni di salute fisica e psicologica percepite, in positivo o in negativo, dall'arrivo in Italia, è risultato che, in relazione alla salute fisica: il 35% dei rispondenti ha indicato un suo miglioramento dall'arrivo in Italia, il 10,5% ha indicato un peggioramento, mentre il 54,5% sostiene che non vi è stato alcun sostanziale cambiamento (leggermente peggiorativa è la salute percepita dagli individui che vivono nella provincia di Milano).

Relativamente ai disturbi accusati dagli immigrati, a Milano l'86,4% afferma di non soffrire di alcun disturbo (78,6% fornisce questa risposta in provincia); seguono i disturbi all'apparato digerente (2,6% tra coloro che vivono in città; 2,9% in provincia); problemi di carattere ortopedico-traumatologico (1,6% in città; 3,6% in provincia); problemi psicologici e sociali (1,2% in città; 2,7% in provincia) e così via.

Anche se, come mostrato dalla Tabella 2.6 e confermato da queste interviste, da un punto di vista epidemiologico le patologie psichiatriche non occupano attualmente un posto di rilievo, ciononostante esse sono di estremo interesse per capire di più e meglio l'area del disagio, che con l'integrazione è intimamente connessa. L'esperienza clinica diretta ha messo in luce in questi anni la rilevanza dell'impatto che la variabile culturale esercita sulla percezione della salute e sull'espressione della domanda di assistenza. Che l'integrazione sia un elemento cruciale, è dimostrato dal fatto che il principale fattore di rischio psicopatologico per il migrante è rappresentato dal fallimento o dalla minaccia di fallimento del progetto migratorio, che all'integrazione sono strettamente collegati. Non sfugga come l'esperienza del migrare, in particolare per la prima generazione, sia in grado di sovvertire completamente i ruoli all'interno della famiglia (ad esempio con una dequalificazione del ruolo maschile paterno), innescando dinamiche complesse e potenzialmente rischiose per la salute psichica.

## 2.2 I fattori di rischio

Quella dell'immigrazione è sicuramente una delle realtà in cui il "sociale" e il "sanitario" si intrecciano indissolubilmente, a volte fino a confondersi.

Infatti, da quanto fino a oggi rilevato, nella determinazione dello stato di salute straniera i fattori ambientali (in particolare di tipo sociale) e comportamentali conseguenti, sembrano prevalere chiaramente su quelli genetici.

Il ruolo di questi ultimi fattori (ad esempio nel determinare una maggiore predisposizione verso lo sviluppo di una data patologia) potrà forse essere rivalutato quando la presenza straniera nel nostro paese durerà un tempo sufficientemente lungo da attirare l'attenzione dei ricercatori su patologie di natura diversa, quali alcune malattie di tipo neoplastico.

Per fattori di tipo sociale facciamo riferimento a tutte quelle situazioni che vanno globalmente a determinare le condizioni di vita dell'immigrato: occupazione, alloggio, alimentazione, supporto psico-affettivo, accessibilità ai servizi sociosanitari, ecc.

La *situazione lavorativa* è una variabile fondamentale per la salute dell'immigrato (come d'altronde anche per gli italiani).

La mancanza di occupazione accelera lo scadimento delle condizioni di vita (esaurendo la disponibilità economica o costringendo a ridurre le spese e quindi il tenore di vita già basso); quando la disoccupazione si protrae oltre un certo limite, può favorire l'accesso ad attività illegali, talune strettamente collegate alla salute (come nel caso della prostituzione) o di abitudini voluttuarie a rischio, come alcolismo, tabagismo o ricorso a sostanze psicotrope.

La difficoltà di inserimento lavorativo, aggravata dall'irregolarità giuridica, espone spesso l'immigrato all'accettazione di occupazioni a rischio, mal remunerate e non tutelate (lavori in cantieri edili senza adeguate misure di protezione e controllo, turni estenuanti come braccianti agricoli, ecc.). Va da sé che la precarietà economica o la grave indigenza ostacolano grandemente il ricorso alle strutture e agli operatori sanitari in caso di bisogno.

La *situazione alloggiativa* ha sicuramente un ruolo di primo piano: per quanto possa essere infatti variabile da straniero a straniero, l'ambiente di vita rappresenta un



punto critico per la sua salute. La maggior parte degli immigrati affronta il problema abitativo in modo temporalmente provvisorio e logisticamente precario: dormitori, centri di accoglienza e case-famiglia per gli immigrati regolari; baracche o rifugi improvvisati (sotto ponti o arcate, nelle stazioni della metropolitana, in vagoni o nelle sale d'attesa delle stazioni, all'interno di autoveicoli parcheggiati o in via di demolizione) per gli irregolari; e anche quando, perlopiù in aree urbane degradate, lo straniero sia in grado di ricorrere ad appartamenti o stanze in affitto o subaffitto (particolarmente grave e diffusa è la speculazione economica a tal proposito), ciò comporta per lo più seri problemi di sovraffollamento abitativo e carenza o inadeguatezza igienica dei servizi, con evidenti rischi di trasmissione di patologie infettive contagiose. Sia l'ospitalità presso istituzioni, sia il domicilio presso il datore di lavoro (è il caso di chi fornisce assistenza agli anziani), ostacolano inoltre il ricongiungimento familiare o inducono la separazione dei nuclei familiari stessi, con evidenti ripercussioni psicologiche.

Un fattore di rischio rilevante, anche se non sufficientemente indagato, riguarda l'alimentazione. Sulla dieta convergono infatti una serie di diverse problematiche: difficoltà di adattamento a una cultura del cibo e a una tradizione gastronomica diverse; difficoltà di reperimento di alimenti di largo consumo nel proprio paese d'origine; scarsa conoscenza dei generi alimentari disponibili in Italia; difficoltà a seguire le usuali modalità di preparazione e cottura del cibo; inadeguatezza delle proprie abitudini dietetiche al nuovo contesto (clima, livelli di attività fisica sostenuti, ecc.); mancanza di informazione su principi nutrienti e sul loro diverso contributo energetico e metabolico; preclusione, di natura religiosa o filosofica, al consumo di determinati alimenti o bevande; vincoli economici nell'acquisto delle cibarie, ecc.

Tra questi assumono particolare rilevanza l'incapacità di adattare, modificandole, le proprie abitudini alimentari al nuovo contesto, che può determinare un'alimentazione sbilanciata e carente dell'apporto di nutrienti essenziali (è frequente per esempio nei soggetti asiatici una dieta costituita pressoché totalmente da cereali, in particolar modo dal riso); parimenti critica può essere l'esigua disponibilità economica, che può costringere l'immigrato ad astenersi dal consumo di alimenti di rilevante apporto nutrizionale, quali le proteine animali e le vitamine, nonché ad acquistare prodotti di migliore qualità. Per i soggetti di sesso maschile, può avere un peso determinante anche la scarsa confidenza con la scelta e la preparazione degli alimenti, difficoltà spesso dovuta a costumi originari che prevedono tali mansioni come di esclusivo appannaggio femminile.

Spesso sottovalutato è inoltre l'effetto, sullo stato fisico e psicologico, legato a rilevanti cambiamenti climatici. Non si può infatti considerare indifferente uno scarto termico (tra il proprio paese di origine e quello di emigrazione) che a volte si aggira intorno ai 15°-20°C, o una variazione di umidità che, tra talune zone, raggiunge varie decine percentuali: tali differenze, come è noto, si ripercuotono sul metabolismo e quindi sul complessivo rendimento dell'organismo umano (si pensi a esempio alle difficoltà di adattamento lavorativo di un africano subsahariano nel Nord Italia). E che dire dell'effetto provocato sul tono dell'umore da un cielo stabilmente coperto e nebbioso, qual è quello di alcune zone del nostro Nord, su soggetti abituati a vedere il sole durante tutto l'anno?

Di grande importanza si è rivelata essere la mancanza di un adeguato supporto psico-affettivo; tale situazione riguarda soprattutto la prima generazione di migranti,

cioè quella che precede il ricongiungimento con la famiglia ristretta (situazione ancora presente per alcune etnie). L'abbandono dei propri affetti (familiari, partner, amici) coincide infatti con una fase particolarmente delicata della propria vita, in cui si rischia di veder bruciate forti aspettative di miglioramento, fase che quindi, per la maggior parte dei soggetti, comporta una maggiore vulnerabilità psicologica. Si capisce così quale valenza possa essere attribuita all'esistenza di comunità di immigrati organizzate e solidali, che possano cioè rappresentare una risorsa cui attingere nei momenti più difficili.

Importante è quindi la possibilità di avere vicine figure di riferimento significative; ma anche al di là di tale opportunità, si concorda nel ritenere che una variabile fondamentale di ricaduta psicopatologica sia rappresentata dal destino del proprio progetto migratorio.

Lo studio dei fattori di rischio per la salute psichica degli immigrati ha consentito di evidenziarne tre categorie così come riferisce lo psichiatra Marco Mazzetti [1996]: fattori di rischio generici, quelli comuni alla grande parte degli immigrati: l'emarginazione socio-economica, le cattive condizioni abitative e nutrizionali, le difficoltà di inserimento nella cultura ospitante ("stress da transculturazione"); fattori di rischio specifici: il fallimento, o la minaccia di fallimento del progetto migratorio; questa sembra essere la determinante principale, l'aumento della sofferenza psichica appare ogni volta che l'immigrato vede entrare in crisi la prospettiva con la quale è venuto in Italia; co-fattori: tutti quelli in grado di influire sul progetto migratorio, variabili per gruppo etnico di appartenenza, specificità individuali, eccetera.

Per altro alcuni gruppi etnici (Africa subsahariana, America Latina, subcontinente indiano) sembrano essere, almeno nell'esperienza romana, particolarmente svantaggiati rispetto ad altri, e andare incontro con più facilità a sofferenza psichica.

In particolare la condizione della donna immigrata, pur non discostandosi dalle linee generali testé definite, presenta tuttavia alcune peculiarità. In primo luogo l'immigrazione femminile è un fenomeno tuttora *in fieri*, assai instabile e proteiforme, difficile da fotografare con precisione. Le modalità con cui avviene sono rapidamente mutate nel giro di pochi anni: alla fine degli anni Ottanta faceva parte di un progetto che comprendeva, in genere, tutta la famiglia, e si configurava soprattutto come "migrazione di transito", con meta finale in paesi diversi dall'Italia. Oggi è, invece, molto spesso una migrazione "solitaria". Anche i flussi sono notevolmente cambiati: da migrazione quasi esclusivamente africana, è diventata ora assai più polimorfa, con notevoli componenti sudamericane ed Est Europee.

Se l'epidemiologia dei disturbi rilevati nel corso degli anni è piuttosto stabile, e non è differente da quanto si è osservato anche tra i pazienti maschi, ciò che invece sembra peculiare sono alcuni aspetti del modo "femminile" di vivere la migrazione, così come si va configurando attualmente.

Essere immigrate in Italia comporta, per lo più, una sorta di "rivoluzione" della propria identità di genere: ci si trova cioè a occuparsi di se stesse e della propria famiglia con modalità che appaiono in qualche modo più "maschili" che "femminili", secondo i sistemi di riferimento culturali tradizionali di gran parte delle donne immigrate. Il che lascia conseguenze percepibili sul loro benessere psichico. Una conseguenza diretta di questa situazione è il rapporto problematico e spesso conflittuale che esse sviluppano nei confronti della maternità. Per lo più le donne devono

rinunciarvi, perché mettere al mondo un figlio appare incompatibile con la loro condizione di lavoratrice immigrata, soprattutto se irregolare; il che crea spesso una lacerazione profonda con il proprio modo di “vedersi donna”, soprattutto quando le immigrate provengono da culture nelle quali la maternità è il parametro essenziale per essere considerate davvero donne.

In altri casi la maternità viene, in qualche modo “sospesa”, ed è il caso frequente di quelle lavoratrici (sono sempre più numerose) che tentano l'avventura migratoria da sole, lasciando i figli a casa, alle cure di altre persone.

Queste donne vivono spesso come in una sorta di limbo, come corpi gettati a lavorare in terra d'immigrazione, e con la mente e gli affetti separati, né qui in Italia, né davvero là, a casa, in una sorta di “sospensione della vita vera” che, nelle loro fantasie, terminerà solo con il rientro in patria.

Questi elementi qualitativi della vita delle donne immigrate nel nostro paese sfuggono in genere alle statistiche, ma non possono venire trascurati se ci si vuole occupare del loro benessere psicologico. Perché elementi di sofferenza simili le tengono costantemente in un equilibrio precario, che può facilmente cadere nella vera e propria psicopatologia, non appena qualcosa interviene a sbilanciarlo.

Infine, nodo cruciale per lo stato di salute dello straniero è stata, in questi anni, la facoltà di accesso ai servizi socio-sanitari pubblici.

L'accessibilità alle strutture, e quindi l'opportunità di ricevere le diverse prestazioni sanitarie da queste erogate, è tuttora funzione dello status giuridico dell'immigrato e comunque continuamente modificabile con il susseguirsi delle normative di riferimento.

Ciò ha prodotto una discriminazione nell'accesso per talune fasce di immigrati (come quella dei clandestini e dei soggetti cui è scaduto il permesso di soggiorno) che è legittimo considerare in partenza come più vulnerabili; tale discriminazione, in passato particolarmente grave per esigenze quali il monitoraggio della gravidanza e il parto, la cura del bambino e il controllo delle malattie trasmissibili, è quindi annoverabile tra i principali fattori di rischio per la salute dell'immigrato. In sintesi, potremmo provocatoriamente ipotizzare che lo stato di immigrato in quanto tale, in particolare irregolare, sia di per sé un fattore di rischio per la propria salute.

La Tabella 2.7 riassume i principali fattori di rischio per la salute dell'immigrato.

Tabella 2.7 - Principali fattori di rischio per la salute dell'immigrato

- 
- Disoccupazione o precarietà occupazionale, scarsa tutela sul lavoro
  - Inadeguatezza alloggiativa, sovraffollamento, carenze igieniche
  - Alimentazione insufficiente e/o sbilanciata
  - Diversità climatiche
  - Lontananza affetti, mancanza di supporto psico-affettivo
  - Sradicamento culturale, diversità di costumi e di valori
  - Difficoltà comunicative e di inserimento sociale
  - Fallimento o minaccia di fallimento del progetto migratorio
  - Discriminazione nell'accesso e/o utilizzo servizi socio-sanitari
-

### 2.3 Alcune aree critiche per la salute

Da una analisi della letteratura italiana sulle condizioni sociali e sanitarie dell'immigrato, si possono individuare alcune aree critiche che necessitano di particolare attenzione soprattutto in termini di programmazione e di pianificazione di politiche socio-sanitarie.

Come abbiamo schematicamente descritto nel primo capitolo possiamo suddividere queste aree in diversi ambiti grossolanamente definiti da alcune condizioni patologiche, da condizioni fisiologiche e sociali e da alcune "aggravanti" (Tab. 2.8).

Tabella 2.8 - Aree critiche per la salute dell'immigrato

---

-	<i>Condizioni patologiche</i>
	malattie infettive (tb, mst, ecc.)
	malattie dermatologiche
	disagio-malattie psichiatriche
	traumi e incidenti
-	<i>Condizioni fisiologiche</i>
	maternità
	infanzia
	vecchiaia
-	<i>Condizioni sociali</i>
	prostituzione e tratta
	abuso
	detenzione
-	<i>Aggravanti</i>
	disagio sociale
	immigrazione "forzata" o "non selezionata"
	irregolarità giuridica
	mancanza-difficoltà accesso ordinario strutture sanitarie

---

Cominciamo da alcune condizioni patologiche che meritano un certo interesse soprattutto per l'impatto sociale che esse hanno; in particolare parleremo della tubercolosi e delle malattie sessualmente trasmissibili con riferimento anche all'Aids.

Un improvvido calo dell'impegno organizzativo-strutturale nella sorveglianza della tubercolosi (tb), congiunto a un aumento quali-quantitativo dei soggetti a rischio, ha determinato, a partire da circa 15 anni, una preoccupante recrudescenza epidemiologica di questa patologia in molte parti del mondo, compresi paesi occidentali a elevato tenore socioeconomico (quali gli Usa e la stessa Italia), che adesso si ritrovano chiamati, con diverso successo, a un rinnovato quanto economicamente rilevante impegno. Ogni anno, stima l'Oms, si hanno nel mondo 54 milioni persone che si infettano con il micobatterio della tubercolosi e sono circa

6,8 milioni coloro che sviluppano la malattia che è responsabile del 9,6% di tutte le morti che si verificano sulla terra nella fascia di età compresa tra i 15 e i 59 anni: il 98% dei decessi ascrivibili a questa infezione interessa i paesi poveri, dove il 75% dei malati con Aids muore per tubercolosi.

Tra i soggetti a rischio, accanto a immunodebilitati di diversa natura (anziani, tossicodipendenti, sieropositivi per Hiv, senza fissa dimora, ecc.), sono stati evidenziati anche gli immigrati, che, secondo recenti stime, rappresentano in Italia circa un quinto di tutti i casi di tb polmonare e circa un terzo dei casi contagiosi; una cospicua parte di essi proviene tra l'altro da regioni intertropicali asiatiche e africane ove la malattia è particolarmente diffusa.

Chi ha memoria storica non potrà stupirsi di quanto detto: la tubercolosi si è sempre caratterizzata come una patologia delle basse classi sociali, dei gruppi connotati da un basso livello economico e quindi da un modesto o misero tenore di vita, da condizioni igienico-sanitarie più scadenti, da una maggiore marginalità sociale, insomma, di coloro che vanno più facilmente incontro, per cause esogene o endogene, a un abbassamento delle difese immunitarie. Come patologia della povertà e dell'emarginazione sociale potremmo provocatoriamente affermare che la tubercolosi è la malattia che meglio misura l'incapacità di un paese di accogliere degnamente gli stranieri.

Teoricamente, l'immigrazione da paesi ad alta prevalenza di infezione tubercolare verso aree a bassa prevalenza non dovrebbe costituire un rischio epidemiologico rilevante per le seguenti motivazioni come ha ben specificato Salmaso [1994]:

- il processo migratorio, così come è confermato in vari studi a carattere internazionale e dalle nostre osservazioni a carattere nazionale, viene affrontato da individui giovani e sani;
- nel paese ospite esiste generalmente un sistema sanitario sia di controllo, sia di cura, sufficientemente sviluppato, che annulla quasi totalmente i rischi per la popolazione residente;
- attualmente abbiamo a disposizione presidi farmacologici che, quando opportunamente utilizzati, garantiscono un'efficace profilassi e un idoneo controllo della malattia.

Le condizioni di degrado socio-ambientale in cui l'immigrato si viene a trovare nel paese 'ospitante', fanno purtroppo sì che il suo rischio globale di malattia e di contagiosità tubercolare sia addirittura superiore a quello dei suoi coetanei rimasti in patria. In particolare gli squilibri dietetici, le infezioni intercorrenti e lo stress globale aumentano il rischio di riattivazione endogena del micobatterio, mentre la promiscuità abitativa in ambienti malsani moltiplica il rischio di prima infezione e di reinfezione esogena.

Si noti che i climi freddi influiscono negativamente sia sulle probabilità di contagio (lunga permanenza in luoghi chiusi) che sulla resistenza individuale alla progressione della malattia (bilancio energetico sfavorevole).

Vari studi internazionali sottolineano il maggior rischio di malattia tubercolare tra gli immigrati e tutti enfatizzano soprattutto le condizioni di marginalità sociale come cause determinanti per lo sviluppo della malattia: nell'America del Nord gli aumenti di mortalità per tubercolosi sono stati associati alle ondate di immigrazione, soprattutto dei soggetti costretti a vivere in condizione di emarginazio-

ne. Le comunità di eschimesi e di indiani presenti in Canada hanno dimostrato una media annuale di incidenza della tubercolosi (168 casi per 100.000) molto più alta di quelle autoctone. In Olanda gli immigrati di sesso maschile compresi tra i 20 e i 39 anni costituiscono la fascia con il rischio maggiore di malattia. Il *British Medical Research Council* ha denunciato, fra gli immigrati asiatici provenienti dalla penisola Indiana e residenti in Inghilterra e nel Galles nel 1983, un'alta proporzione di varie forme di tubercolosi polmonari ed extrapolmonari. In Francia, rispetto alla popolazione locale, il rischio di infezione è 3 volte maggiore per gli stranieri europei, 6 volte maggiore per gli algerini, 39 volte maggiore per gli immigrati provenienti dal Mali e da 20 a 50 volte per gli altri africani e asiatici.

Il rischio di contrarre la malattia tubercolare nel paese di immigrazione aumenta in relazione alle difficoltà socioeconomiche e diviene particolarmente alto per coloro che provengono da zone geografiche ad alta endemia. Inoltre sono più frequenti, in queste popolazioni, i rischi di una antibiotico-resistenza dei ceppi batterici responsabili dell'infezione.

In Gran Bretagna solo nell'1,6% dei malati è possibile mettere in evidenza bacilli resistenti ad almeno un antibiotico, mentre fra gli immigrati si è dimostrata una antibiotico-resistenza nel 7,5% dei casi di primo accertamento e nel 12,8% dei casi di recidiva. Negli Stati Uniti è stato verificato che un terzo degli indocinesi malati di tubercolosi era stato infettato da microorganismi resistenti ad almeno un farmaco.

La tendenza all'aumento della tubercolosi in Italia, può essere spiegata anche nei termini sopra descritti.

Le nuove fonti sembrano concentrarsi proprio nei gruppi di popolazione a rischio in rapporto alle proprie opportunità di vita e di inserimento nel tessuto sociale, con la possibilità di diffusione dell'infezione in maniera quasi esclusiva nel proprio gruppo, creando un circolo vizioso che, in mancanza di idonei interventi di tutela sanitaria, può ancora una volta creare separazione ed emarginazione.

Nonostante un progetto nazionale tb coordinato dall'Istituto superiore di sanità (Iss), i dati sono ancora non particolarmente significativi (si passa dai 3.799 nuovi casi notificati nel 1994, a 3.750 nel 1995, a 3.800 nel 1996 e infine a 3.668 nel 1997) ma indicano un aumento percentuale dei casi riferiti a stranieri: rispettivamente 10,7%, 11%, 11,3%, 13,9%.

Interessante è la valutazione del fatto che, per quanto riguarda l'immigrazione, il tempo intercorso tra l'arrivo in Italia e l'esordio della malattia, in una casistica di 267 pazienti immigrati rilevata tra il 1990 e 1997 dall'Ambulatorio Caritas di Roma (Tab. 2.9), era di oltre sei mesi in quasi il 76% dei casi e di almeno un anno in più del 56%; ciò potrebbe indicare soprattutto la concorrenza, nel favorire lo sviluppo della patologia, di fattori ambientali locali e in particolare del degrado socio-abitativo in cui una buona parte degli immigrati si ritrovano a vivere.

Nello stesso periodo i nuovi utenti Centro Stranieri Caritas sono stati 66.662 provenienti da 159 nazioni (66% uomini, 34% donne) e i nuovi pazienti dell'Ambulatorio Caritas 28.132 provenienti da 147 nazioni (60% uomini, 40% donne - 90% non iscrivibili al Ssn) e dei 267 pazienti affetti da tb provenienti da 38 nazioni (0,4% sul totale nuovi utenti Centro Stranieri; 0,9% sul totale nuovi pazienti Ambulatorio) il 59% erano uomini, e complessivamente avevano un'età media di 29,8 anni.

Tabella 2.9 - Distribuzione per tempo intercorso dall'arrivo dell'immigrato in Italia e manifestazione della tubercolosi nei pazienti Ambulatorio Caritas di Roma

Anni	0-6 mesi	7-12 mesi	> 12 mesi
1990	2	2	10
1991	7	6	10
1992	10	6	9
1993	12	6	16
1994	11	7	27
1995	14	3	26
1996	2	13	26
1997	5	10	27
<i>Totale</i>	<i>63</i>	<i>53</i>	<i>151</i>
%	23,60	19,85	56,55
%	23,60	76,40	-

Fonte: area sanitaria Caritas Roma

La precarietà del loro inserimento sociale, spesso l'irregolarità e la clandestinità, un'estrema mobilità e la scarsità di risorse economiche fanno sì che i normali schemi di controllo e di chemioprophilassi non possano spesso essere adottati. Il problema della *compliance*, unitamente alla possibilità di accedere ai servizi sanitari di diagnosi e cura (disponibilità di farmaci) in modo gratuito, sono le reali emergenze nell'affrontare questa problematica, piuttosto che i ventilati controlli obbligatori, che potrebbero ulteriormente 'colpevolizzare' l'immigrato nei confronti dell'opinione pubblica, probabilmente ottenendo una "fuga" dall'ufficialità dello straniero e un aggravamento della "clandestinità sanitaria".

Le condizioni di disagio ambientale già precedentemente approfondite sembrano quindi esporre tali individui a un più elevato rischio di malattia, che a sua volta viene mantenuto alto dal costante sovraffollamento degli alloggi (stanze spesso anguste e con scarso ricambio d'aria) di cui gli immigrati riescono a usufruire: tale situazione sembra giustificare il fatto che la diffusione della patologia riguardi soprattutto gli stessi gruppi di immigrati o le proprie comunità, che tendono a ricostituirsi anche in terra straniera e, in maniera assai meno rilevante, la popolazione italiana.

Per quanto riguarda gli aspetti clinici, tutti gli autori hanno riscontrato nel paziente immigrato affetto da tb un'età giovanile (20-30 anni), con una netta prevalenza del sesso maschile (75-80%). L'esordio della malattia non si differenzia da quello rilevato nei pazienti italiani: segni dell'apparato respiratorio (tosse secca o produttiva persistente, dolori toracici, emoftoe e dispnea) e tossiemici (astenia, adinamia, anoressia, febbre persistente, sudorazioni notturne). L'associazione della tb con l'infezione da Hiv (che nell'Africa subsahariana sfiora il 50% dei casi, coinvolgendo 2,4 milioni di individui), in Italia sembra essere piuttosto infrequente (coinfezione in meno del 4% dei pazienti). Secondo Di Pisa [1993], le forme polmonari sono prevalenti e percentualmente superiori rispetto agli italiani; frequenti sono anche le localizzazioni multiple. Tra le forme extrapolmonari prevalgono nettamente le localizzazioni linfonodali, frequentemente adenopatie mediastini-

che. Per ciò che riguarda la terapia, va segnalata un'alta incidenza di resistenze alla isoniazide, forse dovuta all'uso, nei paesi di origine, di farmaci a scarsa attività antibatterica e a basso costo; tale fenomeno giustifica, per i primi due mesi, un trattamento con quattro farmaci (isoniazide, rifampicina, pirazinamide ed etambutolo) seguita da una fase di mantenimento di quattro mesi con l'associazione isoniazide-rifampicina.

Come precedentemente accennato, il problema della collaborazione fattiva e informata del paziente al trattamento (la cosiddetta *compliance*) risulta essere di primaria importanza. Possono essere individuati come causa di una insufficiente *compliance* una serie di fattori:

- la sottovalutazione della malattia da parte del paziente, che tende a interrompere la terapia dopo il miglioramento iniziale dei sintomi;
- le difficoltà relative al rapporto medico-paziente (in tale definizione sono riassunte le difficoltà di comunicazione linguistico-culturale, che ostacolano l'instaurarsi di un rapporto fiduciale tra mondi a volte così diversi; ciò si traduce spesso nella difficoltà di veder applicati i protocolli terapeutici prescritti, a volte anche per rivalsa verso figure istituzionali da parte di immigrati ai margini della società);
- problematiche legate alla sopravvivenza, come spostamenti da una città all'altra per motivi di lavoro, prematura ripresa dell'attività lavorativa (a volte di notevole impegno fisico), con susseguenti difficoltà a reperire i farmaci prescritti e ripetute interruzioni della terapia.

Altre condizioni patologiche che spesso vengono evocate come situazioni emergenti sono le malattie sessualmente trasmissibili (mst); esse rivestono attualmente nei cinque continenti un ruolo particolarmente significativo, essendo nella maggior parte dei paesi il gruppo di malattie infettive notificabili più rilevante, in particolare nella fascia di età sessualmente più attiva (15-50 anni) e in quella infantile (a motivo della trasmissione verticale causata da madri infette). Per il 1995 l'Oms ha stimato 12 milioni di nuovi casi di sifilide, 62 milioni di nuovi casi di gonorrea, 90 milioni di nuove infezioni da *Chlamydia trachomatis* e 170 milioni da *Trichomonas vaginalis*; poco meno del 70% di questi casi di mst sarebbe stato diagnosticato nel Sud-Est asiatico e in Africa, con rispettivamente oltre 150 e 75 milioni di casi. Per quanto riguarda la Sindrome da immunodeficienza acquisita (Aids), che, descritta quasi venti anni fa, ha ormai assunto caratteristiche di pandemia, delle 14 milioni di vittime fino a oggi prodotte, più di 11 milioni sono africani, di cui quasi 3 milioni sono bambini. Nel 1998 in Africa sono morti due milioni di donne, uomini e bambini. Il 95% dei nuovi casi di Aids è nei Pvs. Ogni giorno ci sono 16.000 nuove infezioni. Oggi circa un terzo dei malati di Aids muore di tubercolosi. Di tubercolosi muoiono circa due milioni di persone ogni anno. Solo il 16% dei pazienti affetti di tb viene sottoposto alle cure necessarie.

A corollario di tali stime, va ricordato che l'affidabilità dei dati di patologia è determinata dall'esistenza di efficienti flussi informativi (possibili in organizzazioni sanitarie avanzate), nonché dall'accuratezza e completezza dei casi riportati.

I dati più completi sull'incidenza delle mst attualmente disponibili provengono solo da pochi paesi industrializzati; per molti paesi cosiddetti in via di sviluppo invece, in cui le mst sono endemiche, sono talora disponibili (essendo quelli di incidenza inaffidabili) solo dati di prevalenza ottenuti da studi *ad hoc* su gruppi di popolazione, che



offrono utili indicazioni, pur non essendo rappresentativi della popolazione totale e richiedendo quindi caute interpretazioni.

Sotto l'aspetto clinico-epidemiologico, va schematicamente operata una distinzione tra paesi meno sviluppati e paesi industrializzati. Per questi ultimi, la seconda metà del secolo ha visto, all'interno degli oltre 20 patogeni riconosciuti causa di mst, un progressivo declino degli agenti batterici tradizionali (in particolare *Treponema pallidum* e *Neisseria gonorrhoeae*) e l'affermarsi di una seconda generazione di patogeni sia batterici che virali (*Chlamydia trachomatis*, *Herpes virus* e Papillomavirus umani, Hiv); questi sono purtroppo frequentemente più difficili da diagnosticare, trattare e controllare e spesso causa di gravi complicazioni. Anche nei paesi meno sviluppati (ove le mst rappresentano per i giovani adulti uno dei principali problemi di sanità pubblica), pur permanendo ingente la presenza delle malattie veneree classiche, si sono ultimamente iniziati a identificare, registrando spesso alte prevalenze, anche i patogeni sessualmente trasmessi di seconda generazione, come, ad esempio, la *Chlamydia*.

Fenomeno di sempre maggiore attualità e problematicità nel controllo di tali patologie è quello dell'acquisita resistenza agli antibiotici, a larga diffusione in tutti i paesi. In particolare vi è stata, nel passato decennio, una estesa diffusione di ceppi di *Neisseria gonorrhoeae* a elevato grado di resistenza alla penicillina e ad alcuni altri antibiotici. A tal proposito un fattore ritenuto coadiuvante, oltre all'abuso di prescrizione operato dai sanitari, è rappresentato da un insufficiente controllo sulla vendita di antibiotici e dalla facilità con la quale, in alcuni paesi in via di sviluppo, operatori nel campo sessuale, prostitute e loro clienti dispongono di antibiotici senza prescrizione medica e attuano un autotrattamento a scopo curativo e profilattico.

L'importanza delle mst non si riduce però al fatto di essere causa complessiva di una rilevante morbilità.

Alla sofferenza dei malati vanno infatti aggiunti il costo economico sanitario e quello legato alla perdita di produttività, anche per le possibili compromissioni della funzione riproduttiva e le gravi sequele; assolutamente non trascurabile è infine il ruolo giocato dalle mst nell'aumentare, a causa delle lesioni di continuo provocate sulla mucosa genitale, la probabilità di trasmissione del virus dell'immunodeficienza umana (Hiv); questo, a sua volta, può favorire la manifestazione di infezioni a livello genitale, con il risultato di un'amplificazione reciproca.

Oltre ai fattori succitati, la diffusione delle mst è stata in queste ultime decadi condizionata dalla maggiore mobilità delle popolazioni; ciò motiva una specifica attenzione sulle possibili implicazioni venereologiche del fenomeno migratorio.

I principali paesi fonte di emigrazione verso l'Europa appartengono, come abbiamo visto, all'Africa, all'America Latina e all'Asia sud-orientale (oltreché all'Europa dell'Est). Tutti questi paesi hanno in comune alcune caratteristiche: gli alti indici di natalità attestano ad esempio che una parte considerevole della loro popolazione è in età giovane e sessualmente attiva. Li accomuna inoltre il sempre crescente fenomeno dell'inurbamento, di cui sono prevalentemente protagonisti gli uomini, in cerca di migliori condizioni economiche e materiali. L'elevata disoccupazione propria di tali realtà urbane è però alla base di situazioni di emarginazione in cui possono avere spazio fenomeni di promiscuità e prostituzione; tale retroterra, specie in assenza di interventi sociali, può motivare almeno in parte la larga diffusione delle mst.

Per quanto riguarda alcune aree del sud-est asiatico come la Thailandia, occorre dire che il fenomeno della prostituzione è ormai divenuto motivo di attrazione e nello stesso tempo è incentivato da forme di 'turismo del sesso' di cui sono protagonisti principali i cittadini occidentali; basti pensare che il 42% degli uomini con ceppi di gonorrea penicillino-resistenti (ppng) nel Regno Unito hanno citato una fonte di contagio situata nel sud-est asiatico.

La sorveglianza e il controllo delle mst, di per sé complessi, incontrano in tutti i continenti ulteriori e peculiari difficoltà quando rivolte a particolari sottopopolazioni, quali quelle delle fasce sociali più povere, dei nomadi e degli immigrati (ragionevolmente ipotizzabili a maggior rischio).

La difficoltà di accedere ai servizi sanitari pubblici specializzati (centri mst, ambulatori dermato-venereologici e ginecologici), unita alla difficoltà economica di garantirsi le cure privatamente, rende tali soggetti pressoché 'invisibili' alle strutture istituzionalmente preposte alla cura e alla sorveglianza. Ancor più difficilmente realizzabili, per la difficoltà di raggiungere efficacemente queste persone, risultano gli interventi di prevenzione.

Da tutto ciò ne deriva, secondo vari documenti dell'Oms, l'importanza di adottare, in tutti i continenti, adeguati programmi di controllo, che riservino un posto particolare a strategie di prevenzione primaria basate su modificazioni dei comportamenti sessuali a rischio, combinati con l'istituzione di servizi clinici adeguati; ciò comporta un'attribuzione di priorità all'integrazione delle misure di controllo delle mst con l'assistenza sanitaria di base. Le strategie per prevenire la trasmissione dei microrganismi diffusi attraverso rapporti intimi dovranno soprattutto rimanere flessibili e sapersi adattare alle diverse realtà sociali, etniche, cliniche, finanziarie e politiche.

Preme qui sottolineare l'enorme importanza svolta dalle culture di origine nel determinare i comportamenti, in particolare quelli sessuali, e i condizionamenti dettati in questo ambito dalle religioni di appartenenza. Un approccio alla problematica sanitaria (in particolar modo se con finalità preventive), che ignori questi aspetti antropologici e sociologici, è a nostro avviso destinato a fallire. Basti pensare alle differenti concezioni del proprio corpo tipiche delle diverse culture; alle diverse soglie del pudore (si prendano come estremi il comportamento estremamente pudico delle donne musulmane e l'emancipazione sessuale femminile caratteristica dei paesi scandinavi).

Di particolare interesse risulta essere la conoscenza del credo religioso e lo studio della sua influenza sui comportamenti sessuali. Sulla base dell'ipotesi che le comunità straniere in Italia abbiano, sotto il profilo dell'appartenenza religiosa, la medesima composizione statistica dei paesi di provenienza, si stima che circa il 50% degli stranieri presenti in Italia siano cristiani, di cui più del 27% costituito da cattolici (con maggiore concentrazione nella città di Roma ove ha sede il Vaticano); si valuta che più del 36% siano di fede musulmana; il restante 14% sarebbe costituito da ebrei, induisti, animisti, buddisti e scintoisti, ecc.

In uno studio di D'Antuono, Catanzaro, Alberti e Negosanti [1994] si è ad esempio interpretata la mancanza di riscontro di mst tra pakistani come effetto di un'osservazione scrupolosa dei precetti religiosi, che risulterebbero avere perciò funzioni 'protettive'; nei nordafricani invece sono stati notati comportamenti incostanti e

trasgressivi vissuti con “sensi di colpa” (alto ricorso alla prostituzione e al non utilizzo del condom) che attesterebbero il fattore religioso come non-protettivo; stessa mancanza di protezione del fattore religioso è stata osservata dagli stessi autori nei pazienti senegalesi, non accompagnata però da sensi di colpa (forse per una maggiore integrazione sociale). Importante sembra anche l'analisi delle modalità e delle circostanze di socializzazione degli immigrati con la popolazione residente e/o fra loro. Sembra di poter dire che le maggiori occasioni di incontro avvengano tra gli immigrati stessi (soprattutto all'interno della stessa etnia) che, soprattutto nelle grandi città, usano ad esempio frequentare gli stessi locali e ritrovi pubblici.

Cruciale risulta essere inoltre il ruolo dei mezzi di comunicazione di massa; la potenziale diffusione di malattie infettive, soprattutto della sfera sessuale, è infatti frequente oggetto di articoli con diverso indirizzo e approfondimento.

Come in molti altri paesi, anche nel nostro è oggi da ritenere che le mst siano ampiamente sottostimate; ciò, oltre a una mancanza di “cultura epidemiologica” e di senso di responsabilità da parte del mondo medico, è probabilmente da attribuirsi non solo alla presenza di numerosi pazienti asintomatici o che trascurano di rivolgersi agli operatori sanitari, ma anche all'attuale organizzazione dei servizi e alla mancanza di flussi informativi realmente efficienti.

Dopo un'indagine retrospettiva condotta in 85 centri dermatovenereologici nazionali, relativa agli anni 1986-1989, che ha documentato la gravità della sottostima e l'incompletezza dei dati ufficiali riguardanti le mst, l'Iss ha attivato, a partire dal settembre 1990, un “Sistema di sorveglianza nazionale delle mst”, un sistema 'sentinella' che si basa su una rete di 47 strutture cliniche pubbliche specializzate; i dati relativi ai casi segnalati da tali strutture vengono pubblicati in rapporti sintetici semestrali. Le definizioni di caso, basate su criteri clinici e laboratoristici sono state preventivamente concordate da tutti i centri partecipanti e riguardano 23 patologie sessualmente trasmissibili.

Dal 1992 sono stati inseriti in questa rete nazionale anche cinque centri della Società italiana di medicina delle migrazioni legati al mondo del volontariato gemellati a cinque centri pubblici nelle città di Genova, Milano, Bologna, Roma e Palermo. Il flusso informativo si realizza attraverso la compilazione e l'invio, da parte di ogni centro della Simm (che si avvale dei dati raccolti dal centro mst di riferimento), di una scheda di raccolta mensile al centro di coordinamento nazionale presso l'Iss.

Questa iniziativa di ricerca, pur configurandosi come una rete di sorveglianza di casi registrati e non, ovviamente, come un vero e proprio sistema capillare di raccolta di notifiche su scala nazionale, ha permesso di migliorare l'osservazione e la comprensione del fenomeno mst in Italia e si sta quindi rivelando un'esperienza preziosa. I pazienti affetti da mst, inoltre, possono essere utilizzati come popolazione sentinella per la diffusione dell'Hiv.

Dal rapporto di tale Sistema di sorveglianza, relativo al periodo gennaio 1991 - giugno 1995, emerge che più del 10% dei pazienti mst è risultato essere straniero, di cui oltre il 50% proveniente dall'Africa.

Più precisamente i casi di mst segnalati in pazienti di nazionalità straniera sono stati 4.262; il 71,2% dei soggetti affetti è risultato di sesso maschile. L'età mediana rilevata è stata di 29 anni (con range 14-80 anni). I continenti di origine sono risultati essere: l'Europa nel 25,9% dei casi; l'Africa nel 52,2% (dove il solo Nord Africa costituisce il

35%); il continente americano nel 14,6% (di cui il 75% dal Sud America); l'Asia per il 6,8% e l'Oceania per lo 0,5%. Il 54,2% dei pazienti ha un grado di istruzione superiore, il 7,2% universitario, il 13,5% non ha un'istruzione scolastica.

Circa il 20% ha riferito una pregressa mst; il 91,5% dei pazienti ha asserito di adottare esclusivamente un comportamento eterosessuale; circa il 50% ha riferito più di un partner nell'ultimo semestre e il 15% più di 3. Riguardo l'utilizzo del condom, il 72,2% ha dichiarato di averne fatto uso mai o solo raramente negli ultimi sei mesi. Poco più del 2% ha dichiarato l'utilizzo di sostanze psicotrope assunte per via endovenosa.

Circa l'80% dei pazienti stranieri ha acquisito la mst in Italia, e solo il 20% nel proprio paese di origine. Le mst maggiormente diagnosticate sono state l'uretrite aspecifica (non gonococcica-non chlamydiale) nel 17% dei casi, la sifilide latente sieropositiva nel 16,9% (che spesso indica una reazione antigenica crociata e non una condizione patologica o di rischio di malattia) e la condilomatosi genitale nel 16,2%.

Circa la distribuzione delle patologie per sesso, tra gli uomini si è notata una preponderanza delle uretriti aspecifiche, mentre fra le donne è stata maggiormente diagnosticata la sifilide latente sieropositiva. I pazienti stranieri presentano una proporzione tripla di gonorrea e doppia di sifilide rispetto ai pazienti italiani, in cui invece si è riscontrata una frequenza relativa doppia di condilomatosi ano-genitali e quasi doppia di cervicovaginiti aspecifiche.

Il test per l'Hiv, offerto a tutti i pazienti, è stato accettato (dietro consenso informato) da circa il 75% di essi: la prevalenza di Hiv-positività è risultata del 5% (circa la metà di quella rilevata tra gli italiani affetti da mst).

La prevalenza di infezione da Hiv tra gli stranieri che hanno acquisito una mst trasmessa all'estero è più che doppia rispetto a quella degli stranieri che l'hanno acquisita in Italia (rispettivamente 8,4% e 3,4%). È importante però sottolineare la notevole asimmetria di distribuzione per aree di provenienza riscontrata in questo studio, che ha visto solo l'1,0% di sieropositività in asiatici, l'1,6% in nordafricani e il 4,3% in europei dell'est, ma ben il 37% tra pazienti americani (14,6% dall'America del Nord, 8,1% dall'America centrale e 14,9% dall'America del Sud), e il 12,9% in soggetti provenienti dall'Africa subsahariana.

Tale sistema di sorveglianza attualmente non è più in funzione come flusso di dati, ritenendo le informazioni avute adeguate a stimolare politiche di protezione e tutela della popolazione.

Dal 1982, anno della prima diagnosi di Aids in Italia, al 31 dicembre 1999, sono stati notificati al Centro operativo Aids (Coa) dell'Istituto superiore di sanità 45.605 casi cumulativi di Aids (la Tabella 2.10 ne riporta la distribuzione percentuale per nazionalità geografica), di cui 2.124 (4,7%) erano stranieri.

Nel nostro paese, secondo i dati pubblicati dal Coa, la proporzione di casi notificati in cittadini stranieri è cresciuta dal 3,0% nel 1982-93 al 11,6% nel 1999. Questo aumento della proporzione di pazienti stranieri con Aids, all'interno del generale trend discendente del numero di nuovi casi, in parte può essere spiegato dalla crescita del numero di stranieri presenti nel nostro paese (dal 1990 al 1999 c'è stato un aumento di oltre il 100%) ma è certamente da attribuire nella maggiore difficoltà a mettere in atto azioni preventive adeguate rispetto ai comportamenti a rischio e attualmente anche nella difficoltà di accedere alle recenti terapie antiretrovirali che possono rallentare il viraggio da infezione a malattia conclamata.

Tabella 2.10 - Distribuzione percentuale dei casi di Aids per nazionalità anagrafica

Area geografica	1982-93	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Totale
Italia	97,0	95,6	95,2	94,5	92,7	89,7	88,4	95,3
Africa	0,9	1,7	1,9	2,2	3,4	5,2	5,4	1,8
Asia	0,1	0,0	0,2	0,2	0,3	0,3	0,6	0,1
Europa Occidentale	0,5	0,6	0,7	1,1	0,8	0,8	0,7	0,7
Europa Est	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,7	0,7	0,2
Nord America	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,4	0,2
Sud America	0,9	1,6	1,4	1,6	2,3	2,9	3,3	1,4
Non specificata	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3	0,2	0,5	0,3

Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Accettando l'assunto dell'effetto migrante sano prima argomentato, sembra assai improbabile che soggetti già affetti da malattia da Hiv vengano in Italia per le comuni ragioni di immigrazione (lavoro, famiglia, studio, turismo e altri); non si può invece escludere, per quanto al momento di rara evenienza, che qualche soggetto possa cercare nel nostro paese un'assistenza sanitaria più qualificata di quella del suo paese di origine.

Per quanto invece riguarda soggetti stranieri infetti ma non malati (schematicamente definibili asintomatici), i risultati emersi dal "Sistema di sorveglianza nazionale delle mst" sopra riferiti, per quanto non esattamente estrapolabili alla popolazione straniera generale, sembrano escludere ogni tono allarmistico.

Ciò ovviamente non deve giustificare alcuna sottovalutazione dei rischi che una popolazione complessivamente sfavorita e marginale quale quella immigrata, può correre rispetto all'infezione da Hiv e ad altre patologie a trasmissione sessuale, ma anzi suggerire la promozione di interventi educativi *ad hoc*, una capillare organizzazione di assistenza a fini preventivi e di *counseling* particolarmente mirato a questa utenza.

Tabella 2.11 - Nazionalità e fattori di rischio dei casi di Aids segnalati al Coa

Nazione	Fattori o comportamenti a rischio (in%)								% determ.
	omosessualità	tossicodipendenza	emofiliaci	trasfusi	Etero sessualità	Trasmissione verticale	Altro	Non	
Italiani	14,1	66,4	0,8	1,1	13,6	1,5	0,1	2,4	100
Unione Europea	36,8	42,4	1,2	1,2	14,0	1,2	0,0	3,2	100
Non Unione Europea	30,5	17,1	0,0	1,2	48,1	0,9	0,1	2,1	100
Usa	83,0	11,9	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	1,7	100
Non conosc.	30,1	25,8	0,0	0,0	34,4	0,0	0,0	9,7	100

Fonte: Istituto Superiore di Sanità

I dati sulle condizioni patologiche descritte nella Tabella 2.11 devono certamente far pensare a politiche attive di inclusione degli stranieri nel 'sistema sanità' come forma più efficace ed efficiente di prevenzione della salute e questo emerge anche analizzando ambiti fisiologici che oggi appaiono particolarmente critici per questa popolazione e cioè quelli legati alla maternità e all'infanzia.

Le ricerche in questo campo sottolineano con chiarezza come la maternità e il parto nel paese di origine (soprattutto per coloro che provengono dal sud del mondo) sono un evento che coinvolge tutta la famiglia allargata e le donne della comunità. Nel paese straniero la maternità e il parto, invece, sono vissuti in solitudine, diventano una malattia; si stravolgono i ritmi (nascite pre-termine con bambini di basso peso). Il parto in ospedale e l'alto numero di cesarei conferma interiormente lo stato di malattia. Il senso di inadeguatezza, insito nell'essere straniera e potenziato dal 'vissuto malato' del partorire e nascere in solitudine (senza la famiglia allargata) e in ospedale, le difficoltà di comprensione linguistiche e culturali da parte degli operatori dei reparti ostetrici, porta inoltre all'interruzione precocissima o al non stabilirsi dell'allattamento materno. Si entra spesso nella dinamica del figlio negato (contraccezione o interruzione volontaria della gravidanza) o cercato, quasi a sottolineare sincretismi o dolorose dissonanze culturali [Diasio 1995]. Il disagio interculturale, le dure condizioni di lavoro e di vita che sopportano nel paese ospitante, il sempre difficile accesso e fruibilità dei servizi socio-sanitari, sono le ragioni che stanno alla base dei problemi di salute prevalentemente espressi o rilevati da alcune indagini presso le donne straniere che vivono in Italia. Ci troviamo di fronte a gravidanze ravvicinate, nascite pre-termine, basso peso alla nascita, ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, ricorso a pratiche di contraccezione non conosciute e non capite.

Tutto ciò, insieme alla patologia della povertà e alla patologia da sradicamento (cambiamento dei ritmi, del clima, dell'alimentazione, sentimento di tradimento del gruppo di appartenenza e conseguente facilità all'insorgenza di malattie psicosomatiche), sono gli ambiti che si trovano ad affrontare da una parte le donne di altri paesi presenti in Italia e dall'altra gli operatori del settore sanitario sia pubblico, che privato, che del volontariato. Già diversi studi internazionali sul rischio materno infantile nella popolazione immigrata hanno mostrato un incremento di parti prematuri, di neonati con basso peso alla nascita e di nati morti correlati alla scarsità dei controlli prenatali. Una ricerca retrospettiva negli ospedali romani (1982-1992 e recentemente aggiornata) condotta dall'Osservatorio epidemiologico laziale conferma tali evidenze (Tabb. 2.12 e 2.13).

Sono state fatte delle comparazioni sulle caratteristiche legate alla salute riproduttiva in gruppi etnici diversi e così emerge una maggiore frequenza di gravidanze a età giovani per le straniere rispetto alle residenti; la quota di donne con età inferiore ai 20 anni è del 28,5% per le nomadi, del 5,8% nelle europee e del 0,8% nelle romane. Tra le immigrate si osserva una prevalenza più alta di donne con parità elevata (superiore a 3) rispetto alle residenti (14,6% contro 2,6%). In tutti i gruppi etnici è presente una maggiore incidenza di basso peso alla nascita (sotto i 2.500 gr.). La differenza è statisticamente significativa nei neonati da madre nomade (19,5%), dell'Estremo Oriente (11,8%) e dell'Africa centrale (10,7%) rispetto ai residenti (5,2%). La mortalità nel primo anno di vita è più elevata nei figli di immigrate rispetto ai neonati romani: il tasso per

1.000 nati vivi è pari a 21,9 per i figli delle immigrate dell'Africa centrale, 20,8 per i neonati di madre nomade, 19,7 per il Nord Africa e Medio Oriente (tasso nei residenti 8,3 per mille) [Miceli e Di Lallo 1996].

Tabella 2.12 - Tassi di nati mortalità, mortalità neonatale, mortalità post-neonatale (per 1.000) nei nati a Roma non residenti, per area di nascita della madre e periodo, 1982-1995

Area nascita madre	Nati mortalità			Mortalità neonatale			Mortalità post-neo.		
	82-86	87-91	92-95	82-86	87-91	92-95	82-86	87-91	92-95
Europa Est	—	—	7,9	29,9	14,5	2,0	30,8	—	2,0
Nord Africa M.O.	13,7	12,7	14,3	10,4	21,5	7,2	3,5	4,4	—
Africa centrale	9,1	6,8	8,6	12,3	20,4	13,0	3,1	2,3	8,8
Estremo Oriente	4,0	3,4	4,8	8,1	8,4	9,6	—	6,8	—
America Latina	10,9	—	13,9	33,0	6,5	14,0	—	6,5	2,8
Paesi occidentali	11,2	12,4	—	28,2	12,6	—	—	4,3	5,5
Nomadi	16,6	—	6,5	16,9	12,0	15,3	12,9	2,4	4,4
Lazio	5,6	4,6	3,5	8,8	5,6	4,4	1,4	1,0	1,3

Fonte: Osservatorio Epidemiologico Regione Lazio

Tabella 2.13 - Nati a Roma non residenti per classi di basso peso, area di nascita della madre e periodo, 1982-1996 (%)

Area nascita madre	82-86	< 1500 gr.		82-86	1500-2499 gr.	
		87-91	92-96		87-91	92-96
Europa Est	4,3	1,7	1,3	8,7	5,3	7,2
Nord Africa M.O.	1,0	2,5	1,2	7,5	4,2	8,2
Africa centrale	3,3	2,0	2,0	9,7	6,7	7,5
Estremo Oriente	1,6	1,7	1,2	8,0	12,1	7,0
America Latina	3,2	2,6	2,1	4,3	3,2	5,4
Paesi occidentali	2,8	1,2	0,5	7,2	8,3	3,9
Nomadi	1,2	1,2	2,0	19,3	17,9	13,6
Lazio	0,9	0,9	0,9	4,3	4,3	4,3

Fonte: Osservatorio Epidemiologico Regione Lazio

A questi si potrebbero aggiungere molte altre segnalazioni provenienti dai reparti di ostetricia degli ospedali più utilizzati dalle donne immigrate e zingare, che evidenziano la frequenza sia dei parti pre-termine che del basso peso alla nascita soprattutto dei bambini zingari (Tab. 2.14); è interessante comunque segnalare che nessuno studio da noi revisionato invoca come causa di ciò fattori genetico-razziali, bensì le condizioni di vita, il cattivo stato di nutrizione delle madri e, in particolare per le zingare, il tabagismo.

Tabella 2.14 - Peso neonatale in figli di stranieri extracomunitari e nomadi (%)  
studio nazionale su 28 punti nascita di 24 città italiane (2.424 nati, 6,1% nomadi), 1996-97

Peso neonatale	< 1500	1501-2500	2501-4000	> 4001
Controlli	1,2	5,7	88,0	5,1
Bimbi extracomunitari	1,9	7,8	84,2	6,1
Europa Est	3,1	7,5	83,0	6,4
Medio Oriente	1,4	4,2	84,5	9,9
Sub Cont. Indiano	2,9	12,4	82,4	2,3
Estremo Oriente	1,2	8,0	87,2	3,6
Africa Nord	1,3	6,8	82,9	9,0
Africa Subsahar.	1,2	8,3	85,9	4,6
America Latina	2,8	5,0	86,2	6,0
America Latina	1,3	11,6	86,4	0,7

Fonte: Giacomo Bona et al., dati preliminari, 1998

L'osservazione sui parametri perinatali riportati da una ampia ricerca emiliana [Zinelli, Algeri, Busani, Dall'Ara e Zanoni 1996] confermano quanto esposto dai dati romani e completano il quadro: i parti pretermine (prima della 37<sup>a</sup> settimana) sono per le immigrate il 10,3% contro il 4,6% delle italiane, così come la percentuale di neonati con basso peso alla nascita (sotto i 2.500 gr.) sono l'11,5% contro il 7,4% della popolazione locale.

Il ricorso all'Ivg da parte di donne immigrate è estremamente frequente e spesso in netta contraddizione con culture d'appartenenza più orientate verso maternità ricercate e ripetute. Senza entrare nel merito a dinamiche antropologico-culturali cerchiamo di evidenziare la diffusione del fenomeno. Un ampio studio condotto nei consultori milanesi rileva come la prima domanda che spinge le donne all'accesso al servizio sia quella per l'Ivg [Tognetti Bordogna 1995]. In una ricerca comparativa tra ricoveri di italiane e straniere, il ricorso all'aborto rappresentava il 25% tra le straniere e il 10,5% tra le autoctone. Ulteriori indicazioni vengono fornite dalla citata ricerca emiliana su uno studio di 15 anni: il 31% delle pazienti straniere è ricoverata per Ivg contro il 26,13% delle donne locali. Tuttavia un dato di notevole interesse è costituito dall'andamento nei vari anni: nelle immigrate la causa del ricovero per Ivg è costante: 30,8% nel 1980 e 30,3% nel 1995, mentre nelle italiane si è passati dal 35% al 17,9%. Il rapporto parti/Ivg per quanto riguarda il totale delle ricoverate negli anni dal 1980 al 1995 è di 1,9 (cioè 1,9 figli contro una Ivg), con un trend significativamente positivo nel tempo: 1,3 nel 1989 e 3 nel 1995. Purtroppo questo andamento positivo riguarda solamente la popolazione locale (1,3 nel 1980 e 3,4 nel 1995). Stesse considerazioni possono essere fatte esaminando i dati a livello nazionale: le cittadine straniere che hanno fatto ricorso all'Ivg sono passate da 8.802 nel 1995 a 13.832 nel 1998 e questo aumento in qualche maniera nasconde la riduzione del fenomeno tra le donne italiane. Infatti, come si vede dalla Tabella 2.15, considerando solamente le Ivg effettuate da cittadine italiane si osserva una diminuzione da 130.747 nel 1995 a 123.728 nel 1998.

Complessivamente la proporzione di straniere sul totale delle donne che ha effettuato Ivg in Italia è cresciuta da poco meno del 2% nel 1980 al 10% attuale.



Tabella 2.15 - Interruzioni volontarie della gravidanza per cittadinanza in Italia, 1995-1998

Anno	Cittadinanza	
	italiana	straniera
1995	130.747	8.802
1996	130.546	9.852
1997	128.739	11.786
1998	123.728	13.832

Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Spostando l'attenzione dalla donna al bambino emerge anche un altro punto critico e cioè quello dell'allattamento al seno: se prima e al momento della nascita questa possibilità è accettata da tutte le donne, di fatto sono pochi i bambini che successivamente sono allattati per periodi accettabili.

Spesso l'allontanamento dal seno materno è accompagnato da un altro grave allontanamento, quello dalla madre e dal nucleo familiare: la donna è costretta a riprendere subito a lavorare, il neonato dopo pochi mesi frequentemente è affidato a parenti nel proprio paese di origine o quando possibile a fratellini più grandi che sono costretti a fare da precoci baby sitter. In una nostra indagine a campione su 100 donne afferite all'ambulatorio Caritas, aventi complessivamente 215 figli (132 tra 1 e 12 anni), il 58% di essi è rimasto o è tornato nel paese d'origine, il 37% dei bambini vive lontano dalla madre da almeno due anni, e il 57% di bimbi in età tra i due e i cinque anni vive lontano dalla madre; solo 26 su 100 sono nuclei familiari intatti. I bambini torneranno in Italia o si ricongiungeranno con i loro genitori dopo tre o quattro anni ma ciò segnerà comunque profondamente quel processo di 'individuazione-separazione' che è già di per se problematico, e può portare in certi soggetti conseguenze sul piano maturativo.

Sempre in una fascia di età giovanissima appare urgente attivarsi soprattutto per garantire un calendario vaccinale adeguato: dove sono state fatte delle verifiche risulta una assente o precaria conoscenza di tale possibilità-obbligatorietà e una forte evasione dello stesso obbligo fin oltre il 50% della popolazione esaminata (una indagine veneta condotta da Donzelli e colleghi, vi era una incompleta o assente copertura nel 46,7% dei bambini ospedalizzati e del 67% di quelli afferiti al Pronto soccorso in età superiore ai sei mesi).

Sul piano assistenziale appare strategico garantire un intervento di pediatria di base, oggi fortemente disatteso (un monitoraggio nazionale, condotto dalla Società Italiana di Pediatria, evidenzia come solo il 30% dei bambini esaminati aveva tale possibilità ma spesso non la utilizzava, il 27% nel Veneto). Conseguenza di ciò è l'utilizzazione del Pronto soccorso spesso come unico riferimento per la cura del bambino (in almeno due terzi dei bambini immigrati che vi si rivolgono): non a caso c'è un maggior tasso di ricovero tramite il Pronto soccorso per i bambini seguiti dal pediatra di base (che seleziona i casi) rispetto a quelli senza assistenza.

Un'altra area critica che interessa la componente femminile dell'immigrazione e spesso le bambine, è la pratica di mutilazioni genitali femminili (Mgf). Dopo

anni di informazioni circolanti soltanto tra gli addetti ai lavori, recentemente tale problematica è emersa nella sua complessità. Molte donne straniere nel nostro paese portano infatti sul proprio corpo i segni di una violenza ulteriore a quella di essere lontane dalle proprie “radici”: esse sono segnate nel fisico e nella psiche da antiche pratiche escissorie, vere e proprie mutilazioni sessuali. Vengono attualmente stimate in circa 130 milioni nel mondo le donne che hanno subito uno dei tre interventi escissori praticati: la circoncisione propriamente detta, nota nei paesi musulmani come *sunna* (incisione o ablazione del prepuzio del clitoride), la meno radicale delle operazioni e anche la meno praticata non solo in Africa ma anche in Indonesia e Malesia; la escissione o clitoridectomia, che consiste nell’asportazione del clitoride e nel taglio parziale o totale delle piccole labbra, diffusa in oltre 20 paesi africani in tutta la fascia subsahariana da ovest a est, con l’estensione fin l’Africa australe (Mozambico incluso); infine la mutilazione più radicale e dannosa, l’infibulazione, che consiste nella clitoridectomia, nel taglio delle piccole labbra e nella cruentazione delle grandi labbra, che vengono accostate e chiuse in vari modi (tipicamente con delle spine di acacia, ma anche con lembi di intestino di pecora o altri materiali), onde lasciare un piccolo orifizio per far defluire urina e mestruo, e che è praticata alla quasi totalità delle donne in Somalia, Sudan, Mali, Gibuti, Eritrea, Egitto meridionale, e altri.

Tali pratiche, già preesistenti alla diffusione dell’Islam e adottate in paesi con tradizioni religiose diverse (a sottolineare la complessità delle origini e delle motivazioni addotte), agite in età generalmente giovanile, sono operazioni che condizionano per sempre la vita sessuale della donna e delle sue figlie. È un vissuto che lascia profonde tracce nelle donne immigrate che lo hanno subito ed è molto difficile intraprendere un percorso educativo volto all’acquisizione di una identità femminile sessuata. Rimandiamo a testi specifici<sup>9</sup> l’approfondimento antropologico, culturale e sanitario delle problematiche connesse alle mutilazioni sessuali femminili ma riteniamo opportuno ricordare come alcuni studiosi stimano la presenza in Italia di alcune migliaia di donne portatrici di Mgf; ricercatori e associazioni denunciano inoltre la presenza di “mammane” giunte appositamente nel nostro paese dai luoghi d’origine per eseguire tali pratiche e pronte a spostarsi da una città all’altra su richiesta di uno o entrambi i genitori. C’è chi ipotizza che l’intervento venga anche eseguito in strutture sanitarie da medici più o meno esperti e che alcuni viaggi all’estero (in Francia o nei paesi di origine) di genitori con le loro giovani figlie siano pianificati per mutilare le bambine.

In Italia tale pratica non è assolutamente consentita, in base all’art. 5 del Codice

---

<sup>9</sup> Molto interessanti sono le ricerche e gli approfondimenti della professoressa Pia Grassivaro Gallo, dell’Università di Padova di cui ricordiamo i volumi “Le mutilazioni sessuali femminili”, e *Female Genital Mutilation: a public health issue also in Italy*, Unipress, Padova 1992 e 1995, e della dottoressa Marica Livio del Naga di Milano autrice di numerosi articoli sul tema. Materiali possono essere richiesti all’Aidos, una Ong di Roma (06-6873214) che da tempo si occupa di tale problematica. Segnaliamo anche due libri di Sirad Salad Hassan, dottoressa somala in Italia da alcuni anni: “La donna mutilata”, Loggia de’ Lanzi, 1996 e “Sette gocce di sangue”, La Luna, 1996. Recentemente è stato pubblicato a cura di Marco Mazzetti il volume “Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili” che contiene dati, documenti e riflessioni aggiornate su queste pratiche (Ismu, Milano per Franco Angeli).

civile; l'intervento medico è regolato dall'art. 50 del Codice di deontologia medica, revisionato nel 1998, che recita: "Il medico non deve in alcun modo o caso collaborare, partecipare o semplicemente presenziare ad atti esecutivi di pena di morte o ad atti di tortura o a trattamenti crudeli, disumani o degradanti. È vietato al medico di praticare qualsiasi forma di mutilazione sessuale femminile". Da ricordare anche un pronunciamento ufficiale del Ministro della Sanità nel 1988, che ribadisce l'illeceità dell'atto<sup>10</sup>.

Da tempo vari esperti, associazioni laiche e religiose che si occupano di diritti umani richiedono una legge specifica che condanni e persegua penalmente, senza ambiguità, la realizzazione di Mgf, sotto qualsiasi forma, nei paesi di origine. Lo studioso Darius Atighetchi [1997] sottolinea come purtroppo "le leggi specifiche presenti in determinati stati per perseguire la mutilazione sono state finora scarsamente utilizzate e, anche in tali casi, lo si è fatto in modo blando, non applicando le pene previste". Recentemente molto scalpore ha suscitato negli Stati Uniti la sentenza del tribunale amministrativo egiziano che ha consentito, "in casi particolari", la pratica dell'escissione femminile in ospedali pubblici e privati. Ciò lascia ovviamente ampia discrezionalità ai medici in una nazione dove si stima che il 90% delle donne siano state sottoposte all'intervento<sup>11</sup>.

Appare indispensabile che gli operatori sociali e sanitari siano preparati professionalmente e psicologicamente ad affrontare tali situazioni, che spesso suscitano "curiosità" od orrore o, in quanto malamente conosciute, interventi impropri (ad esempio, al momento del parto, il ricorso al cesareo piuttosto che una semplice deinfibulazione).

Pur condannando fermamente tali pratiche, si sottolinea l'importanza di non colpevolizzare le donne che vi si siano sottoposte, nè stigmatizzare in modo sprezzante la loro cultura: ciò non farebbe che aumentare la distanza con gli operatori della salute, ingenerare conflittualità interpersonale ed eventualmente interiore e non favorire quel clima di aiuto reciproco che è la migliore premessa per scongiurare tale piaga, con le modalità che le donne immigrate saranno in grado di suggerire, attraverso i più opportuni interventi nei paesi di origine.

E la lista delle aree critiche potrebbe continuare.

Vale solo la pena ricordare come nel 1995 i detenuti stranieri sono stati 8.628 (53% al Nord, 33% al Centro, 14% al Sud e nelle Isole), di cui 8.398 (il 97,3%) extra Ue, il 17,5% di tutta la popolazione ristretta (la media europea nel 1994 è stata del 14%), con un aumento di circa il 2% rispetto all'anno precedente (15,6%).

Questo trend di aumento si è mantenuto nel tempo e attualmente la popolazione straniera reclusa è circa un quarto del totale ma a differenza di quella italiana ha

<sup>10</sup> Era la risposta (protocollo 100/632/1395 del 1988) all'interpellanza parlamentare sull'escissione in Italia presentata dal Sen. Giovanni Berlinguer anche in seguito a notizie apparse sulla stampa che riferivano l'esecuzione di tali pratiche presso un ospedale romano. Nello smentire tale notizia, il ministro affermava che "in Italia non sono presenti gruppi etnici che possono richiedere siffatte prestazioni sanitarie". Dal 1990 certamente la realtà migratoria si è modificata tanto da far ritenere che quasi 30.000 donne straniere attualmente presenti in Italia - in base alla loro appartenenza etnica -, possono essere state mutilate.

<sup>11</sup> Al Majalla, Gran Bretagna, 19 luglio 1997, da Internazionale del 25 luglio 1997.

un'età media più giovane (più della metà è al di sotto dei 30 anni) e raramente può contare sul sostegno familiare e sulla concessione delle misure alternative. Più del 90% delle persone straniere recluse sono di sesso maschile.

Alle già pesanti condizioni proprie della vita carceraria (potenziate dal sovraffollamento, dalla carenza di organico e di strutture) si aggiungono, per lo straniero, aggravanti specifiche che ne aumentano i rischi di salute e ne ostacolano un'adeguata assistenza socio-sanitaria: difficoltà di comunicazione (disagi di raccolta anamnestica), relazionali in senso più ampio (diversità culturali, lontananza dagli affetti) e problemi di adattamento (diverse abitudini alimentari), con preoccupante ricorso ad atti autolesionistici.

E ancora consideriamo come sulle strade italiane ci siano almeno 25.000 prostitute straniere con una significativa percentuale di minorenni (spesso) ridotte in schiavitù. Secondo un recente rapporto del *Transnational Aids-std prevention among migrant prostitutes in Europe project* (Progetto europeo "Tampep") gli stranieri costituirebbero complessivamente nel nostro paese il 60% del mondo della prostituzione (cui vanno aggiunti, di nazionalità italiana, un 30% di tossicodipendenti e un 10% di non-tossicodipendenti). È evidente come questo fenomeno possa essere connesso a situazioni di rischio sanitario non indifferente.

Ci fermiamo qui, lasciando ad altre occasioni ulteriori approfondimenti, ma sottolineando che abbiamo scritto ciò non per esaltare aspetti problematici dell'immigrazione in Italia (che noi valutiamo in termini assoluti come una risorsa sul piano umano, sociale e culturale), ma piuttosto per evidenziare le nuove frontiere del nostro impegno sia nel definire modelli strutturali di assistenza, sia soprattutto per far emergere in termini politici e programmatici interventi sociali adeguati e percorsi di promozione della salute efficaci, che vedano in queste persone non individui da "controllare e bonificare" ma cittadini da tutelare.

---

Problematiche socio-sanitarie dell'immigrazione

- *Legate allo status giuridico*  
accesso ordinario al Ssn (*diversificato o negato*)  
pregiudizi e paure (*da parte dell'immigrato e da parte del sanitario*)  
diritti nascosti
  - *Legate alla marginalità sociale*  
fisica-ambientale (*fattori di rischio per la salute fisica*)  
psicologico-sociale (*fattori di rischio per la salute psichica*)
  - *Legate alla marginazione culturale*  
diversi sistemi biomedici di riferimento
- 

### **3. Le politiche sanitarie nei confronti degli stranieri: analisi della normativa italiana**

#### *3.1 La dimensione internazionale*

È opportuno premettere come questa tematica sia attualmente oggetto di interesse e di vivace dibattito in molti paesi meta di immigrazione. Da una parte essa va collegata alle diverse tipologie dei sistemi sanitari di riferimento, che possono essere di

natura pubblica (come l'Italia), sostanzialmente privata (come gli Stati Uniti), o mista (come la Germania). Al contempo l'argomento solleva questioni etiche e scelte opzionali di sanità pubblica, unitamente a questioni di opportunità e sostenibilità legate a differenti visioni di politica sanitaria.

La questione più controversa riguarda ovviamente le possibilità di assistenza sanitaria degli immigrati illegali, ma le posizioni si diversificano anche rispetto a quelli regolarmente presenti. A tale riguardo possono essere portati esempi recenti.

In Olanda, come riportato da una prestigiosa rivista medica, il *British Medical Journal*, il Ministro della Sanità ha reagito con indignazione al rifiuto di assistenza medica opposto a immigrati privi di permesso di soggiorno (il caso che ha provocato tale presa di posizione riguardava una donna polacca vittima di un incidente stradale, cui non era stata riconosciuta l'urgenza dell'intervento chirurgico a una gamba a rischio di necrosi).

In Spagna, alla fine dello scorso settembre, il Congresso ha approvato all'unanimità l'estensione dei diritti di assistenza sanitaria, prima limitati a minori, donne in gravidanza e situazioni di urgenza (*Ley General de Sanidad* del 25 aprile 1986 e *Real Decreto* n. 63 del 1995), a tutti gli immigrati presenti, indipendentemente dalla loro situazione giuridica. All'inizio del 2000 la *Ley de Extranjería* è stata approvata definitivamente.

Esemplare è il caso degli Stati Uniti dove teoricamente la possibilità di accesso al sistema sanitario pubblico (o privato ma sostenuto da assicurazioni pubbliche) degli immigrati regolari sono identiche a quelle dei cittadini americani. Le ultime politiche restrittive in campo sanitario, l'aumento dei costi assicurativi, la riduzione delle prestazioni coperte (soprattutto per quel che attiene l'assistenza farmaceutica), hanno però di molto ridotto la possibilità di accesso a programmi quali *Medicaid*, il programma federale esistente dal 1965 per tutelare la salute di alcune categorie di cittadini in condizioni economiche precarie (disoccupati, disabili, anziani, minori, immigrati). Infatti con un provvedimento del 1996 fortemente voluto dai repubblicani, i nuovi immigrati sono stati esclusi per i primi cinque anni - fatta eccezione per l'assistenza in situazioni di emergenza - dai benefici di *Medicaid*.

Ciò va a peggiorare una situazione già grave per gli americani: di fatto il sistema attuale, che invano è stato tentato di riformare anche in un recente passato, nel 1997 ha escluso dai propri programmi sanitari circa 43,4 milioni di persone, pari al 16,1% della popolazione.

Circa tre milioni di bambini eleggibili a *Medicaid* risultano essere non assicurati, soprattutto per la paura degli immigrati di avere problemi con le autorità. Tra i 18 e i 24 anni, il 30% degli individui non è assicurato; inoltre, a seconda del gruppo etnico di appartenenza, si riscontrano notevoli differenze, anche se l'immigrato è diventato cittadino a tutti gli effetti, fin dalla nascita.

Le politiche in generale e quindi anche quelle sanitarie sono basate sui bisogni del gruppo razziale dominante e tengono in minor conto le necessità dei gruppi minoritari; e così tra i bianchi i "non assicurati" sono il 12%, tra i cittadini di origine asiatica il 20,7%, tra i neri il 21,5% e tra gli ispanici il 34,2%.

È opportuno sottolineare il fatto che l'*American Medical Association* (Ama) si sta adoperando per estendere la copertura sanitaria a tutti i cittadini americani e a tal proposito è stata sottoscritta nel giugno 1999 una "dichiarazione" congiunta dell'Ama e di altre organizzazioni mediche.

Ma i problemi maggiori li hanno gli immigrati illegali che non hanno accesso ai servizi sanitari. I centri sanitari di cui si avvale *Medicaid* offrono assistenza anche a chi è privo di copertura ma aiutano per lo più i bambini, donne in stato di gravidanza, senza casa e malati di Aids. Un aiuto quasi esclusivamente legato all'emergenza viene inoltre dato dai centri medici accademici, sostenuti da *Medicare*, il programma governativo a tutela degli anziani con basso reddito.

Il problema principale deriva dal fatto che le politiche tendono a emarginare del tutto i clandestini e mirano a ottenere collaborazione dei medici per poter individuare i pazienti senza permesso di soggiorno.

Un caso emblematico è costituito dalla *Proposition 187* della California, approvata nel novembre 1994 e fortunatamente sospesa nel 1996 per richiesta di incostituzionalità. La *Proposition 187* si proponeva di restringere i benefici del sistema sanitario ai soli cittadini e immigrati regolari. Questo ha portato al fatto che non potevano essere prestati servizi di cure mediche da un ente pubblico finché non fosse stato verificato lo status legale del paziente.

All'immigrato irregolare dovevano venir rifiutate le cure che non fossero di emergenza e la sua presenza doveva essere segnalata all'Ufficio immigrazione e al Procuratore generale. Inoltre, la *Proposition 187* imponeva alle scuole di rifiutare l'istruzione agli immigrati irregolari e di denunciarli all'autorità.

Insegnanti e medici si sono opposti alla *Proposition 187*, argomentando che controlli e leggi devono essere applicati ai confini di Stato e sul posto di lavoro, non negli ospedali o nelle scuole. Gli oppositori sostengono che essa viola il 14° Emendamento della Costituzione Americana che garantisce che la legge è uguale per tutti e che protegge tutti alla stessa maniera. Inoltre, la *Proposition 187* lede gravemente l'etica professionale del medico che gli impone di agire nel bene del paziente.

### 3.2 L'evoluzione della normativa nazionale

Il 1995 in Italia, come abbiamo già riferito nel primo capitolo, è stato un anno determinante per delineare una nuova attenzione e un'adeguata politica sanitaria per gli immigrati. Per anni infatti, l'impossibilità di tutelare la salute di questa popolazione con particolare riferimento alla componente irregolare e clandestina, quindi a quella che più di altre è esposta a fattori di rischio per la propria salute, è stata "subita" come situazione ineludibile da molti operatori del settore ed è stata completamente ignorata da amministratori e politici. Il tema è emerso in forma estremamente problematica o allarmistica di fronte a episodi e a dichiarazioni spesso rilasciate a scopo strumentale per fini elettorali: dalla stampa abbiamo appreso che gli immigrati importano la lebbra e possono trasmetterla "vendendo sigarette"; che gli immigrati hanno reintrodotto la tubercolosi nel nostro paese da dove da anni era scomparsa (!?), per non parlare dell'Aids o di altre malattie sessualmente trasmesse; e anche che i nostri bambini sono a rischio di ammalarsi di "strane parassitosi" veicolate da bimbi stranieri; che le donne immigrate muoiono di parto o che gli immigrati sono psichicamente disadattati, e così via. Ogni volta si è assistito a precisazioni, smentite o ulteriori affermazioni di politiche di controllo, di cordoni sanitari o accuse di generica malasania. Falso, la realtà è un'altra cosa.

Di fatto gli estremi della problematica hanno fatto notizia; e ancora si è parlato di medici impotenti, volenterosi di intervenire ma bloccati dalle leggi, e di medici "eroi" che sfidano tutti e tutto pur di assicurare un diritto. Tutto vero ma la realtà è un'altra cosa.

La realtà è un bisogno quotidiano, spesso piccolo ma diffuso; la realtà è la necessità di una tutela di base che è la migliore forma di prevenzione e se può tranquillizzarci, di controllo; la realtà è quella di migliaia di medici e altro personale sanitario in tutta Italia, nel volontariato, nel privato sociale e nel settore pubblico che hanno seguito il mandato professionale e il proprio codice deontologico e che, a volte rischiando sul piano amministrativo, hanno scelto l'uomo e non la carta. La realtà è che, lentamente ma progressivamente, si è presa coscienza dei bisogni e dei diritti, e che accanto al lavoro spesso nascosto di tipo assistenziale, si è organizzata una coscienza professionale concreta e tecnica, scevra di ideologie, trasversale si dice oggi, ma ricca di esperienza che ha saputo far emergere il tema ed è stata in grado di proporre risposte adeguate.

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

Se fino a qualche anno fa comunque l'uso della struttura pubblica era estremamente limitato e di fatto concentrato nelle grandi città, con l'aumento quantitativo dell'immigrazione, con la presenza sempre più visibile di donne immigrate, con l'aumento di immigrati dai paesi dell'est con una età media un po' più alta degli altri, con le ondate di sfollati da vicine zone di guerra, l'utilizzo delle strutture è stato più frequente non solo per urgenze o incidenti ma anche per situazioni "fisiologiche" come la gravidanza e il parto.

La problematica progressivamente è emersa per quello che è. Agli inizi degli anni Novanta, l'allora Ministro della Sanità De Lorenzo istituì un gruppo di lavoro presso la III Sezione del Comitato tecnico scientifico di programmazione sanitaria del Ministero della Sanità su "medicina e migrazione" che ha redatto un rapporto finale dopo due anni di incontri che però non ha prodotto alcun risultato pratico.

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

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

Un convegno organizzato a Roma nel mese di gennaio dalla Caritas dal titolo "Immigrazione e salute: una politica dell'oblio" in occasione della presentazione del volume "Argomenti di medicina delle migrazioni", ha sottolineato con forza la necessità di una politica sanitaria adeguata alle realtà immigratoria e sociale; quell'incontro si è collocato non del tutto casualmente, in un momento in cui si erano verificate due gravi situazioni legislativo-amministrative: un decreto legge (d.m. dell'8 settembre 1994 pubblicato sulla G.U. n. 304 del 30 dicembre 1994) stabiliva

le nuove tariffe per i ricoveri ospedalieri per gli immigrati non iscritti al Ssn portandole a lire 560.000/die per i ricoveri ordinari e a lire 2.400.000/die quelli altamente specializzati; e ancora non veniva reiterato il decreto che permetteva l'iscrizione gratuita al Ssn per gli immigrati regolari disoccupati con il rischio che circa 70.000 persone potessero perdere la possibilità di accesso alle cure.

Già da qualche giorno erano stati lanciati vari appelli e proprio durante il convegno è giunta la notizia che il neo nominato Ministro della Sanità Elio Guzzanti, come suo primo atto ufficiale, reiterava il decreto per la gratuità dell'iscrizione al Ssn. Un segnale.

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

“... mi è stata rivolta (n.d.r.: on. Tanzarella) una domanda molto delicata. Devo dire che mentre per gli immigrati disoccupati sono riuscito in extremis - primo atto come ministro della sanità - a far approvare il decreto (n.d.r.: d. legge n. 20 del 21 gennaio 1995 - possibilità di iscrizione gratuita al Sistema Sanitario Nazionale per immigrati regolari disoccupati) che ha risolto una situazione che costituiva una vera spina sotto gli aspetti morali e della sanità pubblica, per quanto riguarda gli immigrati irregolari, i profughi e quanti chiedono asilo il problema è estremamente delicato, perché, allo stato, è permesso esclusivamente l'intervento d'urgenza, cioè il ricovero ospedaliero, mentre voi parlate della necessità di assicurare un'assistenza sanitaria di base e preventiva. Mi dicono che vi è una certa contraddizione nell'impegno formale e ufficiale ad assistere una persona che non dovrebbe esistere. Mi rendo conto di questo, però prescindendo per un momento dalla funzione di Ministro della Sanità, come persona che fa parte della sanità pubblica inorridisco. Come posso infatti ignorare che si tratta di persone che mettono a rischio la loro esistenza e che indirettamente potrebbero costituire un pericolo per la comunità nazionale? Questo è un problema che umanamente dobbiamo porci; poi vedremo di risolverlo e forse potremo avere preziose indicazioni.”

Il 25 febbraio un altro convegno segna un momento importante: a Milano, il Naga (un'associazione di volontariato sanitario per immigrati e nomadi) e altri gruppi di volontari del Nord Italia, hanno organizzato un seminario dal titolo “*Salute senza colore*” dove venne presentata una proposta di legge per il diritto alla salute per gli extracomunitari.

Su quella proposta, da quel momento si è lavorato molto: tutti i gruppi impegnati sul campo a livello nazionale, hanno collaborato a redigere un documento finale da presentare formalmente al Ministro.

La proposta di legge, oltre alla Caritas di Roma e al Naga di Milano, ha ricevuto l'adesione dei seguenti gruppi: Ambulatorio medico popolare (Milano), Medicina democratica (Milano), Camminare insieme (Torino), che erano tre dei proponenti; Poliambulatorio N. Stenone (Firenze), Poliambulatorio I. Biavati (Bologna), Centro welcome (Roma), Ambulatorio Internazionale Città aperta (Genova), Sermig (Torino), Associazione progetto Casa verde (Morena-Roma), Opera sociale avventista (Roma), Chirone (Messina), Isi sportello sanitario (Torino), Porta aperta (Modena), Opera S. Francesco per i poveri (Milano), Casa dei diritti sociali (Roma), Ambulatorio centro senza frontiere (Roma), Ambulatorio S. Chiara (Palermo), Solidarietà medica italiana (Udine), Medici Ussl 18 - Malattie infettive (Brescia), Irccs San Gallicano (Roma).



Una delegazione formata da operatori della Caritas di Roma, del Naga, dell'Ambulatorio medico popolare, dall'associazione senza confine, sotto gli auspici della Simm, è stata ricevuta dal Ministro il 1° luglio 1995.

La proposta trovò da parte del Ministro Guzzanti estremo interesse e sperata attenzione. Si cominciò così un attento lavoro di studio e verifica delle varie problematiche sanitarie che portò ad avere costanti contatti con il ministero e ad altri incontri con il Ministro il 29 luglio e il 18 ottobre 1995.

Nel frattempo, il 6 luglio 1995, il Senato approvò un ordine del giorno che impegna il governo presieduto da Dini:

“... a ricercare le forme per difendere il diritto alla salute per i cittadini extracomunitari, emanando provvedimenti atti a superare gli ostacoli che impediscono di fatto la parità dei trattamenti; 1) prevedendo l'assicurazione sanitaria per i lavoratori extracomunitari non dipendenti, attualmente in regime facoltativo e non obbligatorio come per gli italiani; 2) rivedendo le norme disposte nel decreto ministeriale 8 ottobre 1986 che, per i lavoratori extracomunitari facenti domanda di iscrizione al Ssn un minimale contributivo non più in vigore per gli italiani nelle analoghe condizioni e una percentuale contributiva sul reddito percepito analogamente superiore a quella stabilita per gli italiani; 3) agendo per trasformare la richiesta delle Usl del requisito della residenza per l'iscrizione al Ssn in quello meno rigido date le condizioni di estrema mobilità abitativa vissute da questi soggetti, della “effettiva dimora”; 4) correggendo la tendenza a dare aleatorietà temporale a tali iscrizioni in assenza di precise disposizioni ministeriali, a tal fine superando il sistema della decadenza periodica dell'iscrizione al Ssn se non in caso di perdita definitiva del permesso di soggiorno per revoca o espulsione; 5) intervenendo per sanare definitivamente la situazione dei disoccupati non comunitari regolarmente presenti in Italia e iscritti alle liste di collocamento, per i quali è ancora previsto suddetto minimale, salvo deroghe disposte con decreti annuali del governo; 6) prevedendo interventi informativi per ridurre la clandestinità sanitaria; 7) emanando disposizioni uniformi sul territorio nazionale al fine di assicurare l'assistenza sanitaria obbligatoria in regime gratuito a favore dei minori stranieri in regime di affidamento preadottivo; a dare indirizzi per una piena attuazione al diritto alla salute dei cittadini non comunitari; mirando a offrire anche agli irregolari alcuni servizi essenziali relativi alla prevenzione e alla medicina di base, anche sulla base di protocolli sanitari stipulati dalle Regioni interessate al fenomeno, in grado di superare le norme su questo punto già esistenti e immettere forme di gratuità per gli indigenti; a riconoscere nel contempo a tutti i minori extracomunitari, indipendentemente dal loro stato giuridico, il pieno diritto alla salute e alla sicurezza sociale, predisponendo gli strumenti per la sua applicazione” (193° resoconto sommario, ordine del giorno n. 1 - 9.1735.1. del 6 luglio 1995, primo firmatario On. Petrucci).

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

Il Ministro della Sanità parlò ancora della necessità di estendere una protezione sanitaria agli immigrati comunque presenti sul territorio nazionale in vari incontri e convegni; l'ultima volta intervenendo al convegno “Per una sanità multiculturale: quale politica per gli immigrati?” svoltosi a Roma, organizzato dalla Caritas e

dall'Istituto d'Igiene dell'Università La Sapienza l'8 novembre 1995. Dopo 10 giorni uscì il decreto legge n. 489 del 1995<sup>12</sup>.

### 3.3 *La situazione attuale*

Negli ultimi anni si è dunque assistito nel nostro paese a una completa revisione della normativa di riferimento, che delinea globalmente precisi indirizzi di politica sanitaria.

Va rimarcato che, per quanto anche in ambito sanitario si stia assistendo, in un'ottica federalista, a un progressivo decentramento gestionale, per il futuro è previsto che lo specifico tema dell'immigrazione resti di competenza statale. Infatti, pur nella ridefinizione in corso del ruolo del Ministero della Sanità e di una maggiore attribuzione di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, il Governo, ai sensi dell'art. 1, comma 3, della legge n. 59 del 1997, continuerà a mantenere la titolarità delle funzioni e dei compiti riconducibili a una serie di materie, tra cui sono comprese l'immigrazione e l'asilo politico.

Per lungo tempo in Italia il tema dell'assistenza sanitaria agli stranieri è stato regolato da un numero impressionante di norme aventi diverso peso specifico; alcune questioni rilevanti sono state addirittura affrontate attraverso l'emanazione di decreti legge ripetutamente reiterati, di cui parte poi decaduti. Ne è risultata una pletora, una frammentazione e una provvisorietà normativa, che evidentemente non ne ha favorito una diffusa conoscenza e corretta applicazione. La "svolta" è avvenuta con l'emanazione, nel marzo del 1998, della legge n. 40, poi confluita nel d.legisl. n. 286 del luglio 1998, dal titolo: "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero". I principi e le disposizioni contenute in questo decreto hanno trovato poi maggiore concretezza applicativa con l'emanazione (per la verità molto ritardata) del Regolamento di attuazione previsto dallo stesso Testo Unico (D.P.R. n. 394 del 31 agosto 1999). Ulteriori chiarimenti sono stati infine forniti da una Circolare del Ministero della Sanità datata 24 marzo 2000.

Al tema della salute degli stranieri immigrati è stato inoltre dedicato uno spazio specifico nell'ultimo Piano sanitario nazionale (approvato con d.P.R. 23 luglio 1998), valido per il triennio 1998-2000, di cui si tratterà in seguito.

Il "Documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato..." (approvato con d.P.R. del 5 agosto 1998), ben esprime la filosofia che ha ispirato l'intero impianto legislativo contenuto nel d.legisl. n. 286 del 1998, d'ora in poi richiamato come Testo Unico. Tale documento, riconoscendo al fenomeno migratorio una valenza strutturale e non legata all'emergenza, propone la politica di integrazione perseguita dal Governo come un tentativo di "mettere gli stra-

---

<sup>12</sup> Peraltro dopo ben cinque reiterazioni di questo decreto, di cui l'ultima scaduta il 15 novembre 1996, il quadro normativo di riferimento è tornato ad essere quello preesistente al decreto, anche se un'Ordinanza del Ministero della Sanità, datata 15 novembre 1996, con validità di 90 giorni e reiterata con alcuni vuoti temporali fino alla emanazione della legge n. 40 del 1998, ha fatto salve le novità introdotte con il citato articolo.

nieri nella condizione di vivere ‘normalmente...’; cercando di risolvere quelle condizioni penalizzanti rispetto ai cittadini italiani in condizioni economiche e sociali comparabili, di cui l’accesso ai servizi sanitari è espressione primaria. In particolare si sottolinea come

“la difficoltà di utilizzare i servizi sanitari è anch’esso un problema che molti stranieri condividono con i cittadini italiani. Anche in questo campo quindi l’obiettivo di una politica di integrazione è quello di dare agli stranieri le informazioni necessarie sul funzionamento e sulle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale e sulle modalità di accesso. Ci sono però due aspetti molto particolari da considerare nella previsione di un’assistenza sanitaria efficace: la forte connotazione culturale della malattia, della cura, del rapporto con il proprio corpo e della manifestazione agli altri della propria malattia; la condizione di illegalità di alcuni stranieri presenti sul nostro territorio ai quali assicurare uno dei diritti fondamentali come quello della salute”. *Omissis* “. . . più articolata dovrà invece essere l’applicazione della legge per venire incontro alle esigenze evidenziate nel primo punto, in quanto presuppongono, anche nell’ambito dei servizi sanitari pubblici, modalità di prestazione che rispettino le esigenze di persone appartenenti ad altre culture (es. medici donne per alcune specializzazioni, mediatori culturali)”.

In una prospettiva di percorso di progressiva e piena cittadinanza, l’articolo 2 del Testo Unico sottolinea che allo straniero, a prescindere dalla sua condizione giuridica, “*sono riconosciuti i diritti fondamentali della persona umana*” (comma 1), mentre a quanti soggiornano regolarmente sono riconosciuti gli stessi diritti civili attribuiti al cittadino italiano (comma 2). In coerenza con questi enunciati viene sviluppata tutta la parte relativa alle politiche di integrazione (lavoro, istruzione, minore età, alloggio e salute) e alle misure contro ogni discriminazione: particolare significato rivestono le norme e le indicazioni di tutela sanitaria dello straniero<sup>13</sup>.

Le disposizioni sanitarie contenute nel Testo Unico sono attualmente presenti al Titolo V, Capo I, articoli 34, 35 e 36, cui corrispondono gli articoli 42, 43 e 44 presenti al Capo VI del Regolamento di attuazione.

L’articolo 34, 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 permesso di soggiorno o da una carta di soggiorno in corso di validità. Con l’intento di sostenere i percorsi di integrazione e di cittadinanza, queste nuove norme si sono proposte di favorire al massimo la possibilità di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale per tutti gli stranieri regolarmente soggiornanti e per i loro familiari. In sintesi la legge prevede che pressoché tutti gli stranieri legalmente e stabilmente presenti siano obbligatoriamente iscritti al Ssn.

Tale indirizzo è affermato nel riconoscimento della piena uguaglianza di diritti e di doveri con i cittadini italiani, perseguita secondo modalità che garantiscano la parità di trattamento. Per favorire, rispetto al passato, una maggiore stabilità del diritto all’assistenza, sono stati inseriti correttivi quali il permanere della validità dell’iscrizio-

<sup>13</sup> Per “stranieri” (come indicato all’articolo 1, comma 1, in attuazione dell’articolo 10, 2° comma, della Costituzione italiana) tale legge intende i “cittadini di Stati non appartenenti all’Unione Europea e gli apolidi”.

ne al Ssn nel periodo in cui sono in corso le procedure per il rinnovo del permesso di soggiorno. La legge (art. 34, comma 1, lettera a), dirime inoltre la questione della possibilità e delle condizioni di iscrizione al Ssn per i lavoratori disoccupati stranieri e (comma 2) per i loro familiari a carico, sancendone la piena parità di trattamento e la piena uguaglianza di diritti e di doveri con i cittadini italiani. Rispetto alla normativa precedente, il requisito della residenza non è più condizione indispensabile ai fini dell'iscrizione al Ssn (art. 34, comma 7). Nel Regolamento di attuazione (art. 42, commi 1 e 2) viene precisato che, in mancanza di residenza, il cittadino straniero è iscritto, unitamente ai familiari a carico, negli elenchi degli assistibili dell'Azienda sanitaria locale nel cui territorio ha effettiva dimora; per luogo di effettiva dimora si intende quello indicato nel permesso di soggiorno. Tale innovazione è volta a favorire l'iscrizione di quanti, a causa di una precarietà economica e/o lavorativa, sono costretti a continui spostamenti sul territorio nazionale, con corrispondenti cambiamenti di alloggio.

L'articolo 35, dal titolo "*Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti* al Servizio Sanitario Nazionale", affronta (comma 1) le condizioni di assistibilità di alcune tipologie di stranieri caratterizzati da un breve periodo di permanenza in Italia (ad esempio per affari o turismo), nonché (commi 3, 4, 5 e 6) il tema della tutela sanitaria "*a salvaguardia della salute individuale e collettiva*" anche nei confronti di coloro "*non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno*" (i cosiddetti irregolari o clandestini). Permangono poi validi (comma 2) i trattati e gli accordi internazionali di reciprocità sottoscritti dall'Italia. Al comma 3, il Testo Unico riprende alcune disposizioni già contenute nell'articolo 13 del decreto legge n. 489 del 1995, di cui abbiamo precedentemente ripercorso la storia, e nei successivi telex esplicativi e ordinanze ministeriali, prevedendo la necessità di assicurare anche "ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno..., le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio" e di estendere "i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva". In particolare si garantiscono: "la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane..." lettera a), "la tutela della salute del minore..." lettera b), "le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle Regioni" lettera c), "gli interventi di profilassi internazionale" lettera d), e "la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai" lettera e). La Circolare n. 5 del 24 marzo 2000 chiarisce, fornendone le definizioni, cosa si debba intendere per "cure urgenti" e cosa per "cure essenziali"<sup>14</sup>. Relativamente all'organizzazione dell'offerta assistenziale, il Regolamento di attuazione - in coerenza con l'ottica federalista - prevede (art. 43, comma 8) che "le regioni individuano le modalità più opportune per garantire che le cure essenziali e continuative previste dall'articolo 35, comma 3, del Testo Unico, possono essere erogate nell'ambito

---

<sup>14</sup> Per cure urgenti si intendono "le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona"; per cure essenziali si intendono "le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti)".

delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari, pubblici e privati accreditati, strutturati in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica". Per la registrazione e rendicontazione delle prestazioni erogate agli immigrati illegali e per le eventuali prescrizioni diagnostico-terapeutiche, il Regolamento di attuazione (art. 43, comma 3) prevede l'utilizzo di un codice regionale a sigla Stp (Straniero temporaneamente presente). Tale codice, rilasciabile da parte di tutte le strutture sanitarie pubbliche, è riconosciuto su tutto il territorio nazionale e identifica l'assistito per tutte le prestazioni previste. Nella consapevolezza che la condizione di irregolarità - che la legge nel suo complesso si propone di combattere - si può facilmente accompagnare a condizioni di forte precarietà economica, al comma 4 dell'art. 35 del Testo Unico si prevede che le prestazioni citate siano erogate "senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani". Il Regolamento di attuazione (art. 43, comma 4), specifica che lo stato di indigenza può essere attestato attraverso autodichiarazione presentata all'ente sanitario erogante. L'articolo 35, comma 5 del Testo Unico precisa inoltre che "l'accesso alle strutture sanitarie da parte del cittadino non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano". Tale divieto era già in vigore dal 1995, in quanto compreso nel succitato decreto n. 489; in questi anni - forse per un malinteso senso del ruolo e delle funzioni del sistema sanitario pubblico - si è però ripetutamente e diffusamente assistito a una sua palese violazione. Tale impostazione mira in realtà a evitare che, innestando dinamiche di perseguibilità del soggetto portatore di un bisogno di salute sulla base del suo status giuridico, se ne possa di fatto determinare una condizione di "clandestinità sanitaria", che di fatto impedirebbe la tutela della salute dell'intera collettività. L'introduzione del codice Stp, come si evince dall'art. 43, comma 5 del Regolamento di attuazione, permette di rispettare l'anonimato del soggetto anche nelle comunicazioni effettuate a fini di rimborso con il Ministero dell'Interno. Al comma 6, l'articolo 35 del Testo Unico distingue i soggetti finanziatori delle prestazioni erogate a tali soggetti sulla base della natura delle stesse prestazioni. Come precisato dall'art. 43, comma 5 del Regolamento di attuazione, nonché dalla Circolare n. 5 del 2000, le spese inerenti le prestazioni ospedaliere urgenti o essenziali spettano al Ministero dell'Interno (che procederà a un tentativo di rimborso attraverso la sede diplomatica del soggetto ricoverato, o, in caso negativo, a rimborsare direttamente le prestazioni alla struttura che le ha erogate attingendo a un fondo speciale per indigenti di cui è affidatario). Alla Usl competente spettano invece gli oneri per le prestazioni sanitarie di cui all'art. 35, comma 3 del Testo Unico, comprese le quote di partecipazione alla spesa eventualmente non versate. Il Regolamento di attuazione (art. 43, comma 4) prevede la possibilità di attestare l'eventuale stato di indigenza attraverso un'autodichiarazione presentata all'ente sanitario erogante le prestazioni.

L'articolo 36, dal titolo "Ingresso e soggiorno per cure mediche", definisce le condizioni che lo straniero deve ottemperare per ottenere un visto d'ingresso e relativo permesso di soggiorno per cure mediche, nel caso che intenda effettuarle in Italia. Tali requisiti, ulteriormente precisati nel Regolamento di attuazione (art. 44, comma 1),

consistono essenzialmente: nella presentazione di una dichiarazione della struttura sanitaria italiana prescelta che indichi il tipo di cura e la sua presumibile durata; nell'attestazione dell'avvenuto deposito - presso la stessa struttura - di una cauzione, stabilita nella misura del 30% del costo complessivo presumibile delle prestazioni richieste; nella documentazione comprovante la disponibilità di risorse sufficienti per il pagamento integrale delle spese sanitarie nonché per quelle di vitto e alloggio fuori dalla struttura sanitaria e di rimpatrio per l'assistito e il suo eventuale accompagnatore.

Vi è poi la questione particolare dell'assistenza sanitaria agli stranieri detenuti, che viene affrontata dal d.legisl. n. 230 del 22 giugno 1999. L'art. 1, al comma 5, prevede che "gli stranieri, limitatamente al periodo in cui sono detenuti o internati negli istituti penitenziari, sono iscritti al Servizio sanitario nazionale. Tali soggetti hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia". In altre parole tutti i detenuti stranieri, con o senza permesso di soggiorno, compresi - come precisa la Circolare del 5 marzo 2000 - i detenuti in semilibertà o con forme alternative di pena, sono assistiti dal Ssn. Al comma 6 dello stesso articolo viene inoltre precisato che "i detenuti e gli internati sono esclusi dal sistema di partecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio sanitario Nazionale", che, in termini più elementari, significa che sono esentati dal pagamento del ticket.

### 3.4 La pianificazione sanitaria nazionale

A sostenere e rafforzare quanto delineato dal nuovo quadro legislativo appena esposto, pochi mesi dopo la sua emanazione è arrivato il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000 (approvato con d.P.R. del 23 luglio 1998).

Tale documento, per la rilevanza che riveste in termini di programmazione su base nazionale, assume, per quanto di nostro interesse, un significato storico: per la prima volta infatti la salute degli stranieri immigrati viene riconosciuta tra le priorità del nostro Servizio sanitario nazionale e dell'intera collettività che esso tutela.

Il Piano presenta infatti una sezione dedicata agli immigrati quali destinatari di interventi specifici. Nella prima parte del documento, dedicata agli obiettivi di salute, la popolazione migrante viene espressamente compresa tra i "soggetti deboli" di cui l'Obiettivo IV si propone di "rafforzare la tutela".

In sintesi, il Piano sanitario nazionale (Psn) identifica come obiettivi prioritari, da raggiungere entro il triennio:

- l'accesso all'assistenza sanitaria, secondo le normative vigenti, che deve essere garantito agli immigrati in tutto il territorio nazionale;
- la copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana, che deve essere estesa alla popolazione immigrata.

A questo scopo, nel triennio 1998-2000, dovranno

"essere sviluppate le seguenti attività rivolte allo sviluppo di politiche intersettoriali di salvaguardia della salute degli immigrati:

- *sviluppo di strumenti sistematici di riconoscimento, monitoraggio e valutazione dei bisogni di salute degli immigrati, anche valorizzando le esperienze più qualificate del volontariato;*
- *formazione degli operatori sanitari finalizzata ad approcci interculturali nella tutela della salute;*
- *organizzazione dell'offerta di assistenza volta a favorire la tempestività del ricorso ai servizi e la compatibilità con l'identità culturale degli immigrati".*

Tra i documenti e provvedimenti previsti dal Psn quali adempimenti prioritari, vi è inoltre un Progetto obiettivo dal titolo "Salute degli immigrati", la cui stesura è stata affidata a una Commissione istituita dal Ministro Bindi con decreto del 2 novembre 1998 presso il Servizio studi e documentazione del Ministero della Sanità.

Risulta evidente l'intenzione di operare, sulla traccia degli indirizzi prima enunciati, una sensibilizzazione e un orientamento dei vari livelli di governo della sanità pubblica (regioni e province autonome, aziende sanitarie e altre istituzioni), attraverso un documento di approfondimento e indirizzo, qual è il Progetto obiettivo, che nel passato recente ha già dimostrato, per alcune aree tematiche, grandi potenzialità nel diffondere una nuova cultura dell'assistenza (si pensi ad es. alla tutela degli anziani).

Relativamente alla Commissione ministeriale citata, è interessante notare come, tra gli altri compiti a essa attribuiti, vi siano: "il monitoraggio dello stato di applicazione della normativa vigente; la verifica del grado di accessibilità e dell'organizzazione dei servizi sanitari; l'identificazione degli interventi prioritari; la verifica dei livelli di assistenza garantibili; lo studio dei modelli assistenziali per la promozione della salute e per l'assistenza sanitaria; lo studio dei possibili criteri di accreditamento per strutture dedicate; la proposta di progetti e iniziative *ad hoc* nel campo della ricerca-formazione e dell'aggiornamento-adeguamento delle strutture".

---

#### Principali disposizioni di interesse sanitario relative all'immigrazione

- Legge n. 59 del 15 marzo 1997. Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa, Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 63 del 17 marzo 1997 - Serie generale.
- Circolare del Ministro della Sanità del 22 aprile 1998 (DPS-X-40/98/1010) Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22 maggio 1998 - Serie generale.
- Decreto Legislativo n. 286 del 25 luglio 1998. Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 1998 - Serie generale.
- Decreto del Presidente della Repubblica 5 agosto 1998. Approvazione del documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato, a norma dell'art. 3 della legge n. 40 del 6 marzo 1998, Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 215 del 15 settembre 1998 - Serie generale.
- Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998. Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000, Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 288 del 10 dicembre 1998 - Serie generale.

- Decreto del Ministro della Sanità del 2 novembre 1998. Istituzione della Commissione per lo studio delle problematiche relative all'emanazione del Regolamento di attuazione della legge n. 40 del 6 marzo 1998, sulla disciplina dell'immigrazione (la Commissione è stata ricostituita con decreto del 18 aprile 2000).
  - Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica:  
Deliberazione 30 gennaio 1997. Fondo sanitario nazionale 1996 - parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, Ordinanza Ministeriale, Gazzetta Ufficiale del 26 marzo 1997 - Serie generale.  
Deliberazione 5 agosto 1998. Fondo sanitario nazionale 1997 - parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge n. 40 del 6 marzo 1998, Gazzetta Ufficiale del 30 settembre 1998 - Serie generale.  
Deliberazione 21 aprile 1999 Fondo sanitario nazionale 1998 - parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge n. 40 del 6 marzo 1998, Gazzetta Ufficiale del 7 settembre 1999 - Serie generale.  
Deliberazione 15 febbraio 2000. Fondo sanitario nazionale 1999 - parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge n. 40 del 6 marzo 1998 (Deliberazione n. 15 del 2000), Gazzetta Ufficiale n. 90 del 17 aprile 2000 - Serie generale.
  - Decreto del Presidente della Repubblica n. 394 del 31 agosto 1999. Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo n. 286 del 25 luglio 1998, Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 258 del 3 novembre 1999 - Serie generale.
  - Decreto legislativo n. 230 del 22 giugno 1999 Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419, Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999 - Serie generale.
  - Circolare del Ministro della Sanità del 24 marzo 2000 (DPS-X-40-286 del 1998) al maggio 2000 ancora non pubblicato in Gazzetta Ufficiale
- 

### 3.5 Il contesto regionale

Per completare l'analisi delle normative non possiamo rinunciare a verificare il ruolo delle regioni certamente importante anche se, nel campo specifico della promozione della salute degli immigrati, ancora lacunoso come emerso da una ricerca condotta dalla Caritas di Roma durante il 1996 [Geraci 1996]. Quella ricerca metteva in evidenza, partendo dall'analisi delle leggi regionali promulgate dal 1988 al 1995, come solo due regioni su 20 (Molise e Sicilia) non avessero approvato una specifica legge sull'immigrazione e ad affrontare il tema della tutela sanitaria degli immigrati fossero in 16 (Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Trentino, Umbria e Veneto); ma solo in quattro regioni (Campania, Emilia Romagna, Lazio, Trentino) era stata prevista, più o meno esplicitamente, la fruibilità di prestazioni sanitarie anche da parte di stranieri comunque presenti in Italia (irregolari pur con varie diversificazioni: malattia bisogno, disagio sociale, bisogni primari, ecc.), per altre regioni ciò era esplicitamente negato, per altre ancora è di dubbia interpretazione. Altre volte (4 regioni) si parlava di interventi di educazione e di prevenzione sanita-



ria; 14 regioni prevedono la possibilità di convenzioni con università, istituti o organismi di volontariato; infine sole 6 regioni su 20 (Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Toscana e Trentino-Alto Adige) avevano emanato specifiche leggi in cui siano esplicitamente riportate norme di tutela di madri e bambini.

Spostare l'attenzione all'ambito regionale appare utile e interessante in quanto l'ente di programmazione per eccellenza è la regione stessa: a essa spetta la traduzione degli input dati dalla normativa nazionale in adeguate politiche locali; spetta, ad esempio, contestualizzare le norme e parcellizzarle sia nella definizione puntuale dei destinatari e delle procedure e sia, se necessario, nell'individuare ulteriori percorsi di tutela dei cittadini. Questo vale in particolare per la sanità, e infatti in un recente passato alcune normative (leggi regionali, delibere e altri atti) hanno potuto supplire un vuoto, o meglio una confusione della normativa nazionale proprio nell'ambito delle politiche sanitarie per gli immigrati, producendo per altro una grande variabilità applicativa della possibilità di accesso e fruibilità dei servizi sanitari da parte degli stranieri.

Non deve sorprendere come la ricerca citata abbia avuto un grande interesse e per gli anni 1999 e 2000 ne sia stata finanziata un'analoga dalla Commissione per le politiche di integrazione della Presidenza del Consiglio dei Ministri. I risultati preliminari sono stati illustrati nel "Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia" presentato nel novembre del 1999.

Da questo studio emerge come situazioni che richiedono competenze di assessorati diversi (in genere alle politiche sociali o all'immigrazione e quello alla sanità, ma anche altri) non siano supportati da politiche di coordinamento e/o collegamento. Lo standard è che un assessorato sappia nulla o comunque poco dell'attività dell'altro e che tra gli stessi uffici del medesimo assessorato le informazioni siano insufficienti se non contraddittorie. Ad arginare tale situazione poco o nulla hanno potuto le Consulte regionali che si sono attivate entro la metà degli anni Novanta seppur con gravi ritardi soprattutto nelle regioni del Centro-Sud. La loro operatività è stata limitata, come cita la sintesi dei gruppi di lavoro dell'Organismo nazionale di coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri del Cnel<sup>15</sup>, con riunioni sporadiche e scarsamente incisive sulle scelte e sulle politiche ma anche sul collegamento dei vari ambiti locali. La nuova normativa nazionale, pur mantenendo a livello regionale tale tavolo di lavoro (d.legisl. n. 286 del 1998, art. 42, comma 6), definisce un altro ambito di "analisi delle esigenze e di promozione degli interventi da attuare a livello locale" attraverso l'istituzione di Consigli territoriali per l'immigrazione (d.legisl. n. 286 del 1998, art. 3, comma 6) composte da rappresentanti delle competenti amministrazioni locali dello stato, la regione, gli enti (e il Regolamento d'attuazione all'art. 57, comma 2, prevede la possibilità della partecipazione delle aziende sanitarie locali) e associazioni.

L'auspicio è che possa avvenire almeno a tale livello un adeguato coordinamento sia in ambito di programmazione, di monitoraggio e di promozione di azioni positive come quelle per un reale accesso e fruizione dei servizi socio-sanitari<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Roma, luglio 1999, p. 2

<sup>16</sup> Vedi anche documento Cnel citato p. 4.

Il processo di definizione di una politica sanitaria specifica per gli immigrati è iniziato nel 1990 con l'emanazione della Legge Martelli (l. n. 39 del 1990) che ha di fatto avviato politiche regionali sugli immigrati (11 delle leggi regionali e una legge provinciale in materia di immigrazione, sono state promulgate proprio nel 1990).

Il tema sanitario, trattato sommariamente e relativamente all'immigrato lavoratore, seguendo l'impostazione della prima legge sull'immigrazione (l. n. 943 del 1986), è stato ripreso da alcune regioni (Tab. 3.1), anche se con atti deliberativi, per colmare o chiarire i vuoti delle norme nazionali: agli inizi degli anni Novanta si distingueva la Regione Veneto che, prima in Italia, attribuiva diritti di assistenza sanitaria anche a coloro che erano presenti irregolarmente; l'Emilia Romagna, d'altra parte, individuava specifici percorsi di promozione della salute per donne e bambini stranieri. A livello cittadino, alcune aziende sanitarie (Brescia, Bologna, a Roma) si erano attivate garantendo dei livelli di assistenza per i più emarginati che, "per legge", avevano un diritto "negato" (gli irregolari e clandestini).

Tabella 3.1 - Leggi regionali a favore dei cittadini stranieri

	Legge regionale
Abruzzo	n. 10/90
Basilicata	n. 26/96
Calabria	n. 17/90
Campania	n. 3/94
Emilia Romagna	n. 14/90
Friuli	n. 46/90
Lazio	n. 17/90
Liguria	n. 7/90
Lombardia	n. 38/88
Marche	n. 2/98
Molise	—
Piemonte	n. 64/89
Puglia	n. 29/90
Sardegna	n. 46/90
Sicilia	n. 55/80
Toscana	n. 22/90
Trento	n. 13/90 (l.p.)
Bolzano	—
Umbria	n. 18/90
Valle d'Aosta	n. 51/95
Veneto	n. 9/90

Nel frattempo, come abbiamo precedentemente evidenziato, grazie a una azione propositiva dell'associazionismo, nel 1995 veniva affrontato nell'ambito del Decreto Dini (d.legisl. n. 489 del 1995), il tema dell'assistenza sanitaria agli "stranieri temporaneamente presenti" con riferimento a chi non era in regola con le norme per il soggiorno: finalmente si "sdoganava" un diritto per altro già anticipato da alcune realtà locali e si ponevano le basi per l'attuale impostazione normativa che risponde a un chiaro mandato costituzionale (art. 32): la tutela della salute di tutti i soggetti, di tutti

gli individui, è tutela per il singolo e per l'intera collettività. Ciò ha prodotto un ulteriore passo avanti delle politiche locali per quello che si riferisce alla componente irregolare: il Veneto continua nella definizione dei criteri di assistenza, il Lazio addirittura anticipa l'impostazione attuale, l'Umbria e la Toscana individuano progetti adeguati, il Piemonte colma un vuoto paradossale che si era venuto a creare garantendo ai disoccupati l'iscrizione gratuita al Servizio sanitario nazionale, benché a livello nazionale la norma fosse decaduta.

Altri avvenimenti che hanno dato concretezza a questa nuova fase di politica sanitaria sull'immigrazione, sono stati i finanziamenti (4, ognuno dei quali di 60 miliardi) erogati dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (Cipe) per l'assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio nazionale (la Tabella 3.2 riassume le delibere del Cipe a favore dei cittadini stranieri).

Il primo è avvenuto con Deliberazione del 30 gennaio 1997 su decisione della Conferenza Stato-Regioni.

Tale stanziamento ha reso possibile l'adozione di delibere specifiche sull'assistenza sanitaria agli stranieri in alcune regioni ove, pur essendo stata espressa la volontà politica di assumere simili iniziative (a volte "sollecitata" da gruppi di pressione di base), la mancanza di copertura economica era divenuta un muro invalicabile.

È il caso del Lazio, dove, a fine luglio 1997, la Giunta Regionale su proposta dell'Assessorato Salvaguardia e Cura della Salute, ha approvato una delibera (n. 5.122 del 31 luglio 1997) per l'attivazione "dei livelli uniformi di assistenza per stranieri temporaneamente presenti".

La delibera per larga parte risponde alle richieste di un gruppo di operatori socio-sanitari delle strutture del volontariato e pubbliche che da anni congiuntamente hanno operato perché il diritto alla salute degli immigrati fosse realmente esercitato.

Anche il Piano sanitario nazionale ha esercitato un ruolo propositivo nella definizione di politiche locali adeguate o quantomeno in linea con gli orientamenti sicuramente innovativi a carattere nazionale. I primi Piani sanitari regionali (Psr) proposti e/o attivati (Tab. 3.3) riflettono questa nuova attenzione.

Per vedere concretamente gli effetti degli input dati a livello nazionale bisognerà aspettare ancora del tempo: il ritardo dell'uscita del Regolamento d'attuazione della legge sull'immigrazione, alcune importanti scadenze elettorali hanno di fatto rallentato la possibilità legiferativa sullo specifico tema delle regioni.

Non sorprende dunque che nessuna regione o provincia autonoma, alla fine del 1999, abbia legiferato dopo l'emanazione del Testo Unico sull'immigrazione, solo in Emilia Romagna è stato presentato alla fine del 1998 un progetto di legge d'iniziativa della Giunta regionale il cui art. 14 è dedicato all'assistenza sanitaria in cui si evidenzia chiaramente il recepimento delle innovazioni apportate in ambito sanitario dalla nuova normativa nazionale.

Tabella 3.2 - Deliberazioni Cipe a favore dei cittadini stranieri  
Fondo sanitario nazionale, parte corrente (in milioni di lire)

	Delibera 30.1.1997 1996	Delibera 5.8.1998 1997	Delibera 21.4.1999 1998	Delibera 15.2.2000 1999
Abruzzo	773	828	942	965
Basilicata	198	200	241	232
Calabria	1.305	1.608	1.689	1.029
Campania	7.317	6.588	5.607	4.577
Emilia Romagna	3.395	3.353	3.810	3.592
Friuli	449	*	*	*
Lazio	13.199	12.334	12.169	12.164
Liguria	1.317	1.288	1.299	1.423
Lombardia	12.845	13.352	13.788	15.831
Marche	730	773	869	897
Molise	62	63	93	95
Piemonte	4.478	4.612	4.781	4.743
Puglia	2.059	2.306	2.516	2.249
Sardegna	450	423	469	458
Sicilia	2.648	2.314	2.561	2.089
Toscana	3.927	4.817	3.805	4.141
Umbria	680	735	870	1.056
Veneto	4.168	4.406	4.491	4.459

\* Esclusa dalla ripartizione ai sensi dell'articolo 32, comma 16, della legge n. 449 del 1997 in quanto provvede al finanziamento del Ssn nel proprio territorio senza alcun apporto a carico dello stato

Tabella 3.3 - Piani sanitari regionali

	<i>Piano sanitario regionale</i>
Abruzzo	Psr 1999-2001; l. reg. n. 37 del 2.7.1999
Basilicata	Psr 1997-1999; in elaborazione Psr 2000-2002
Calabria	Bozza Psr 2000-2002
Campania	Ps Ospedaliero 1996-1999; in elaborazione Psr 2000-2002
Emilia Romagna	Psr 1999-2001 approvato dal Consiglio il 21.9.1999
Friuli Venezia Giulia	Psr approvato dalla Giunta il 10.12.1999, Del. 3854
Lazio	Schema Psr presentato il 16.12.1999
Liguria	Proposta Psr approvata dalla Giunta dell'11.6.1999
Lombardia	Bozza Psr 2000-2002 non ancora presentata alla Giunta
Marche	Psr 1998-2000; l. reg. n. 34 del 20.10.1998
Molise	Psr 1997-1999; in elaborazione Psr 2000-2002
Piemonte	Psr 1997-1999; in elaborazione Psr 2000-2002
Puglia	Psr 1998-2000; approvato dalla Giunta
Sardegna	Bozza Psr 1999-2001 non ancora presentata alla Giunta
Sicilia	Ps Ospedaliero 1997-1999; Psr 2000-2002 approvato ad aprile 2000
Toscana	Psr 1999-2001 approvato dal Consiglio il 17.2.1999
Trento	Bozza P. S. Provinciale non ancora presentata alla Giunta
Bolzano	Ps Provinciale approvato il 19.7.1999
Umbria	Psr 1999-2001; approvato dal Consiglio nel marzo 1999
Valle d'Aosta	Psr 1997-1999 prorogato fino al dicembre 2001
Veneto	Psr 1996-1999 aggiornato con atti amministrativi

Aggiornamento ad aprile 2000

Comunque c'è da dire che diverse regioni, pur non avendo emanato una nuova legge regionale sull'immigrazione, hanno cominciato a recepire le nuove direttive nazionali attraverso iniziative a carattere locale, concretizzatesi in delibere e circolari regionali, piani sanitari regionali e piani per la politica immigratoria (anche se in questi ultimi non si sono riscontrati progetti in ambito sanitario, possibilità prevista dalla normativa nazionale) (Tab. 3.4).

È interessante soffermare l'attenzione, anche se brevemente, sugli aspetti rilevanti che caratterizzano le regioni italiane in materia sanitaria per gli immigrati come evidenziati dalla ricerca citata<sup>17</sup>.

Nel Nord Italia - a eccezione della Provincia autonoma di Bolzano che non ha ancora legiferato sull'immigrazione, della Provincia autonoma di Trento dove la nuova legge regionale per l'adeguamento al Testo Unico è in fase di stesura e la Valle d'Aosta in cui non si parla di tutela della salute nella legge regionale - le altre Regioni (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto) si sono mostrate attive e propositive seppure con diverse modalità.

Infatti il Friuli Venezia Giulia pur non avendo ancora emanato una nuova legge regionale in sintonia con la normativa nazionale vigente, per il 1999 ha previsto un programma di attività nel campo dell'immigrazione fortemente innovativo. In particolare in ambito sanitario, tra gli obiettivi principali, si pone quello di attivare una politica di informazione mirata da parte delle strutture di offerta dei servizi sanitari attivando contatti ufficiali con uffici e referenti, competenti per le varie Asl, che gestiscono progetti di prevenzione e informazione sanitaria e provvedono anche all'organizzazione di iniziative di prevenzione e di assistenza socio-sanitaria.

In Liguria invece interessante si è mostrato il Psr per il triennio 1999-2001 che titola l'obiettivo 1.6 "Promuovere la sicurezza per i soggetti immigrati".

Nel caso della Lombardia il Programma pluriennale degli interventi per l'immigrazione 1999-2000 fornisce indicazioni agli enti locali e alle associazioni del privato sociale per quanto riguarda la presentazione dei progetti relativi alla realizzazione dei Centri di prima accoglienza e interventi a favore dell'integrazione sociale, culturale e lavorativa degli immigrati. Il programma amplia la tipologia degli interventi del 1998, prendendo in considerazione anche gli obiettivi più strettamente socio-assistenziali, come la tutela di donne e minori e campagne vaccinali e di profilassi.

In Piemonte è interessante la delibera regionale che regola l'accesso alle strutture sanitarie degli immigrati irregolari istituendo dei Centri di Informazione salute immigrati (Isi) presso le aziende regionali Usl.

Il Veneto, anche sulla spinta di una crescente consistenza numerica degli stranieri nella regione, ha costantemente governato le problematiche sanitarie con delibere, note e circolari regionali, prontamente adeguatesi alla normativa nazionale (già dal 1991 varie indicazioni e nel 1996 con la D.g.r. n. 3264 ha definito un "Progetto regionale in materia di assistenza agli immigrati ed emarginati") ed enfatizzando l'importanza della formazione di tutti gli operatori socio-sanitari. Per altro questa regione ha isti-

---

<sup>17</sup> La ricerca è ancora in corso: riportiamo alcune considerazioni preliminari rese pubbliche con la presentazione del Primo rapporto della Commissione l'integrazione presieduta dalla Prof.ssa Giovanna Zincone.

Tabella 3.4 - Politiche intersettoriali di salvaguardia della salute dei cittadini stranieri nella normativa regionale

	Informazioni per la reale fruibilità del Ssr	Formazione degli operatori sanitari	Educazione sanitaria e prevenzione	Copertura vaccinale	Strumenti di monitoraggio del bisogno di salute	Collaborazioni con università, associazioni, volontariato
Abruzzo	—	—	—	—	—	—
Basilicata	—	—	—	—	—	•
Calabria	—	—	—	—	—	•
Campania	—	—	—	—	—	•
Emilia Romagna	•	•	•	•	—	•
Friuli	•	—	•	—	—	—
Lazio	•	•	•	•	•	•
Liguria	•	•	•	•	•	•
Lombardia	•	—	•	•	—	•
Marche	•	•	•	•	—	•
Molise	—	—	—	—	—	—
Piemonte	•	•	•	—	—	•
Puglia	—	—	—	—	—	•
Sardegna	—	—	—	—	—	•
Sicilia	—	—	—	—	—	•
Toscana	•	•	—	—	—	•
Trento	—	—	•	•	•	•
Bolzano	—	—	—	—	—	—
Umbria	•	•	•	•	•	•
Valle d'Aosta	—	—	—	—	—	—
Veneto	•	•	•	•	•	•

tuito, ai sensi della D.g.r. n. 5105 del 28 dicembre 1998, un gruppo tecnico regionale per proporre, organizzare e monitorare “Iniziativa sanitarie in materia di immigrazione” che recentemente, dopo alcune esperienze pilota, ha pianificato un percorso formativo gli operatori delle aziende sanitarie della regione.

Infine l’Emilia Romagna si è rivelata una regione che ha dato risposta ad ampio raggio sui temi della salute degli immigrati con delibere, circolari regionali e con il piano sanitario regionale; appare certamente interessante il nuovo, già citato, progetto di legge. Sono diverse le esperienze locali di interesse e che possono essere adeguati modelli di percorsi assistenziali e di promozione della salute.

Nel Centro Italia, a eccezione del Molise che non ha prodotto ancora una normativa regionale sull’immigrazione e dell’Abruzzo che nulla di nuovo ha emanato per uniformarsi ai cambiamenti nazionali, le altre quattro regioni (Lazio, Marche, Toscana, Umbria) rivelano iniziative particolarmente significative.

La normativa della Regione Lazio è densa di delibere e circolari regionali tra cui segnaliamo quelle per la regolamentazione dell’accesso all’assistenza sanitaria per lo straniero temporaneamente presente. Con tali strumenti si è prontamente adeguata

alla normativa nazionale e anzi ha chiarito ambiti di possibile ambiguità della stessa con riferimento anche alla componente regolare. La recente proposta di Psr pone particolare attenzione al tema della formazione specifica con l'ambizioso obiettivo di formare almeno il 50% degli operatori sanitari della Regione entro i prossimi tre anni.

Per l'Umbria invece si evidenziano le delibere regionali che hanno provveduto a regolamentare la disciplina in materia di prestazioni sanitarie sia agli stranieri temporaneamente presenti, sia ai residenti in Italia e l'atto di indirizzo programmatico generale (cap. 5.2 Psr 1999-2001) Promozione e tutela della salute degli immigrati con espliciti richiami all'attuale normativa nazionale.

La Regione Marche si caratterizza per avere emanato una nuova legge regionale anche se subito prima dell'emanazione del Testo Unico sull'immigrazione. In particolare nell'articolo specifico dell'assistenza sanitaria si parla di campagne di prevenzione collettiva e di indagini epidemiologiche, comprese le campagne di educazione sanitaria e di prevenzione anche per l'immigrato, di promuovere attività formative specifiche per gli operatori socio-sanitari indispensabili per migliorare la capacità di lettura, interpretazione e comprensione delle differenze culturali intrinseche nel concetto di salute. Infine la Regione, per stimolare l'aggiornamento dei responsabili dei servizi sanitari, promuove seminari periodici di alto livello o direttamente o attraverso le aziende sanitarie, gli organismi nazionali, internazionali e le associazioni del volontariato che operano in ambito specifico.

L'impronta innovativa che caratterizza la legge regionale si evidenzia anche dall'art. 20 ("Protezione sociale") che ha posto una particolare attenzione alla tutela di coloro che sono vittima di situazioni di violenza o grave sfruttamento. Un riguardo specifico è rivolto alle donne e ai minori stranieri vittime del traffico finalizzato allo sfruttamento sessuale; per loro sono stati attivati, anche attraverso incentivi agli enti locali, progetti mirati a creare occasioni di accoglienza, rieducazione e reinserimento come testimoniano i due progetti che ci sono stati inviati.

Infine la Regione Toscana ha provveduto con tempestività a uniformarsi all'orientamento della nuova normativa nazionale, come si evince dalla delibera n. 76 del 1999 che fornisce gli indirizzi per la programmazione degli interventi e la ripartizione dei finanziamenti della l. n. 40 del 1998.

Inoltre si rivela significativo il Psr 1999-2001 che affida ai consultori per immigrati il duplice compito di elaborare progetti mirati a specifiche problematiche sanitarie e di assicurare un'informazione e un'accoglienza linguistico-culturale adeguate a questa nuova fascia della popolazione; anche attraverso i piani annuali degli interventi a sostegno degli immigrati extracomunitari in Toscana degli anni dal 1994 al 1999, si percepisce chiaramente la consapevolezza maturata dalla regione, secondo cui l'immigrato dovrà progressivamente avere accesso a tutti i diritti di cittadinanza, nell'ottica di creare una società multiculturale.

Per quanto riguarda il Sud d'Italia, la Regione Puglia pur mancando input regionali, presenta diverse realtà locali mostrando un variegato mondo di esperienze e interventi anche in un'ottica legata all'integrazione degli stranieri in un tessuto sociale e produttivo.

La Regione Sicilia per la prima volta durante il mese di dicembre 1999 emana una circolare in cui informa le aziende sanitarie delle novità apportate dalla nuova normativa nazionale in ambito di assistenza sanitaria agli immigrati. Un primo segnale, for-

temente voluto dall'associazionismo locale che da anni opera a favore degli stranieri, e che speriamo possa essere un primo passo per definire una politica più attenta.

Per quanto riguarda le altre regioni nessuna sembra avere tenuto conto e provveduto ad aggiornarsi rispetto ai nuovi riferimenti nazionali, in particolare anche in ambito sanitario, come già accennato per la Puglia, iniziative locali, supportate dalla regione, sono quasi sempre presenti.

### 3.6 Considerazioni e prospettive

A fronte di una legislazione e di una programmazione innovative, si evidenziano una serie di criticità e di rischi da cui effettivamente dipende il raggiungimento degli obiettivi che l'attuale politica sanitaria sugli immigrati si è prefissata.

Il più banale ma anche più rilevante aspetto critico riguarda il rispetto della normativa vigente: nel periodo che è intercorso dall'emanazione della legge n. 40 del 1998 si è infatti assistito - come il precedente paragrafo ha chiaramente illustrato - a comportamenti applicativi notevolmente difformi sul territorio nazionale, con una evidente tendenza a interpretazioni discrezionali; solo poche regioni hanno sinora emanato leggi, delibere o circolari attuative che limitassero questa discrezionalità. A parziale giustificazione di quella che potrebbe essere chiamata "inerzia normativa periferica" può essere addotto il lungo periodo di tempo che è stato necessario per disporre del Regolamento di attuazione del Testo Unico; non sembra però lecito evocare tale protratta assenza per il mancato adempimento a norme che non presentavano alcun dubbio interpretativo. Per ovviare al rischio di vedere ancora una volta affermati principi cui poi non corrisponde una prassi diffusa e consolidata - oltre al costante richiamo al rispetto della normativa - sarebbe auspicabile un programma di monitoraggio permanente, condotto attraverso un coordinamento interregionale, i cui singoli membri dovrebbero essere a loro volta referenti riconosciuti all'interno della rispettiva regione o provincia autonoma. Tale monitoraggio dovrebbe, a nostro avviso, essere effettuato con particolare attenzione all'accessibilità dei servizi.

La conoscenza della normativa, condizione indispensabile alla sua corretta applicazione, dovrebbe inoltre essere perseguita attraverso una capillare informazione condotta - da una parte - sulle aziende, sui servizi e sugli operatori (sia sanitari che amministrativi), e - dall'altra - sulla popolazione immigrata, attraverso un'opera di orientamento ai servizi in cui, ad esempio, l'Ufficio relazioni con il pubblico (Urp) e le associazioni di volontariato del settore potrebbero rivestire un ruolo centrale.

Si è fatto cenno alla questione dell'accessibilità ai servizi sanitari pubblici. In un sistema sanitario nazionale qual è il nostro, tale questione riveste una particolare rilevanza, al punto che la *Commissione per le politiche di integrazione* (prevista dalla l. n. 40 del 1998 all'art. 46), nel suo già citato primo rapporto al Governo sullo stato di attuazione delle politiche per l'integrazione degli immigrati, l'ha ritenuta la chiave di lettura privilegiata per valutare l'integrazione nel campo della salute. In estrema sintesi, per favorire l'accessibilità degli immigrati ai servizi sanitari, è necessario individuare tutte quelle variabili che possono rappresentare meccanismi di ostacolo all'accesso e alla fruibilità degli stessi (con meccanismo di "barriera") e adottare opportune iniziative volte a ridurne o annullarne l'effetto.



Tradizionalmente vengono distinte barriere di natura giuridico-amministrativa, barriere di tipo economico, barriere di natura organizzativa, barriere di natura linguistico-comunicativa e barriere di tipo culturale. Alcune di queste 'barriere' accomunano i soggetti immigrati più deboli con le fasce socio-economiche più svantaggiate della popolazione italiana (classicamente le barriere di tipo economico, come il vincolo di pagamento di ticket non sostenibili dal soggetto portatore di bisogno di salute, che gli attuali criteri di esenzione parziale o totale non contemplano). Altre barriere sono più facilmente riconoscibili come specificamente collegate alla diversità di cui l'immigrato è portatore (in particolare quelle di natura comunicativa e quelle di natura culturale in senso lato, essendo i concetti di salute, di malattia e di cura fortemente condizionati dalla cultura di appartenenza e dai valori simbolici a questa collegati). Dal punto di vista della pubblica amministrazione di ambito sanitario, si segnala sempre di più la necessità di contrastare possibili barriere di tipo organizzativo (anch'esse fortemente patite dall'utenza autoctona), cercando di "riorientare" i servizi a eventuali specifiche necessità di questa "nuova" utenza straniera. D'altra parte ciò rispecchia l'orientamento e il tentativo attualmente in corso di semplificazione amministrativa, volta a evitare l'azione negativa esercitata da regole, procedure e vincoli non indispensabili di tipo organizzativo. Vale la pena citare a questo proposito il d.legisl. n. 29 del 1993, che all'articolo 5 - Criteri di organizzazione - afferma che "Le amministrazioni pubbliche sono ordinate secondo i seguenti criteri: (omissis) d) armonizzazione degli orari di servizio, di apertura degli uffici e di lavoro con le esigenze dell'utenza e con gli orari delle amministrazioni pubbliche dei Paesi della Comunità Europea, nonché con quelli del lavoro privato; (omissis) f) flessibilità nell'organizzazione degli uffici e nella gestione delle risorse umane anche mediante processi di riconversione professionale e di mobilità del personale (omissis)".

Oltre alla necessità già ribadita di un ingente impegno di informazione della popolazione immigrata e dei servizi, si rendono indispensabili iniziative di formazione-aggiornamento del personale a vario titolo interessato, soprattutto per evidenziare quelle specificità culturali, genericamente definibili di interesse antropologico, da cui spesso dipende la reale fruibilità dei servizi stessi.

Affinché la definizione delle politiche sanitarie specifiche - che si sostanzia principalmente in offerta di servizi e prestazioni - non sia improvvisata, è indispensabile poi mettersi in condizione di effettuare una corretta analisi del bisogno di salute, che richiede la messa a punto di flussi informativi che forniscano dati di sufficiente attendibilità.

Un accenno alla questione delle risorse: la loro inadeguatezza (in particolare riferita a quelle di natura economica) viene infatti spesso invocata per motivare l'impossibilità di allinearsi a orientamenti dati e intraprendere azioni specifiche, soprattutto quando non considerate prioritarie. Va innanzitutto sottolineato come, ai sensi della normativa vigente, la gran parte degli stranieri immigrati contribuisca con il proprio lavoro, al pari degli italiani, al finanziamento del sistema sanitario pubblico; si può addirittura affermare che, fino a quando la caratterizzazione demografica degli immigrati sarà, rispetto a quella degli italiani, maggiormente spostata in senso giovanile, saranno proprio gli italiani a trarne maggiore beneficio. Inoltre, pur concordando sul fatto che serie politiche sanitarie richiedono investimenti ade-

guati a progetti e iniziative appropriati, va segnalata con una certa preoccupazione una diffusa incapacità di utilizzo di risorse già esistenti e disponibili. Utilizzando a mo' di esempio l'ambito assistenziale che incontra maggiori resistenze a livello aziendale locale - cioè quello agli stranieri irregolari - ricordiamo che, negli ultimi quattro anni, il Cipe<sup>18</sup>, su proposta del Ministro della Sanità, ha stanziato dalla parte corrente del Fondo sanitario nazionale una somma complessiva pari a 240 miliardi di lire (pari a circa 124 milioni di euro), da ripartirsi tra le regioni, per la sola assistenza sanitaria agli immigrati irregolari. Relativamente ai primi tre anni di stanziamento (l'ultimo è infatti di recente emanazione) è però avvenuto che in molte realtà locali o non si è venuti a conoscenza dell'esistenza di tali fondi o questi non sono stati messi effettivamente a disposizione delle aziende sanitarie.

## Conclusioni

In conclusione, siamo consapevoli di come il tema dell'immigrazione abbia notevolmente risentito in questi anni di un approccio esasperatamente ideologico e di come sia stato spesso strumentalizzato dalle parti politiche in modo demagogico. Riteniamo che ciò non abbia in generale favorito un confronto pacato e un dibattito onesto, con una eccessiva attenzione all'aspetto della clandestinità che, del fenomeno immigratorio, è componente certamente minoritaria<sup>19</sup>. Questo è però tanto più necessario in campi, come quello della salute, ove è possibile radicare i ragionamenti e le decisioni su solide basi scientifiche. Ed è su queste basi - e in particolare su quell'approccio di sanità pubblica che connota le attuali politiche sanitarie di cui abbiamo trattato nel precedente capitolo - che esprimiamo il nostro apprezzamento sulla strada intrapresa. Riteniamo in effetti di essere di fronte a una occasione da non perdere, offerta da una particolare convergenza e coerenza di strumenti normativi e programmatori, mai verificatasi in passato nel nostro paese. Siamo consapevoli che delle buone norme non bastino a garantire accesso e fruibilità delle prestazioni sanitarie: la formazione degli operatori e il loro costante aggiornamento con un approccio multiprofessionale e interdisciplinare, ci sembra un passo determinante perché politiche adeguate possano tradursi in prassi quotidiana.

Avendo una certezza del diritto, da riaffermare costantemente, e quindi una piena cittadinanza sanitaria da parte degli immigrati, lo sforzo di quanti in questi anni si sono impegnati per garantire una tutela sanitaria agli immigrati spesso tra le pieghe del Ssn o nell'ambito del volontariato, sarà quello di una attenta messa in rete di esperienze, risorse e competenze per far sì che l'accesso ai servizi si possa tradurre in una reale fruibilità delle prestazioni.

Si apre il tema affascinante della relazione con persone con altri sistemi biomedici di riferimento, della medicina transculturale, del lavoro multidisciplinare, della colla-

---

<sup>18</sup> Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica.

<sup>19</sup> Sulla base di quanto emerso dall'ultima opportunità di regolarizzazione (così come da quelle precedenti) e dal confronto con i dati delle presenze ufficiali, il rapporto tra immigrati regolari e irregolari sembra attestato intorno a 5 a 1.

borazione tra pubblico e volontariato, dell'attiva partecipazione degli immigrati.

Per questo abbiamo deciso di approfondire in particolare l'aspetto relazionale a cui abbiamo dedicato un ampio allegato, convinti che è il piano della relazione, del rapporto struttura sanitaria (con tutti i suoi operatori) con il paziente immigrato, il luogo "sensibile" dove si misura la capacità di un sistema complesso, come quello sanitario, di fornire risposte adeguate, efficaci ed efficienti. È il passaggio da una "mediazione" di singole persone spesso legata alla buona volontà o alla preparazione specifica di pochi, a una mediazione di sistema, dove l'intera organizzazione sanitaria sappia prendere in carico non solo il bisogno ma la persona.

Difficilmente oggi una legge può stabilire come avvicinare culture diverse, come organizzare modelli sanitari percepiti ed espressi in modo diversificato, come motivare il personale, come rendere attente e sensibili le strutture: concesso in modo ordinario il diritto, questa è la sfida per una reale integrazione e una comune crescita.

Non sappiamo se le politiche sociali e sanitarie che saranno adottate in Italia riusciranno a contrastare quelle possibili forme di discriminazione nella salute delle minoranze etniche che già sono emerse con evidenza in paesi di più lunga tradizione immigratoria del nostro. Non è possibile prevedere se il contrasto delle diverse tipologie di barriere nell'accesso ai servizi sanitari pubblici che possono ostacolare la salute degli immigrati avrà successo; non vi è però dubbio da parte nostra, per ragioni di civiltà democratica, di solidarietà e soprattutto di tutela della salute individuale e collettiva, che un onesto e convinto tentativo vada fatto.

## Allegati

### Allegato 1

#### *L'incontro tra culture in medicina*

##### *1.1 Due storie*

Il titolo di questo capitolo è volutamente errato: non si sono mai viste due culture che si incontrino, né tanto meno che si presentino, si stringano la mano e discutano più o meno amabilmente sui reciproci modi di vedere il mondo. L'abbiamo scelto perché riecheggia modi di dire (potremmo anche definirli luoghi comuni) che sembrano abbastanza diffusi nella nostra società contemporanea. L'abbiamo scelto per poterlo, in un certo senso, contestare, e richiamare così una realtà difficilmente opinabile: le culture non si incontrano. Spesso, sempre più spesso nel nostro paese, si incontrano persone provenienti da mondi culturali differenti.

In altre parole gli incontri interculturali, o transculturali, sono in primo luogo incontri di persone. Ci sembra che trascurare questa ovvietà precluda la possibilità di approfondire l'analisi delle dinamiche che entrano in gioco in quella che chiamiamo la relazione terapeutica in un contesto interculturale. Dove per "relazione terapeutica" non intendiamo solo la classica relazione medico-paziente, ma, più in generale, tutto quanto avviene nel più vasto campo delle professioni di aiuto: personale paramedico, psicologi, assistenti sociali, ecc.

Fatta questa premessa, prima di entrare nei contenuti teorici di quanto vogliamo esporre, può essere interessante conoscere un paio di storie prese dalla vita quotidiana.

##### *Margherita e Medina*

*Margherita è un'assistente sociale, lavora in una grande città dell'Italia settentrionale, e porta in supervisione un caso complesso. Fin dalle sue prime parole appare frustrata:*

*"Io ho molte difficoltà con gli stranieri, mi sembra difficile condividere un progetto di intervento con loro; mi pare che non ci capiamo proprio, la differenza culturale è troppo grande".*

*Dopo questo preambolo scoraggiato, comincia a descrivere la sua ultima delusione. È il caso di una donna somala, Medina, che vive in una modesta abitazione e in povere condizioni con un figlio di 12 anni. Il suo lavoro è di assistere una signora anziana, presso la quale passa quasi tutta la giornata.*

*Recentemente questa signora è stata ricoverata in ospedale, e i parenti hanno chiesto a Medina di assisterla di notte, dato che ora non era più impegnata di giorno. Il compenso sarebbe stato maggiore. Medina decide che la cosa migliore da fare è accettare, e, per la durata del ricovero, prega una famiglia di connazionali di ospitare il proprio figlio, per non lasciarlo solo di notte. Si tratta di persone che conosce bene, e che godono di stima all'interno della comunità dei connazionali.*

*Dopo qualche giorno, però, il ragazzino marina la scuola insieme al figlio, suo coetaneo, della famiglia che lo ospita. Alla sera i bambini, scoperti, vengono puniti, probabilmente in un modo piuttosto rumoroso, perché qualcuno chiama la polizia. Le forze dell'ordine stendono un verbale da cui risulta che il figlio di Medina era in una casa senza parenti stretti. Interviene in Tribunale dei minori che, constatate le condizioni di vita del piccolo, decide per un suo affidamento presso un istituto (o una famiglia italiana, non ricordo bene).*

*A questo punto Medina giunge disperata da Margherita per riavere suo figlio: racconta la storia, e l'operatrice comincia a muovere i primi passi. Prepara un progetto accurato che prevede la restituzione del figlio, accompagnandola con una serie di interventi assistenziali per promuovere la scolarizzazione del bambino, la sua socializzazione, eccetera. Discute il progetto con le colleghe, che, pur apprezzando il piano di intervento, le lasciano capire di considerarla un'ingenua: "alla prima occasione quella ti frega, come fanno di solito... appena riavrà il figlio, tu non la vedi più...".*

*Il progetto preparato da Margherita convince il giudice, che permette il ricongiungimento del*

*bambino con la mamma. Medina torna da Margherita, e le esprime tutta la sua riconoscenza. Dopo qualche giorno, però, il bambino sparisce, e il programma successivo di Margherita non può partire: Medina, infatti, ha deciso di mandare il figlio a Londra, a raggiungere il padre. Le colleghe ricordano a Margherita le loro profezie: "Te lo avevamo detto, ti sei fatta fregare anche questa volta...". Margherita si sente frustrata, e porta il caso in supervisione: "La differenza culturale con gli extracomunitari è troppo grande, non ci capiamo".*

Francesco

*Francesco è un giovane medico, laureato da poco, ha appena superato gli esami di stato e si è iscritto all'Ordine dei Medici. È una persona idealista, ha in programma di fare qualche esperienza di lavoro in Africa, e nel frattempo si è proposto come volontario presso un ambulatorio dedicato alla cura degli stranieri in Italia.*

*Nel corso della sua prima giornata di lavoro viene affidato a una collega, e passa la mattinata ad assistere alle visite. Nota un paio di situazioni che lo lasciano perplesso. Un paziente bengalese si lamenta di sentire "calore nel corpo": la collega lo visita con cura, e poi stabilisce che "non ha niente", lo rassicura con garbo, e lo licenzia. Poi spiega a Francesco: "Ogni tanto vengono queste persone dal Bangladesh, con questa storia del calore nel corpo, ma non hanno mai niente. Li visito sempre da capo a piedi, gli misuro anche la temperatura, ma non c'è mai febbre; in realtà non hanno niente".*

*La scena si ripete poco dopo, quando un altro paziente, anch'egli proveniente dal sub-continente indiano, si lamenta di sentirsi debole e di non respirare bene. Altra visita meticolosa, e stessa diagnosi: non c'è nulla.*

*Francesco è perplesso: la collega è competente, esperta, e ha anche dei modi di fare gentili; non sembra un tipo né superficiale, né presuntuoso. Tuttavia egli pensa che se una persona si scomoda per andare dal medico, qualche motivo deve averlo. Decidere di discutere in un gruppo di supervisione i suoi dubbi.*

Ho scelto di presentare queste due storie perché sono in qualche modo emblematiche. Non siamo di fronte a situazioni di "malasanità" o di cattiva assistenza, né ci troviamo ad avere a che fare con operatori demotivati o approssimativi. Siamo semplicemente alle prese con pregiudizi, in larga parte inconsapevoli, e quindi difficili da analizzare o da mettere in discussione. Nel primo caso, quello di Margherita e di Medina, possiamo parlare di sopravvalutazione della differenza culturale (presto vedremo perché), e nel secondo, quello riferitoci da Francesco, di una sua sottovalutazione.

### 1.2 Sopravvalutare la differenza culturale

Il concetto di razza è stato, per la specie umana, ampiamente contestato dai genetisti, e sostanzialmente demolito; valgano, per tutte, le opere di Cavalli-Sforza [1996]. Non esistono basi scientifiche per sostenere tesi razziste.

Ma, come è esperienza quotidiana, per superare i pregiudizi la scienza non basta. Essi si nascondono nell'intimo dei singoli individui e sono difficili da raggiungere e da svelare. Essi sono ancora più irraggiungibili e nascosti quando sono tacitamente condivisi da un'intera società. Nella nostra cultura contemporanea ci sono termini utilizzati anche da coloro che sono sinceramente aperti nei confronti delle persone che vengono da altri mondi, e che mai potrebbero essere definiti razzisti, che tuttavia possono nascondere pregiudizi, derivati dallo smentito concetto di razza: etnia, cultura, nazionalità, identità, eccetera.

A volte, dietro questi termini in apparenza "puliti", si nascondono pregiudizi che possono riecheggiare sfumature razziste. Non voglio entrare in un campo che è proprio dei sociologi e degli antropologi, piuttosto che di un medico quale io sono, ma posso suggerire, per chi voglia approfondire questi temi, il libro "L'imbroglio etnico" di Gallisot e Rivera [1997].

Per quanto riguarda invece la diffusione di pregiudizi nella società italiana, può essere veramente illuminante la ricerca condotta dall'antropologa Paola Tabet [1997] nelle scuole, invitando i bambini a scrivere un tema dal titolo "Se i miei genitori fossero neri". I risultati mettono in evi-

denza come i nostri figli siano in molti casi imbevuti di pregiudizi, che essi assorbono come piccole spugne dall'ambiente sociale in cui vivono.

Probabilmente nessuno di noi è indenne da pregiudizi. Tantomeno in questioni come quelle del rapporto con gli stranieri. Nemmeno i motivati protagonisti delle storie che abbiamo raccontato e, verosimilmente, nemmeno il loro supervisore. Ma poiché il limite fa parte della natura umana, anche persone con un po' di pregiudizi possono lavorare bene insieme, magari proprio scoprendoli e rivelandoli dentro di sé.

Vediamo dunque di mettere in ordine i dati che conosciamo, cominciando dalla storia di Margherita e di Medina.

L'operatrice esordisce dicendo che con gli stranieri ha molte difficoltà, e non riesce a condividere un progetto con loro. Il progetto di Medina era riunirsi con il figlio; qual era il progetto di Margherita? Far riunire la mamma e il suo bambino. Perché dunque dice che non c'era un progetto condiviso? Glielo abbiamo chiesto, e ci ha detto che, mentre lei aveva accompagnato l'obiettivo prioritario (il ricongiungimento) con un progetto secondario di inserimento sociale del bambino, Medina ha fatto tutt'altro, spedendo il figlio in Inghilterra dal padre.

Possiamo allora specificare una differenza: il progetto prioritario era condiviso, c'è stata differenza solo su quello accessorio. Quest'ultimo era davvero importante per Margherita? L'assistente sociale ci riflette un po', ne discute, e con molta lealtà riconosce che no, non era fondamentale. Il bambino già andava a scuola, con risultati discreti, e non sembrava avere particolari problemi di inserimento. In realtà aveva elaborato questa parte dell'intervento soprattutto per presentarlo in modo convincente alle colleghe, che spesso erano critiche nei confronti dei casi di stranieri che seguiva lei.

Rimesse in ordine le carte, la situazione si presentava così: una mamma rivolgeva suo figlio: c'è qualcosa di "culturale" in questo? Un'operatrice sociale decide, sulla base dei dati, che è una richiesta giusta, e la appoggia.

Quando la mamma ha di nuovo il figlio con sé, ringrazia molto Margherita; poi considera che, verosimilmente, le sue condizioni di vita nell'immediato non cambieranno di molto, e che quindi c'è il rischio che le tolgano di nuovo il figlio; decide quindi, sia pure a malincuore, di separarsene, per farlo vivere all'estero con il padre: sempre meglio che in un istituto o con una famiglia italiana. Dov'era la differenza culturale in grado di ostacolare la relazione?

In realtà una differenza culturale c'era, ma era una differenza di cultura professionale, tra il modo di Margherita di concepire la propria professione e quello delle sue colleghe. Insomma, non tra Margherita e Medina, ma tra Margherita e le sue colleghe.

Tuttavia, l'operatrice, sentendosi a disagio in quella situazione, ne ha attribuito istintivamente la causa, con una sorta di corto-circuito mentale, alla presunta differenza culturale tra sé e la signora straniera.

Un atteggiamento di questo tipo è particolarmente diffuso e, a mio modo di vedere, è spesso la causa principale delle incomprensioni, nella relazione d'aiuto, tra operatori italiani e i loro assistiti di origine straniera. Quasi che si pensasse: siccome tra noi e loro la differenza è immensa, ogni problema non può che dipendere da quest'ultima; quindi, solo risolvendo la difficoltà culturale può venire risolto anche il problema. È molto spesso un abbaglio, che ci acceca per quel tanto che basta per non accorgerci, ad esempio, che il fatto che una mamma voglia bene a suo figlio e tema di perderlo ha ben poco a che vedere con questioni culturali.

La diversità culturale, esasperata nella nostra percezione, ci porta spesso a dimenticare di avere di fronte una persona, e non una cultura; e a interpretare di conseguenza le reazioni di questa persona come un tratto culturale, come se ogni individuo fosse una sorta di archetipo del mondo da cui proviene.

Rischiamo di riproporre in ambito transculturale quella stessa depersonalizzazione che è stata una delle vie meno produttive (tra le tante vincenti) imboccate dalla medicina occidentale, che, nell'ultimo secolo, ha cominciato a occuparsi sempre più di malattie e sempre meno di pazienti. Si tratta di una critica talmente spesso riproposta che penso possa venire considerata di accettazione quasi universale. Non voglio entrare nel merito. Ma mi sembra che l'incontro con pazienti che vengono da altri paesi possa riproporre qualcosa di analogo: non li consideriamo individui ma culture, non entriamo in relazione con persone, ma con sistemi culturali.

È utile difenderci da questo abbaglio: prima di ogni altra cosa ci sono esseri umani, di fronte a noi. Se lo ricordiamo, ci sarà meno difficile evitare i tranelli della relazione d'aiuto transculturale. E accorgerci dei nostri preconcetti. A questo scopo voglio proporre un semplice esercizio, che può darci un'idea di come i pregiudizi etnici possano nascondersi dentro di noi.

---

#### *Esercizio*

Mettetevi in una posizione comoda, confortevole, e rilassatevi. Quando vi sentite bene con voi stessi, riandate con la vostra memoria a un ricordo di quando, bambini, avete avuto un contatto con una persona africana (potete fare lo stesso con un asiatico, un americano, eccetera). Può essere stato un contatto diretto, oppure qualcosa che avete sentito raccontare, o che avete visto alla televisione. Se il vostro ricordo è impreciso, permettetevi pure di completarlo con la vostra fantasia.

Quando avete ricostruito il vostro ricordo, fate attenzione a quali sono le *sensazioni fisiche* che provate in quel momento: cosa sentite con il vostro udito? Cosa vedete? Avvertite degli odori o dei sapori particolari? Avete delle sensazioni tattili, o termiche, o dolorifiche?

Poi passate al vostro *stato d'animo*: quali emozioni provate? paura? rabbia? tristezza? gioia? speranza? cos'altro?

Forse vicino a voi c'è *qualche adulto* che per voi è autorevole: i genitori, i nonni, un insegnante, eccetera. Quali sono le loro reazioni? Cosa vi dicono? Se vostra mamma non è presente, cosa direbbe a proposito di questa situazione? E vostro papà?

Infine accorgetevi dei vostri *pensieri*: che idea vi state facendo, in quel momento, su voi stessi? sugli altri? sul mondo?

Se ne avete voglia, appuntatevi gli elementi del vostro ricordo che avete identificato nel corso dell'esercizio. Poi prendetevi qualche minuto per scoprire se, in qualche modo, qualche aspetto del vostro passato è ancora presente in voi, nella vostra attuale vita di adulti. Potrebbe nascondere qualche pregiudizio?

---

Anch'io ho fatto questo esercizio, e voglio raccontarlo per utilizzarlo come esempio. Ho un ricordo in cui ero molto piccolo, avevo forse tre anni, o quattro. Posso dirlo con buona sicurezza, perché mi trovo nel giardino di una casa dove abitavo a quei tempi. È una giornata brillante, con un bel sole. Sono venuti in casa, per ragioni che non conosco, tre missionari, con una veste bianca e lunga. Uno di loro è nero nero, e io ne sono affascinato: il sole brilla sulla sua pelle, e lui mi guarda con un bel sorriso caldo, accogliente. Mi sento bene, sono felice e incuriosito, affascinato.

Sento mia mamma che mi guarda con simpatia, divertita dalla mia curiosità. Mio papà non so cosa faccia, ma so che c'è, e se c'è lui vicino, tutto va bene. Penso che quell'uomo deve conoscere cose meravigliose, che è buono, e che io voglio andare con lui, quando sarò grande.

Quando sono cresciuto, ci sono andato davvero, in Africa, a vivere. Quel mio ricordo infantile è bello, pieno di vita. È difficile rintracciare tracce di pregiudizi razziali. Quel senso di fascino l'ho portato con me; quando ho avuto circa 12 anni, ho conosciuto un paio di ragazzi palestinesi, che erano in Italia per un periodo, e ho fatto molta amicizia con loro: non erano neri, ma comunque venivano da lontano. All'università frequentavo molto qualche compagno di studi africano. Difficile parlare di pregiudizi etnici, eppure...

Quando sono emigrato in Africa, ci sono andato per lavoro: ero medico già da qualche anno, e sapevo quello che avrei dovuto fare. Inoltre avevo tanta simpatia per gli africani: tutto non poteva che andare bene. Invece ho avuto molte difficoltà, soprattutto nelle relazioni interpersonali. Gli africani non erano quella meraviglia che mi aspettavo. Tra i miei collaboratori c'erano persone pigre, svogliate, che lavoravano male. C'erano approfittatori che cercavano di fare i furbi. Tra gli africani c'erano ladri che sono entrati a casa mia e che mi hanno rubato il registratore, e non potevo più sentire la musica. Ero furibondo per la delusione.

La mia delusione era figlia di un pregiudizio legato al fascino dell'esotico: gli africani sono gente meravigliosa. Non è così. Gli africani non sono gente meravigliosa, perlomeno non tutti; forse la maggior parte sì, ma non tutti. Così come non lo sono gli europei, gli italiani, quelli della

mia regione o della mia città. Il problema mio era che avevo un pregiudizio etnico: non vedevo le persone per quello che esse erano singolarmente, ma avevo un'idea mitizzata di un gruppo, di un'etnia, di una cultura.

Le cose per me hanno cominciato ad andare meglio quando ho preso atto del fatto che non avevo a che fare con una cultura, ma con singole persone. Non avevo a che fare con l'Africa, ma con tanti individui che, per combinazione, avevano in comune il fatto di essere nati e di vivere lì. Allora ho potuto fare distinzioni, per esempio tra gli infermieri che lavoravano con me: Paulo, un uomo intelligente, serio, generoso, con una solida etica professionale; Sajuma, allegro, simpatico, altruista e straordinariamente confusionario, e un altro, scansafatiche e furbastro, che rubava le medicine e le rivendeva al mercato.

Non avevo più a che fare con una cultura, ma con singole persone. E della cultura, tuttavia, tenevo conto, per interagire con loro. Per evitare, cioè, di negare il fatto che differenze culturali vi siano, come vedremo tra poco.

### 1.3 Sottovalutare la differenza culturale

Il caso raccontato da Francesco è interessante: egli è un giovane medico, non ha la pretesa di stabilire ciò che si deve fare quando si visita un paziente, soprattutto se si confronta con una collega più esperta. Inoltre è stato a contatto con la dottoressa di cui ha parlato per un tempo sufficientemente lungo per poterne apprezzare la competenza professionale e l'umanità. Tuttavia le cose non gli tornavano.

In effetti la collega si avvicinava ai pazienti con un atteggiamento che potremmo definire "universalista": gli esseri umani sono, tra loro, tutti uguali, e c'è una sola medicina vera, quella che lei ha imparato all'università. Secondo questa medicina, se un paziente sente calore nel corpo, significa che pensa di avere la febbre. Se non ce l'ha, non ha niente. Se si lamenta di non respirare bene, ma all'esame obiettivo evidenzia dei campi polmonari che si espandono bene, murmure vescicolare e fremito vocale tattile nella norma, assenza di rumori patologici, e magari anche prove di funzionalità respiratorie normali, allora significa che non ha niente.

In realtà ha, verosimilmente, qualcosa, se no non sarebbe andato dal medico. Ha una percezione soggettiva di malattia, che può sfuggire all'esame obiettivo, e che può essere in qualche modo in relazione con riferimenti culturali non contemplati dalla medicina occidentale.

Potremmo chiederci come avrebbe reagito la collega se si fosse trovata di fronte alla descrizione di un sintomo contemplata dal suo sistema di riferimento. Avrebbe forse chiesto ai pazienti da quanto tempo soffrivano di "calore nel corpo" o di "difficoltà a respirare", come erano cominciati i sintomi, se ne soffriva qualcun altro tra i loro amici, eccetera. Avrebbe cioè contestualizzato i loro disturbi, li avrebbe ritenuti degni di anamnesi, e ne avrebbe esplorato le origini, facendosi aiutare dai pazienti stessi.

I sintomi descritti sono suggestivi, e potrebbero farci pensare a un *Dhat* [Mazzetti 1996], un disturbo diffuso nel subcontinente indiano, le cui origini nosografiche sono vecchie di millenni. In India, o in Pakistan, o nel Bangladesh, i medici sanno cos'è un *Dhat*, un disturbo correlato alla perdita (vera o presunta) di sperma, considerato l'essenza più preziosa dell'essere umano.

L'Ayurveda e il *Sushruta Samhita*, un testo classico della medicina indù, dicono che l'organismo umano è costituito da sette costituenti fondamentali: il chilo, il sangue, la carne, il grasso, le ossa, il midollo osseo e lo sperma, che sono definiti, con termine sanscrito, "*Dhatu*". Il nome del disturbo, "*Dhat*", deriva da qui. Delle sette essenze lo sperma è quella più raffinata, una sorta di distillato dei precedenti, il più concentrato di energia. Secondo i testi sacri, infatti, 40 pasti producono una goccia di sangue, 40 gocce di sangue una di midollo osseo, e 40 gocce di midollo osseo una di seme, che è l'elisir della vita. La perdita di sperma significa quindi un grande spreco di energia (ogni goccia, 64.000 pasti!), che incide sulle condizioni generali dell'individuo, che si sente astenico, respira male, è ansioso e depresso, e ha bisogno di aiuto. Autosuggestione, potrebbe dire qualcuno di noi. Il che non ci aiuta a curare il paziente.

Non si può certo far carico alla collega di cui ci ha parlato Francesco di non conoscere il *Dhat*. Ma, pur senza competenze specifiche, un'indagine sui significati che la malattia poteva rivestire per il paziente le avrebbe forse aperto prospettive nuove.



È impossibile, per un medico che opera in Italia, conoscere tutte le culture dei pazienti stranieri che vivono qui; e altrettanto impossibile è conoscere tutta la nosografia presente in altri sistemi medici. Tuttavia, il clinico italiano può tener presente che la dimensione culturale esiste, e che esiste anche una persona che sa qualcosa della cultura di origine del paziente, ed è lì presente: è il paziente stesso. Perché rinunciare a una risorsa simile, durante la visita?

#### 1.4 Un punto di equilibrio

Ecco un brano trascritto a memoria di una visita medica avvenuta nell'ambulatorio per immigrati della Caritas di Roma, tra un medico italiano e una paziente peruviana:

*(Il medico ha appena cominciato l'esame obiettivo della paziente distesa sul lettino)*

Paziente: - Dottore da qualche giorno ho un forte mal di schiena, che va e viene, proprio in questa parte.

Medico: - La sua è una malattia calda o fredda?

Paziente: - Ah, no, guardi, io vengo dal mare.

*(Silenzio, sconcerto)*

Un simpatico dialogo per cui un osservatore esterno avrebbe prescritto a entrambi i conversanti un'urgente consultazione psichiatrica. Naturalmente (il brano è stato riferito da Salvatore Geraci, direttore dell'ambulatorio) c'era un retroscena: qualche settimana prima un'antropologa aveva tenuto un corso sulle diverse concezioni di malattia ai medici volontari dell'ambulatorio, e aveva portato l'esempio di una popolazione andina peruviana nella cui cultura le malattie vengono distinte in "calde" o "fredde". Il medico ha cercato di applicare il concetto appreso con una paziente peruviana, la quale gli ha offerto la sconcertante risposta.

Anche la frase "io vengo dal mare" aveva comunque una sua logica: la paziente, una donna colta, era a conoscenza dei riferimenti culturali a cui si rifaceva il medico, e gli ha risposto a tono specificando che lei era sì peruviana, ma non andina, veniva infatti da un'area geografica e da un contesto differente, e non utilizzava il sistema di riferimento "caldo-freddo".

Questo bizzarro dialogo ha lo scopo, oltre che di suscitare, forse, un sorriso, di sottolineare che non ci sono ricette per applicare concetti etnici nel dialogo in medicina, e che 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.

La leva decisiva per riuscirci è, probabilmente, un atteggiamento positivo, di buona disposizione di base, verso se stessi e verso l'altro.

Atteggiamento positivo verso se stessi significa accettarsi così come si è. Il medico riconosce di essere adeguato e competente ad agire, sia pure in condizioni anomale e a prima vista difficili. Questo comporta la rinuncia a porsi mete troppo elevate, a pretendere di realizzare interventi brillantemente risolutivi, a capire tutto dell'altro e della sua cultura. Significa anche, cioè, accettare i propri limiti, la propria finitezza, la possibilità di fallire e di imparare dagli errori, senza lasciarsi paralizzare dal proprio "sapere poco".

In questo modo il suo intervento professionale può assumere il fascino di un'esplorazione e di una scoperta, e, soprattutto, può efficacemente andare incontro ai bisogni del paziente.

Se il medico riconosce l'intrinseca positività di questi, e si mette alla ricerca delle sue linee di forza, saprà trovare e far leva su quelle risorse che sicuramente sono abbondanti, nel paziente, per quanto nascoste dal sintomo o dalla malattia. Egli può considerare l'altro non l'oggetto del suo studio, ma il partner in un'avventura di comprensione e di conoscenza, utilizzandone dunque le competenze.

Nel dialogo transculturale in medicina una delle chiavi del successo può essere proprio il rovesciamento del tradizionale rapporto medico-soggetto/paziente-oggetto, o, meglio, un suo ampliamento, riconoscendo a entrambe le parti un duplice ruolo, sia di soggetto che di oggetto, all'interno della relazione di cura. Il che significa che entrambi sono, contemporaneamente e sia pure con competenze e risorse diverse, artefici del processo di diagnosi e di terapia, e, contemporaneamente, entrambi imparano e vengono in qualche modo "modificati" dall'altro.

In questo modo la relazione medico-paziente transculturale, che può non di rado risultare difficile da definire, può diventare un'interessante esplorazione di frontiera.

Prendiamo un esempio concreto, *una donna musulmana non vuole spogliarsi davanti al medico per essere visitata*. È un episodio non raro nell'esperienza di chi lavora in ambito sanitario con pazienti stranieri. La reazione che ci viene spontanea è quella di attribuire il comportamento della signora alla sua cultura di origine.

Tuttavia possiamo forse fare un passo in più e considerare se, per una donna italiana, sia un'esperienza piacevole o spiacevole quella di spogliarsi davanti a un estraneo, il medico. Mi sono permesso di fare un po' di interviste, nella cerchia delle mie conoscenze; la risposta è stata, generalmente, negativa: alle donne italiane non fa piacere spogliarsi davanti al medico per venire visitate. Il massimo della sgradevolezza viene in genere raggiunto dalle visite ginecologiche.

Pur senza voler dare un valore scientifico alla mia modesta indagine casalinga, penso che possiamo ipotizzare che provare una sensazione sgradevole all'idea di subire una visita medica non sia un tratto culturale; o, per lo meno, non sia la discriminante culturale tra una donna italiana e una che provenga da un paese musulmano.

Se mai, può essere culturale il fatto che la donna musulmana ritenga di dover dare importanza al suo disagio, e cerchi di opporsi alla visita, mentre la donna occidentale sia culturalmente abituata a pensare che il suo disagio non ha diritto di esistere, perché è più importante la "funzione", cioè la necessità di sottoporsi alla visita.

Quali possono essere gli effetti di questi differenti comportamenti nella relazione medico-paziente? Nel primo caso (donna musulmana) il medico avrà difficoltà a eseguire la visita, e sarà tuttavia costretto a divenire consapevole del disagio della paziente, e a occuparsene in qualche modo. Nel secondo caso (donna italiana), la visita avverrà senza intoppi, ma il disagio della paziente viene "dimenticato": nessuno se ne prende cura.

Nel primo caso avrà un peso dominante, nella relazione, la dimensione emotiva, nel secondo quella razionale-funzionale.

Quale dei due modelli è meglio? Credo sia possibile concordare sul fatto che nessuno dei due è, in assoluto, migliore. Il secondo rende più facile e spedita la consultazione medica, il primo tiene forse più in considerazione la dignità della persona e i suoi bisogni emotivi.

La cosa più efficace è, probabilmente, trovare un equilibrio. Per quanto riguarda la paziente musulmana l'equilibrio va trovato tra la sopravvalutazione dell'aspetto culturale (le musulmane non accettano di spogliarsi), sapendo che il disagio della visita è probabilmente condiviso anche dalle pazienti occidentali (anche se queste non ne parlano), e la sua sottovalutazione (devono spogliarsi senza fare storie), sapendo che dare ai propri vissuti emotivi un'importanza maggiore di quanto facciamo noi è un tratto di probabile derivazione culturale. Se identifichiamo il punto di equilibrio, sapremo spiegare alla signora le nostre necessità di medici, sapremo farle capire che comprendiamo il suo disagio, sapremo rispettarla e darle il tempo di accettare qualche compromesso.

Ma possiamo poi fare anche un altro passo: identificare un equilibrio tra il comportamento-tipo della donna musulmana e quello della donna occidentale (non voglio che queste note possano avere una connotazione "sessista": se si parla di donne è solo perché l'esempio di cui ci occupiamo è particolarmente frequente; lo stesso potrebbe dirsi per i maschi di fronte, ad esempio, a un'esplorazione rettale). Possiamo cioè trasferire anche nella medicina isoculturale qualcosa che abbiamo imparato in quella transculturale.

Se il disagio è comune sia nella donna straniera che in quella italiana, potrebbe essere una buona idea tenerne conto con entrambe, non solo con quella, delle due, che lo manifesta apertamente, ma anche con l'altra, abituata a tacerlo.

Possiamo cioè ricordarci, noi medici, infermieri, e quant'altro, che una donna può essere a disagio quando si spoglia, che altrettanto può esserlo un uomo, che forse possiamo rendere più efficace la nostra cura se facciamo capire all'altro che comprendiamo il suo disagio, che ne teniamo conto, che ci comportiamo con delicatezza e in modo da ridurlo al minimo.

Questa è una delle grandezze della medicina transculturale, una delle ragioni per cui, lungi dall'essere solo una difficoltà, è anche (direi: soprattutto) un'opportunità. L'incontro, a volte lo scontro, con pazienti che vengono da altri mondi, ci costringe a metterci in discussione, a rivede-

re il nostro modo di fare medicina, a volte un po' impigrito, per accorgerci che la cura è anche altro, rispetto ai libri studiati all'università: è anche percezione soggettiva di malattia, riferimenti culturali, emozioni, bisogni, risorse del paziente, eccetera. E quanto impariamo con i pazienti che vengono da altri mondi possiamo spesso applicarlo anche con i pazienti che vengono dal nostro mondo: a tutto vantaggio di questi ultimi, e di noi stessi, per essere medici nel senso pieno del termine, medici di persone, autentici ed efficaci.

### 1.5 Esotismo, scetticismo, "sindrome di Salgàri"

Prima di concludere questo capitolo, voglio riportare, qui e là modificato, un brano ripreso da una mia pubblicazione già citata [Mazzetti 1996, 58-59], in cui vengono ripresi e riassunti alcuni dei concetti relativi alla sopravvalutazione e alla sottovalutazione della differenza culturale nell'incontro medico-paziente.

L'interesse di questo brano nasce anche dal fatto che esso costituisce una piccola memoria storica delle prime riflessioni su questo tema, condotte in Italia una decina d'anni fa, quando nel nostro paese la medicina transculturale cominciava a muoversi. Nel brano sono riportate, infatti, alcune osservazioni di due medici, Salvatore Geraci e Riccardo Colasanti, che a buon diritto, in Italia, possono essere considerati i precursori in questa esplorazione.

*"Il primo modello spontaneamente seguito è quello dell'istintivo rifiuto di operare un approccio transculturale al malato: noi medici e operatori sanitari occidentali, nati, cresciuti e formati professionalmente in una cultura scientifica razionale, tendiamo istintivamente ad applicare la nostra scienza così come l'abbiamo appresa, senza mediazioni, negando implicitamente che una malattia e, soprattutto, il "sentirsi malato" del paziente, possano in qualche modo essere differenti da come li abbiamo appresi sui libri di Università. È un atteggiamento molto umano, e, più che censure, merita comprensione: ognuno di noi vive all'interno di un proprio sistema di riferimento culturale, spesso assimilato e strutturato a prezzo di sforzi e fatica.*

*Questo spiega perché, però, ci possa risultare difficile comprendere che il nostro approccio clinico necessita di venire modulato: non possiamo limitarci a un po' di paternalismo, ma abbiamo bisogno di tener conto del sistema di riferimento di chi è ricorso alle nostre cure.*

*Se no c'è il rischio che la modalità "occidentale" di approccio alla malattia, se può essere utile a curare in qualche modo la sintomatologia del paziente, fallisca però la "guarigione" in senso pieno, intesa come la riacquistata capacità del paziente di sentirsi in armonia con se stesso.*

*Il secondo modello è, per certi versi, specularmente opposto. Si riferisce a un approccio "esotico" al paziente, la cui differenza culturale viene invocata a spiegare situazioni di fronte alle quali il medico occidentale si sente disarmato. Colasanti e Geraci [1990, 1995], a questo proposito, hanno coniato il termine di "sindrome di Salgàri":*

*"Senza aver mai visitato i paesi tropicali, Salgàri scriveva sognando a 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... non sorprende quindi che, come Salgàri, i più bei nomi della medicina accademica italiana, senza aver conosciuto la medicina dei migranti, senza aver forse mai visitato un immigrato, hanno scritto nei termini di un meraviglioso arrivo di patologie misteriose che moltitudini di Sandokan e di Tremal-naik importerebbero nei nostri paesi, trasmettendole forse ai semafori, insieme ai fazzoletti e al lavaggio del parabrezza...".*

*In questo modo, secondo i due autori, i medici che si occupano degli immigrati vengono colpiti dalla "sindrome di Salgàri", e vanno alla ricerca, nei loro pazienti, di quelle "meravigliose" patologie tropicali che hanno appena sfiorato, durante gli anni dell'università, qua e là sui libri di malattie infettive. La ricerca si rivela di regola frustrante: la patologia di importazione quasi non esiste, e gli immigrati si rivelano affetti da prosaiche malattie da degrado, dalla scabbia, dalla tubercolosi... per di più, acquisite nel paese che li ospita.*

*Per lo psichiatra la sindrome agisce in modo un po' diverso: egli non ha Trypanosomi o Onchocercae di cui andare a caccia, ma percepisce oscuramente dimensioni antropologiche*

diverse, dalle quali si sente respinto. Più che affascinarlo, il “meraviglioso” esotico lo spaventa, si frustra, non si sente all'altezza, e, più o meno inconsapevolmente, rinuncia a curare il paziente. Quasi che a guidarlo ci sia una convinzione del tipo: “poiché è tanto diverso, io non lo posso capire, e neanche curare”.

È un atteggiamento che molto raramente viene espresso in termini così espliciti, ma che spesso fa capolino di fronte al paziente che torna dal medico più volte, in modo quasi ossessivo, alla ricerca di una soluzione al suo problema che, evidentemente, non ha ancora trovato. Esso può esprimersi nelle rinunzie del sanitario a mettere in discussione l'iter diagnostico seguito fino a quel momento, a pensare una soluzione nuova, a prendere atto di un possibile fallimento professionale per, costruttivamente, imboccare un nuovo percorso clinico.

Colasanti e Geraci, nell'approccio del medico al paziente straniero, hanno distinto due fasi: quella dell'“esotismo”, o della “sindrome di Salgàri”, e una successiva, sorta dalle frustrazioni per non aver trovato nulla di esotico, che hanno chiamato “dello scetticismo sanitario”. In questa seconda fase il paziente spesso viene visto come un malato immaginario o un perditempo. La nostra impressione è che in ambito psichiatrico ci sia come una sorta di corto-circuito, in cui esotismo e scetticismo si sposano: l'esotico spaventa prima ancora di venire indagato, e induce scetticismo sulle proprie possibilità di intervento.

A proposito di queste due situazioni non abbiamo ricette pronte, che ci consentano di non abboccare alle esche. Ma può esserci d'aiuto sapere che esse esistono, e possiamo chiamarle sottovalutazione o sopravvalutazione dell'approccio transculturale. Probabilmente la guida migliore per riconoscere la strada giusta possiamo trovarla nelle parole del paziente. Un atteggiamento di ascolto, rilassato e libero, focalizzato a comprendere, oltre ai sintomi, la persona davanti a noi, con il suo sistema di riferimento culturale, può rivelarsi prezioso non solo sul piano della relazione umana, ma anche per la diagnosi e la cura efficace del suo disturbo”.

Sono passati alcuni anni da quando queste parole sono state scritte, ma mi pare che conservino la loro validità. Ad esse, oggi, aggiungerei, come spero di essere riuscito a dire nelle pagine precedenti, la necessità di superare la fase, tipicamente etnocentrica, del medico occidentale che “studia” il paziente straniero. Oggi è sempre più il caso che il medico studi, oltre che il paziente, anche se stesso, e che riconosca all'altro la competenza a essere soggetto che partecipa attivamente del processo di cura, e di studio, non solo di sé e della propria sofferenza, ma anche del medico e delle reazioni di questi nella relazione che li unisce.

## Allegato 2

### Medicina transculturale: tra tante identità

#### 2.1 Quale identità?

---

##### Esercizio

Prendete un foglio e scrivete, in due o tre righe, di getto e senza stare tanto a pensarci, la risposta a queste domande (mi raccomando, non più di tre righe complessivamente, per entrambe le domande):

- Chi sono io?
  - Come sono io?
- 

Nelle poche righe che avete scritto, a cosa avete fatto riferimento? Avete parlato della vostra professione? Vi siete riferiti a qualche altra vostra attività (hobbies, eccetera)? Avete fatto riferimento a qualche vostra caratteristica psicologica o morale? Avete descritto la vostra famiglia attuale? O parlato dei vostri genitori o dei vostri nonni? Avete descritto il vostro corpo?

Generalmente le persone che vengono dalla cultura occidentale tendono a rispondere dicendo ciò che essi “sono” dal punto di vista psicologico, o ciò che “fanno”. Molto più di rado parlano del proprio corpo, o del posto che essi occupano nel mondo (la famiglia a cui appartengono, il luogo in cui vivono, ecc.). Non so se voi rientriate nella norma, o tendiate a essere delle eccezioni;

i confini sono comunque labili, e, molto probabilmente, se invece di sole tre righe ne aveste scritte dieci o più, avreste accennato anche ad altri aspetti.

Ciò che mi sembra interessante, comunque, è che noi occidentali, in genere, tendiamo a privilegiare alcune nostre caratteristiche psicologiche e ciò che facciamo, quando vogliamo definire noi stessi. Ovvero, definire la nostra identità.

*“Nella cultura alla quale apparteniamo, la percezione di sé è prettamente individuale, e la nostra identità per lo più la mettiamo in relazione ai nostri vissuti interiori e alle nostre capacità operative. In altre parole, se chiediamo a una persona chi lui sia, ci risponderà probabilmente descrivendo sue caratteristiche psichiche (ad esempio “sono una persona sincera”, o “timida”, eccetera) o ci dirà qual è la sua professione (“sono uno studente”, “sono un medico”).*

*Platone ha distinto il mondo sensibile da quello delle idee, e ha separato l'uomo: l'anima, immortale, appartiene al secondo, e il corpo al primo. La tradizione giudaico-cristiana ha continuato su questa linea. Abbiamo imparato la lezione. Da millenni abbiamo appreso a separare anima e corpo, e a privilegiare la prima come “parte nobile” dell'uomo. Ci è quindi relativamente facile parlarne.*

*Abbiamo inoltre sviluppato una concezione esplorativa e operativa, trasformativa, non solo del mondo ma anche degli esseri viventi.*

*Per molte culture non è affatto così. Vi può essere, intanto, una percezione del sé come strettamente connessa al gruppo di cui si è parte, al punto che gli autori che se ne sono occupati hanno parlato di “Io di gruppo”: si può dire che “io non sono io, se non in rapporto al mio ruolo nella mia famiglia, nel mio gruppo, nel mio clan”. Diversi antropologi hanno descritto situazioni simili, ad esempio tra le culture autoctone dell'America meridionale o dell'Africa.*

*In alcuni casi, poi, vi è un'identificazione assai netta con il proprio corpo. Se un occidentale dice “io sono la mia anima”, una persona che provenga da un ambito culturale differente potrebbe non dirlo mai; e pensare, se mai, “io sono io, sono questo corpo che sente, pensa e fa”.*

*I bambini nell'Africa rurale passano la maggior parte del loro tempo, durante i primi mesi di vita, nudi e legati alla schiena nuda della mamma: alcuni autori hanno avanzato l'ipotesi che questo prolungato contatto pelle-pelle conduca a un notevole investimento emotivo sul corpo, con una conseguente maggior identificazione con esso.*

*Il corpo diventa, in questi casi, il luogo principale della vita psichica, tanto che è molto diffusa la tendenza a tradurre nel linguaggio del corpo non solo le tensioni mentali ma anche quelle sociali: in altre parole, un disagio psicologico viene riferito come un malessere fisico, ma anche un problema sociale, in famiglia, o nella comunità di cui si è parte, può venire espresso così” [Mazzetti 1996, 66-67].*

Il modo con cui costruiamo la nostra identità è influenzato dalla cultura nella quale siamo nati e, soprattutto, in cui siamo stati educati. Persone formate in ambiti diversi possono strutturare la percezione di sé in modo differente, e queste differenze non mancano di farsi sentire quando esse si incontrano.

Una persona che pensa a sé come “psiche” può non capirsi bene con una che si pensa come “corpo”; lo stesso un individuo che si riconosce come *homo faber* con un altro che si individua come *“quello che occupa quel certo posto nel creato”*. Considerazioni probabilmente ovvie. Tuttavia, anche qui come già a proposito di quanto abbiamo detto nel capitolo precedente, è forse il caso di occuparci di demistificare, almeno in parte, la questione.

Questo tipo di identità, di cui abbiamo fornito qualche esempio, è il nostro punto di partenza, lo “stile” con cui ci siamo formati nel corso della nostra infanzia. Non va certamente sottovalutato: è utile conoscere le nostre radici, e sapere che il nostro interlocutore può averne di differenti. Ma altrettanto ci sembra decisivo non sopravvalutarlo. Perché l'identità è tutt'altro che rigida, e non si è affatto formata una volta per sempre, come vedremo tra poco.

## 2.2 Disidentità

Secondo il vocabolario Devoto e Oli del 1990, l'identità è *“il senso del proprio essere come entità distinguibile da tutte le altre”*. Si tratta di una definizione che si attaglia, nel complesso, a quanto abbiamo appena visto. Noi descriviamo il senso del nostro essere *un'entità distinguibile*

in base ai parametri che la nostra cultura ci mette a disposizione: tratti psicologici o corporei, quello che facciamo o i nostri legami con gli altri, eccetera.

Tuttavia può valer la pena di ricordare che la definizione appena citata non è la prima che ricorre, nel vocabolario, sotto la voce "identità"; essa è infatti preceduta da quest'altra: "*rapporto di esatta uguaglianza o coincidenza*". L'etimologia risale al termine latino *idem*, che significa medesimo.

Il termine "identità", nell'accezione che ci interessa, porta con sé un significato che implica il concetto di rimanere identico: questa è la mia identità, perché io sono identico a me stesso, nello spazio e nel tempo. Ovunque mi trovi, e indipendentemente da quando mi ci trovi, io sono io.

Lo psicoanalista milanese Giampaolo Lai [1999], nel suo libro "*Disidentità*" demolisce il concetto di identità intesa nel senso di "essere sempre identici a se stessi". Siamo, al contrario, *disidentici*, diversi rispetto a noi stessi, in diverse condizioni di spazio e di tempo.

Io non sono, a 40 anni, la stessa persona che ero a 20: il mio corpo si è modificato, faccio un altro lavoro, amo una donna diversa (che potrebbe essere anche la stessa, per l'anagrafe, ma essa stessa non è più quella, è disidentica rispetto a sé vent'anni fa), così come sono cambiati i miei amici. I miei pensieri si sono evoluti, modificati; ho imparato nuove cose, e altre ne ho dimenticate; si sono trasformati i miei interessi. Vivo in un mondo che è diverso rispetto a quello di allora.

Non sembrano scontate, queste considerazioni. Esse possono apparire ovvie, ma hanno rilevanti effetti pratici, ai nostri fini. C'è un ramo della medicina, e ancora di più della psichiatria, che tende a considerare lo straniero presente nel nostro paese come la stessa persona che era prima di partire, nel suo paese. È facile, in questa posizione, riconoscere l'influenza di quell'atteggiamento esotico nei confronti dell'altro di cui abbiamo parlato nel capitolo precedente. Bene, non è così. L'atto stesso del migrare, l'entrare in contatto con un mondo nuovo, al quale è gioco-forza adattarsi, modifica la persona, trasforma il modo con cui essa vede se stessa, in una parola, la sua identità.

Egli non è più identico a quel se stesso che, in un altro tempo, in un altro luogo, progettava la sua migrazione. Vi è, beninteso, una storia che unisce questi due "se stesso". E possiamo allora pensare alla peculiarità degli esseri umani non come a un'identità, rigidamente definita, ma come a una narrazione che unisce, lungo un filo, tutte le varie disidentità di quella persona.

Io posso dire, di me stesso, che non sono un'identità, che non sono identico a me stesso a 10, 20, 30 e 40 anni, ma sono, invece, un racconto che unisce tutte le mie disidentità, dalla mia infanzia al primo innamoramento, dall'esame di maturità alla laurea, dal collezionare le figurine dei calciatori a scalare le montagne, fino al seminario che ho seguito ieri sera, al caffè che ho preso questa mattina, al momento presente nel quale batto sui tasti del mio calcolatore.

Ogni esperienza ha modificato ogni mia disidentità, ognuna di queste ha influito sulla successiva, senza però determinarla rigidamente con un rapporto di causa ed effetto. Io sono una storia ancora in fieri (spero con molti anni di disidentità ancora da aggiungere!).

Pensare a noi umani come a un romanzo che si scrive e si riscrive di continuo ci dà efficacemente l'idea della duttilità di cui siamo portatori, assai più di quanto possa fare il rigido e mistificatorio concetto di identità. Queste idee ci possono essere preziose nel dialogo in medicina con persone che vengono da altri mondi.

### 2.3 Lo stress da transculturazione

Chi si occupa di psicologia degli immigrati utilizza spesso questo termine per definire in modo complessivo l'insieme di fenomeni che interessano il migrante nel suo passaggio da una terra a un'altra. La complessità di stimoli è tale che non può venire sistematizzata in ogni sua parte. Possiamo però qui segnalare alcuni aspetti che possono concorrere a formarla.

La *lingua*: chi migra si trova di colpo nella situazione di dover interagire in un ambito sociale che non conosce la sua lingua materna, e di cui egli, per parte sua, molto spesso non conosce l'idioma. Si trova in una situazione di difficoltà di comunicazione alla quale spesso non è preparato. Inoltre possiamo pensare alla lingua in senso più ampio che al vocabolario e alla sintassi di una nazione, e includere invece anche tutto l'insieme del linguaggio non verbale: la mimica, la gestualità, la distanza a cui ci si colloca dalle persone quando si conversa, eccetera.

C'è poi un livello metalinguistico, a cui afferiscono i significati simbolici di una lingua: posso sapere, ad esempio, che "cuore" significa "muscolo cardiaco", ma non che in un certo contesto cul-

turale esso porta con sé significati simbolici che hanno a che fare con la generosità, o con il coraggio, o con l'amore e la passionalità, eccetera.

Essere in una situazione di difficile comunicazione con il contesto sociale è un evento che modifica le persone. Esse devono dedicare una grande parte delle loro energie psichiche a capire e a farsi capire. Essi possono sentirsi improvvisamente incompetenti linguisticamente, mentre, nel tempo precedente (prima di migrare), si conoscevano come competenti. Essi non sono più identici a prima. La loro identità (o meglio, la loro disidentità) è mutata.

Il *corpo*: un corpo straniero imbarazza. Ciò che più ricordo del mio primo giorno in Africa, a distanza di anni, è l'essermi sentito chiamare "bianco". Per la prima volta nella mia vita non venivo identificato per quelle caratteristiche con cui, io stesso, ero abituato a identificarmi: il mio nome, la mia professione, le mie caratteristiche di personalità. Ero, semplicemente, un *corpo bianco*. Il mio corpo era imbarazzante, per me. Mi segnalava continuamente come estraneo, e portava con sé tutta una serie di stereotipi connessi all'essere bianco: estraneo, "ricco" (e quindi da sfruttare in qualche modo), incapace di capire, lontano. Il mio modo di percepirmi, quello con cui ero abituato a essere percepito dall'ambiente intorno, non valevano più. Non potevo passare inosservato. La mia identità, nel nuovo ambiente sociale in cui vivevo, ha dovuto fare i conti con l'essere, prima di tutto, un *corpo bianco*.

Lo *status sociale*: i migranti che giungono in Italia, secondo i dati raccolti nell'ultimo decennio, sono in gran parte persone acculturate. A partire dai paesi poveri sono in molti casi persone di buon livello culturale e non di rado sociale: quando arrivano qui diventano semplicemente degli "extracomunitari", con tutti gli stereotipi che questo termine comporta: poveri, miseri, ignoranti, "selvaggi", eccetera (ci si può riferire al già citato volume di Paola Tabet per averne un campionario completo).

Vi sono persone che passano da un *milieu sociale* nel quale erano riconosciuti come persone colte, stimate, a un altro in cui sono considerati vagabondi; si trovano, al momento dell'arrivo, a dividere le mense delle associazioni di beneficenza con le fasce più povere ed emarginate della società italiana: "un ingegnere non può vivere come un barbone! soffre troppo, sta troppo male..." mi ha detto un giorno un rifugiato del Burundi. Un soggetto abituato a riconoscersi e a essere riconosciuto come un intellettuale viene improvvisamente percepito come un emarginato, un *barbone*, appunto.

Si potrebbe continuare a lungo; bastino questi esempi a farci rendere conto di come un individuo impegnato in una migrazione nel nostro paese abbia necessità di fare immediatamente i conti con quella che pensava essere la sua identità. Deve attrezzarsi per adattarsi in qualche modo alla società ospite, modificarsi, vedersi in modo nuovo, affermare la sua disidentità rispetto ai tempi precedenti. La persona è impegnata a scrivere la sua storia, a dare un senso dentro di sé alla propria evoluzione, ad adattarsi alla nuova realtà. E si trova a doverlo fare in modo massiccio: troppe cose intervengono nella sua trasformazione, troppi sono gli stimoli che deve in qualche modo metabolizzare, e il processo di continua riformulazione del modo con cui egli vede se stesso non solo non è facile, ma neppure può essere lineare. A volte gli sembra di non poter salvare nulla del suo modo di essere precedente, altre volte gli pare di dover rifiutare tutto quello che la nuova società richiede da lui.

Si tratta di un processo a mio parere (e anche per la mia personale esperienza di emigrato) molto arricchente, e allo stesso tempo difficile. È necessario mettere in discussione parametri che fino a quel momento erano solide certezze, a cui ci si è forse spesso ancorati; si tratta di accettare il caos di una situazione che può apparire indecifrabile.

E ci sono quindi anche ovvie resistenze a compiere questo cammino. Le difese che vengono messe in gioco per gestire, nelle fasi critiche, questo processo sembrano essere soprattutto di due tipi: una sorta di arroccamento sulle proprie posizioni di partenza (il rifiuto di tutte le novità, appunto), e un iperadattamento alla nuova realtà (la rinuncia al proprio passato).

L'*arroccamento* consiste nell'aver un atteggiamento di chiusura e di rifiuto nei confronti della società ospite, e di estremizzazione delle proprie posizioni di partenza. Non sono rari casi di persone che divengono molto più ligi ad alcuni dettami religiosi (ad esempio, il Ramadan) in terra d'immigrazione, di quanto non farebbero, o non facevano, al paese d'origine, rispondendo con questo a un bisogno di ancorarsi a qualcosa che viene percepito come parte fondante di se stessi.

Di questo atteggiamento può essere parte anche un comportamento di sfruttamento funzionale della nuova realtà, quasi che la persona dicesse: “non mi interessa niente di questo posto: voglio solo prendere quanto più posso, e poi andarmene”. È possibile che questo tipo di difesa entri in gioco anche nel giustificare di fronte a se stessi comportamenti illegali che sarebbero inaccettabili nel paese di origine; è abbastanza suggestivo che, stando a quanto riferisce chi si è occupato della delinquenza straniera, una quota consistente di immigrati che commettono atti contro la legge erano incensurati al loro paese, e compiono i primi reati nei giorni immediatamente successivi all'arrivo, quasi ci si trovasse di fronte a una prima, immediata reazione a una crisi di identità (si fa ciò che non si è mai fatto prima, e che non si sarebbe pensato di fare a casa).

*L'iperadattamento* è a volte conseguente all'atteggiamento precedente, mentre altre volte sembra essere la prima reazione alla nuova realtà; la si osserva con particolare frequenza tra i bambini, ma è presente anche tra gli adulti. È il tentativo di delineare una nuova identità modellandola strettamente sugli schemi della società ospite; si cerca di diventare più italiani degli italiani, quasi che la persona dica a se stessa: “per vivere qui devo essere come loro”, in un certo senso abiurando alle proprie origini.

Ho conosciuto ragazzini da poco arrivati in Italia che si rifiutavano ostinatamente di parlare la lingua materna, che negavano addirittura di essere di origine straniera. Ho conosciuto adulti talmente impegnati nel loro sforzo di essere più italiani degli italiani da apparire caricaturali.

In altre occasioni è possibile rintracciare un ondeggiamento tra fasi di arroccamento e fasi di iperadattamento, lungo il processo di riformulazione della propria identità, o meglio di accettazione di una pluralità di identità (continuiamo a usare per comodità questo termine, per intenderci facilmente; ma è chiaro che parlare di pluralità di identità è una contraddizione in termini: se le identità sono molte, è perché esse non sono identiche), in modo che l'immigrato si riconosca, ad esempio, sia come marocchino che come italiano, con tutte le sfumature che questo può comportare per lui.

#### 2.4 *Disidentità e medicina transculturale*

Dopo queste premesse di tipo concettuale, è venuto il momento di calare nella pratica le cose di cui abbiamo parlato. In che modo esse hanno un senso nella medicina transculturale? Ricapitoliamo alcuni punti: le persone non hanno un'identità immutabile e fissa per sempre; ognuno di noi è costantemente impegnato in una rielaborazione del proprio modo di vedere se stesso: non siamo mai “identici” a quello che eravamo in un altro tempo e in un altro spazio; più che pensare a un'identità, per individuare “*il senso del proprio essere come entità distinguibile da tutte le altre*” sembra più appropriato pensare a noi umani come a una storia di vita, che congiunge, in qualche modo e con qualche senso logico, tutte le varie nostre disidentità; i migranti, per la specificità propria del loro migrare, sono particolarmente impegnati in questo processo di ampliamento della narrazione della propria vita, esasperandone al massimo la duttilità.

Sia detto per inciso, il benessere psicologico degli immigrati sembra proprio dipendere, in gran parte, dalla capacità di rimodellarsi nel corso del processo di transculturazione, senza spezzare il filo che unisce e dà un senso ai vari tempi della loro vita. Quando il processo non funziona, il filo si smaglia, e si crea un'interruzione (ad esempio, perché il progetto migratorio - che unisce il prima, il tempo della speranza, al dopo, il tempo della realizzazione - fallisce): allora il migrante cede, e la sua sofferenza psichica esplose. È il momento in cui è necessario aiutarlo a riannodare i fili, a rammendare lo strappo tra il suo prima e il suo dopo, a ricreare un senso che unisca le sue disidentità, e ad accettare questo senso.

Se ho aperto questa parentesi, è perché, non di rado, la sofferenza che conduce lo straniero nello studio del medico nasce proprio dalla percezione che qualche smagliatura si va creando, nel senso della propria storia, e a noi clinici può essere utile saperlo, per dedicarvi l'attenzione che merita.

Ma torniamo al processo di riformulazione e di adattamento della propria vita, e possiamo riprendere un esempio fatto nel capitolo precedente: la donna di religione musulmana che non si vuole spogliare per sottomettersi alla visita del medico. Abbiamo ipotizzato che in questo atteggiamento vi sia una componente non legata alla cultura (il disagio che proviamo quando veniamo spogliati e manipolati da un estraneo) e una componente culturale, che è la diversa rilevanza che viene data a questo disagio. Abbiamo ipotizzato che la donna musulmana ve ne annetta



molta, fino a ostacolare la visita medica, a differenza di quanto potrebbe fare una donna italiana.

Ora immaginiamo di metterci nei panni di questa signora. È impegnata in un difficile processo di transculturazione; si trova in un mondo in cui tutti considerano normale ciò che per lei è intollerabilmente sgradevole. Le chiedono, magari con cortesia, ma senza molti preamboli, di spogliarsi, perché deve essere visitata; fa istintivamente delle resistenze, e sente, immediata, l'irritazione negli altri (infermieri, medici), che reagiscono seccati perché fa loro perdere tempo.

Si irrigidisce, si spaventa, si sente costretta a fare ciò che non vuole, non si sente accolta né capita, si sente vittima di una violenza, si oppone. La tensione aumenta, e per lei è sempre più difficile cedere, accondiscendere: non è più solo in gioco il fatto di spogliarsi, ma anche il fatto di essere rispettata nella sua difficoltà; la sua dignità, insomma, non è una cosa di cui disporre come si vuole. Il medico forse se ne va, irritato, e l'infermiera ha un atteggiamento di riprovazione. La situazione è bloccata.

Leggiamo ora l'accaduto in base a quanto abbiamo detto in precedenza. La signora è impegnata in un passaggio transculturale; sa di non stare bene, sa che dovrà essere visitata, e probabilmente ha qualche esperienza precedente di visite nel suo paese di origine. Non sappiamo come avvenissero le visite mediche, a casa sua. Ma è probabile che, se il bisogno di non spogliarsi davanti al medico è tanto diffuso, ci saranno modalità che ne tengono conto: forse alle donne non viene richiesto di spogliarsi completamente, ma solo quel tanto che basta per infilare un fonendoscopio sotto le vesti... non sappiamo, ma sappiamo che la signora si è rivolta a un medico, che ha bisogno di una visita, e che è impegnata in un passaggio di transculturazione, da un'identità a un'altra. È sicuramente disposta a fare qualche passo, ma è eccessivo pretendere che si comporti come una donna italiana, che è abituata a dimenticare il proprio disagio.

Come possiamo accompagnarla in questo passaggio? Come possiamo individuare un compromesso che consenta a noi di visitarla, e a lei di sentirsi compresa nel suo disagio? Non esiste mai, in queste faccende, una risposta sicura, una soluzione valida sempre. Ma possiamo fare qualche ipotesi.

In primo luogo possiamo forse concedere del tempo, alla signora, per abituarsi a quello che le viene richiesto. Il medico può quindi prendere qualche momento (mi rendo conto che questa è una mezza eresia, nella medicina contemporanea, dove il tempo non basta mai...) per presentarsi, parlare con la signora, raccogliere l'anamnesi: in questo modo sarà già meno "estraneo". Poi potrà spiegare la sua esigenza di visitarla, dettagliando il tipo di manovre semeiotiche che dovrà fare, e poi lasciarla senza visitarla, dicendo che tornerà in seguito.

La signora in questo modo saprà cosa l'aspetta, non avrà paura dell'ignoto, e avrà del tempo per prepararsi, per accettare questo nuovo cambiamento nella sua vita, per ipotizzare e proporre al medico un modo di venire visitata che sia accettabile per lei (ad esempio, spogliandosi solo in parte). Quando il medico tornerà per la visita, potranno discutere insieme cosa fare e come farlo, serenamente, rispettando ciascuno le esigenze dell'altro, e trovando un accordo all'interno di un piccolo processo negoziale.

È probabile che, in questo modo, un risultato soddisfacente venga ottenuto; in ogni caso il rispetto reciproco ci sembra meglio garantito, e la dinamica del percorso di riadattamento della propria storia di vita favorito. È anche interessante che questo processo è biunivoco: se la signora sta mettendo in crisi un aspetto della sua identità personale, in modo simmetrico e parallelo il medico sta ponendo in discussione la sua identità professionale, e in particolare il modo con cui pensa che debba venire trattata una paziente durante una visita. Entrambi stanno dando prova della loro duttilità, si stanno trasformando, la loro storia di vita si apre su una nuova prospettiva, e, dopo il loro incontro, non saranno più identici a prima: nel tempo successivo saranno disidentici rispetto al tempo precedente.

Di questi parallelismi è pieno il mondo della medicina transculturale: sono quelli che vengono definiti "percorsi paralleli in medicina transculturale" [Mazzetti 1999].

### 2.5 *Storie di donne e di uomini*

Prima di concludere questo capitolo, può essere interessante raccontare qualche storia, presa dalle esperienze della vita di ogni giorno, raccolte in qualche ospedale italiano.

*Alimatu viene dal Senegal, è una donna di 34 anni e vive in Italia già da diverso tempo. Non ha figli, né marito. Soffre da circa un anno di fibromiomi all'utero, che le provocano ripetute metrorragie; l'ultima volta è stata ricoverata nel reparto di ginecologia di un ospedale romano con una severa anemia. Nel corso del ricovero si è stabilito che il suo quadro clinico è di tale gravità da non lasciare alternative: deve venire isterectomizzata. Dopo qualche giorno, tuttavia, non appena l'emorragia si è arrestata e le condizioni di salute sono un po' migliorate, Alimatu se ne va dall'ospedale contro il parere dei medici, e rifiuta categoricamente l'operazione di amputazione dell'utero.*

*Nel consultorio dove viene seguita, le operatrici (un'ostetrica e un'assistente sociale) che la ricevono dopo qualche giorno, cercano in tutti i modi di convincerla a farsi operare, ma lei è tassativa: non perderà l'utero.*

*Siccome tra operatrici e paziente c'è una certa confidenza, lei si spiega: senza utero non potrà mai avere figli, e senza figli una donna non è una donna, anzi, non è niente. L'ostetrica e la collega insistono: devi farti operare, la tua vita conta più di tutto. "No, di più conta avere figli". La situazione rimane lì, bloccata.*

Il passaggio di fronte a cui si blocca Alimatu è pesante: si tratta di mettere in crisi un'intera visione di sé come donna. Del resto, per le operatrici italiane la cosa è così evidente: vivere è più importante che fare figli. Certo: nella società italiana i figli sono sempre meno importanti, e sono tante le donne che si sentono realizzate pienamente come persone senza avere messo al mondo la prole. E quindi, pur se a parole dichiarano di capire la paziente, dal loro punto di vista non ci sono discussioni. Ma anche da quello di Alimatu, apparentemente, non ce ne sono; e così operatrici e paziente ci appaiono impegnate in una specie di tiro alla fune: le due a cercare di trascinarla verso l'operazione, l'altra a opporsi con tutte le sue forze. Come uscire da questo stallo?

Forse tutte le attrici di questa storia hanno bisogno di essere un po' meno identiche a loro stesse, e al mondo culturale nel quale vivono e si sono formate. L'ostetrica e l'assistente sociale possono permettersi di pensare che forse il desiderio di maternità può essere davvero così forte da giustificare un rischio per la vita, e rispettare questa posizione di Alimatu, come pienamente legittima. Se lo faranno, smetteranno probabilmente il tiro alla fune, e l'altra non avrà più un muro a cui opporsi.

Le sue energie non saranno più impegnate a resistere alle spinte delle due colleghe e potranno rendersi disponibili per rivalutare la propria posizione. Se si sentirà rispettata nella sua posizione, se verrà adeguatamente informata, se si sentirà accettata qualunque decisione prenda, se le verrà lasciato il tempo per rielaborare questo aspetto della sua visione della vita, forse deciderà di operarsi. Quello che sembra sicuro, è che continuare a tirarla non sembra promettente.

Quella che segue è un'altra storia dalle caratteristiche simili:

*Marie è di Abidjan, Costa d'Avorio. È in Italia con il marito, che lavora come operaio in una fabbrica del Veneto, e con il figlioletto di 8 anni. Purtroppo ha scoperto di essere sieropositiva per l'Hiv, come il marito. È ben curata presso un reparto di malattie infettive, e sia lei che il marito godono di buona salute.*

*Marie tuttavia ha un grande cruccio: ha un figlio solo, e ne vuole altri. Quando ne parla in ospedale le dicono di toglierselo dalla testa, troppo pericoloso. Lei insiste, i medici e l'assistente sanitaria che la seguono sono irremovibili, e la considerano anche un'irresponsabile.*

*Marie se ne va arrabbiata, e non si fa vedere al controllo successivo.*

Il caso di Marie ha molte analogie con quello di Alimatu. Lo scontro con gli operatori è stato duro, e tutto sommato poco produttivo. I medici ci tengono molto a curarla bene, ma hanno rischiato di perderla. Marie è offesa e ribelle. Anche qui, probabilmente, una linea di intervento più promettente potrebbe essere quella di rispettare il desiderio della paziente, e al tempo stesso accompagnarla nel processo di messa in discussione del suo punto di vista, secondo cui una donna con un solo figlio vale poco.

Senza opporsi direttamente al suo progetto, si può forse informarla adeguatamente delle conseguenze per lei, e per il nascituro, di una gravidanza. Sottolineando magari il rischio di lasciare

orfano il suo bel bambino. E poi, con calma e lasciandole il tempo che le serve, accompagnarla nella scoperta di cosa vuol dire essere una mamma nella nuova realtà italiana, che è, probabilmente, in parte diverso dall'essere mamma in Costa d'Avorio.

*Muhammed è arrabbiato. Le informazioni, in ospedale, gli vengono date dalle infermiere, ma lui non si fida delle donne. Di cose serie di questo tipo si tratta tra uomini. Non si è mai visto che una donna gli dica quello che deve fare. Una, addirittura, pretendeva di fargli il bidet dopo una settimana di ricovero.*

*Le infermiere del reparto sono arrabbiate. Muhammed manca loro di rispetto, rifiuta di seguire le loro prescrizioni, è maleducato e offensivo, e pretende che le cose gli vengano dette dai medici, o almeno da infermieri maschi. Non sanno più come prenderlo, non lo sopportano più, e il livello dello scontro continua a crescere.*

Esistono, nel mondo, molti luoghi dove il maschilismo regna ancora. Un uomo perde la faccia se obbedisce a una donna. Però l'Italia non è più così, e se Muhammed vuole vivere qui è necessario che lo capisca. Ma non lo capirà con scontri violenti e reciproci insulti tra lui e le infermiere.

Tutte le energie del paziente sono impegnate ad arrabbiarsi e ad arroccarsi intorno a un suo vecchio pregiudizio; inoltre sta male, e questo peggiora la situazione, ha ancora meno risorse da mettere in gioco.

Come venire fuori da questo impasse? Forse ipotizzando quale può essere il filo che conduca Muhammed verso una rielaborazione della sua identità. Egli, per vivere in Italia, ha bisogno di capire che le donne valgono, e sono credibili nelle professioni che svolgono; a cominciare da quelle che lo curano in ospedale.

Come si può fare per agevolare il processo, anziché ostacolarlo? Fare in modo che con lui interagiscano solo medici e infermieri maschi può essere una soluzione per calmare la frustrazione delle colleghe, ma non un passo avanti nel processo: egli si convincerà della giustizia del proprio pregiudizio, e lo aggraverà con la convinzione che, se alza la voce, ottiene quello che vuole. Continuare nel conflitto? Per le operatrici è pesante da sopportare. Forse una soluzione può essere cercata nel trattare Muhammed come tutti gli altri pazienti, senza fornirgli trattamenti di favore e senza cedere sul piano della fermezza. Ma al tempo stesso comprendendo quello che gli sta accadendo dentro, rinunciare al conflitto, e spiegarli con calma le cose, nonostante il suo evidente malumore.

Continuerà a essere curato imparzialmente da uomini o da donne, secondo chi è di turno in quel momento. E al tempo stesso non si reagirà in modo aggressivo alle sue provocazioni: risulterà molto meno difficile seguire questa linea di cortese fermezza se alle operatrici sarà chiaro che l'atteggiamento del paziente non è diretto a svalutare loro in quanto persone e professioniste, ma è semplicemente il frutto di un suo pregiudizio, con il quale, in ultima analisi, svaluta soprattutto se stesso, e penalizza le sue possibilità di integrarsi felicemente in Italia.

Ovviamente non è detto che la strategia funzioni: Muhammed può essere tanto arrabbiato con le donne da non cambiare il suo atteggiamento. Verrà dimesso, e continuerà nel suo poco produttivo atteggiamento misogino. Ma se qualche possibilità vi è di risolvere il problema, è più probabile che venga colta attraverso un processo relazionale del tipo di quello che abbiamo descritto; un processo, cioè, che vada nella stessa direzione della rielaborazione della storia di Muhammed, ora che è in Italia.

## Conclusioni

Mi piacerebbe poter concludere queste pagine con qualche semplice regoletta da applicare nelle varie situazioni in cui ci cala la medicina transculturale: sarei utile ai colleghi che leggono le mie note, e io farei una gran bella figura. Purtroppo, però, non mi sembra possibile, perché le variabili nell'incontro tra persone sono tali da scoraggiare chiunque volesse mettersi nell'impresa. O, perlomeno, sono sufficienti a scoraggiare me.

Tuttavia mi pare che qualche indicazione, qualche linea-guida generale, possa venire indicata; per questo, riassumendo quanto ci siamo detti, desidero sottolineare alcuni punti:

- abbandoniamo il pensiero che l'incontro con un paziente straniero sia l'incontro con una cultura. Non è così: è prima di tutto l'incontro con una persona, con la sua individualità e i suoi bisogni specifici. Dedichiamo la nostra attenzione alla persona, prima che alla cultura, e probabilmente riusciremo a evitare il rischio di cadere nella sopravvalutazione delle differenze culturali;
- ricordiamoci, tuttavia, che il nostro paziente viene da un altro mondo, che forse è abituato a pensare con sistemi di riferimento differenti dai nostri. Se rinunciamo alla pretesa di capire fino in fondo la sua cultura, non rinunciamo però a seguirlo sul suo terreno, a lasciare che lui ci aiuti e ci guidi nel percorso di capirlo, e valorizziamo le sue risorse in modo da collaborare insieme all'obiettivo di promuovere la sua salute;
- così come il nostro paziente non è una cultura, egli non è neppure un'identità rigida; è, piuttosto, una "storia di vita" in evoluzione, duttile, che sta gestendo e metabolizzando i cambiamenti necessari al suo processo di transculturazione. Possiamo riconoscere questo suo percorso, e magari agevolarlo, comprendendolo e dando a lui il tempo di cui necessita per operare, con calma, i suoi adattamenti.

Infine, per concludere, permettiamoci di pensare alla medicina transculturale come a un sistema in osmosi con la medicina isoculturale; sentiamoci liberi, cioè, di trasportare quanto andiamo imparando con i pazienti stranieri anche nella nostra professione con quelli italiani. Potremmo così scoprire, alla fine del percorso, che più che parlare di medicina transculturale, è forse venuto il momento di parlare, semplicemente, di medicina; una medicina ripensata e rifondata a misura delle persone: i pazienti, e anche chi si prende cura di loro.

## Bibliografia

AA.VV.

1994 *La salute straniera. Epidemiologia culture diritti*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane.

Atighetchi, D.

1997 *La mutilazione genitale femminile come problema di sanità pubblica*, "L'Arco di Giano", n. 13, pp. 176-187.

Baglio, G., Loiudice, M. e Geraci, S.

1995 *Immigrazione e salute: aspetti normativi*, "Annali di Igiene, Medicina preventiva e di Comunità", n. 7, pp. 165-177.

Barro, G., Cislacchi, C., Costa, G., Lemma, P. e Bandera, L.

1993 *I problemi di salute degli stranieri immigrati in Italia: la risposta delle istituzioni*, "Epidemiologia e Prevenzione", n. 17, pp. 239-243.

Biraghi, P. e Paci, E.

1995 *Esito della gravidanza nelle donne straniere in tre ospedali milanesi*, in G. Favaro, M. Giacomini e M. Tognetti Bordogna (a cura di), *Identità cangianti. Nascita, ruoli femminili e legami familiari nella migrazione*, Milano, Franco Angeli, pp. 149-155.

Bollini, P.

1995 *Migration and International Health Policies*, "Annali di Igiene, Medicina preventiva e di Comunità", n. 7, pp. 217-224.

Cavalli-Sforza, L. L.

1996 *Geni, popoli e lingue*, Milano, Adelphi.

Cnel

1999 *Sintesi dei Gruppi di lavoro* (gennaio-giugno 1999), Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri, Roma.

Colasanti, R.

1992 *Antropologia medica e medicina delle migrazioni*. in S. Geraci (a cura di), "Atti del II Congresso Internazionale Medicina e Migrazioni", Roma Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, pp. 41-46.

Colasanti, R. e Geraci, S.

1990 *Medicina e Migrazioni: nuovi modelli per una politica sanitaria multiculturale*, "Affari Sociali Internazionali", n. 3.

1995 *I livelli d'incomprensione medico-paziente migrante*, in S. Geraci (a cura di), *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*, Roma, Perù Tecnés, pp. 81-88.

Costa, G.

1993 *Immigrati extracomunitari: un profilo epidemiologico*, "Epidemiologia e Prevenzione", n. 17, pp. 234-238.

Costa, G., Cardano, M. e Demaria, M.

1998 *Torino: storie di salute in una grande città*, Città di Torino, Ufficio di statistica, Osservatorio socio-economico.

Costa G. e Faggiano F.

1998 *L'equità nella salute e la programmazione sanitaria*, in M. Geddes e G. Berlinguer (a cura di), *La salute in Italia. Rapporto 1998*, Roma, Ediesse, pp. 261-278.

D'Antuono, A., Catanzaro, C., Alberti, A. e Negosanti, M.

1994 *Osservazioni su malattie a trasmissione sessuale e immigrazione*, "Atti del II Congresso Nazionale 'Infettivologia civile e militare'", Roma, 24-27 ottobre 1994, pp. 533-534.

- Diasio, N.  
 1995 *Donne, bambini, figli, nell'esperienza della migrazione*, in S. Geraci (a cura di), *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*, Roma, Perì Tecnés, pp. 102-105.
- Di Pisa, G.  
 1993 *Tubercolosi*, Milano, Systems Editoriale.
- Documentazione ItaliaCaritas  
 1997 *La tratta di esseri umani a scopo di sfruttamento sessuale*, speciale sul seminario promosso da Caritas italiana, Migrantes, Usmi, Uisg, Aspe, Roma, 6-7 dicembre 1996, Roma, n. 1.
- Donzelli, F., Cutrone, M., Regini, P., Giarelli, G., Gobber, D. e Marchioretto, N.  
 1997 *I bisogni di salute del bambino immigrato*. Cuamm Notizie. Salute e sviluppo. (1), pp. 57-63.
- Favretto, A.R.  
 1994 *Interlocutrici privilegiate*, in R. Beneduce, G. Costa e A.R. Favretto, et al. (a cura di), *La salute straniera. Epidemiologia Culture Diritti*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, pp. 121-160.
- Fondazione Cariplo-Ismu  
 1996 *Primo Rapporto sulle migrazioni 1995*, Milano, Franco Angeli.  
 1997 *Secondo Rapporto sulle migrazioni 1996*, Milano, Franco Angeli.  
 1998 *Terzo Rapporto sulle migrazioni 1997*, Milano, Franco Angeli.  
 1999 *Quarto Rapporto sulle Migrazioni 1998*, Milano, Franco Angeli.
- Frighi, L.  
 1990 *Argomenti di igiene mentale*, Roma, Bulzoni Editore.
- Frighi, L., Mazzetti, M. e Colosimo, F.  
 1995 *La salute mentale di donne e minori immigrati: ricerca sui probabili fattori di rischio psicopatologico in nuclei familiari d'immigrazione*, "AWR Bulletin", n. 4, vol. 33 (42).  
 1997 *Donne immigrate e igiene mentale: indagine sui possibili fattori di rischio psicopatologico*, "Riv. Sper. Freniatr.", vol. CXXI, n. 1.
- Galliot, R. e Rivera, A.  
 1997 *L'imbroglione etnico*, Bari, Edizioni Dedalo.
- Geraci, S.  
 1998a *La nuova legge sull'immigrazione: verso una completa cittadinanza sanitaria*, "Asi - Agenzia sanitaria italiana", n. 9, pp. 46-48.  
 1998b *Quale tutela sanitaria per gli immigrati? Da una politica dell'oblio alla consapevolezza di un diritto*, in IV e V Consensus Conference sulla immigrazione - Atti, Palermo, pp. 69-88.
- Geraci, S. (a cura di)  
 1996 *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*, Roma, Anterem.
- Geraci, S. e Marceca, M.  
 1998 *Quadro normativo sull'accesso degli immigrati ai servizi sanitari*, "Atti del Convegno Uicemp, Immigrati e salute sessuale e riproduttiva: le risposte dei servizi", Milano, 26-27 novembre, pp. 5-17.
- Geraci, S., Marceca, M. e Del Vecchio, R. (a cura di)  
 1995 *Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale*, numero monografico di "Annali di Igiene, Medicina preventiva e di Comunità", vol. 7, n. 3.
- Lai, G.  
 1999 *Disidentità*, Milano, Franco Angeli.
- Maciocco, G.  
 1995 *Tubercolosi, povertà e immigrazione*, "Cuamm Notizie", n. 20, pp. 12-16.  
 1999 *La sanità negli U.S.A.*, "Prospettive sociali e sanitarie", numero speciale.

Marceca, M.

1998 *Immigrazione e accesso ai servizi socio-sanitari*, in, "Atti del III convegno, Aspetti sanitari dell'immigrazione", Treviso, 12 febbraio 1998, pp. 71-75.

1999 *L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti*, "L'Arco di Giano", n. 22, pp. 27-35.

Marceca, M. (a cura di)

2000 *La salute*, in G. Zincone (a cura di), *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, Bologna, Il Mulino, pp. 273-315.

Marceca, M., Berlinguer, G. e Geraci, S.

1995 *La politica sanitaria sull'immigrazione in Italia* "Annali di Igiene, Medicina preventiva e di Comunità", n.7, pp. 225-231.

Marceca, M., Fara G.M.

2000 *Condizionamento dei fattori sociali, economici e culturali nell'accesso ai servizi sanitari*. Annali di igiene Medicina Preventiva e di Comunità. n. 12 (Suppl. 1), pp. 49-57.

Marceca, M., Geraci, S.

1996 *Il fenomeno immigratorio e il Ssn: necessità di un riorientamento dei servizi*. In Quaderni dell'Istituto d'Igiene dell'Università di Milano: Argomenti di Igiene Pubblica e Ambientale, n. 48, pp. 12-20.

1997 *Immigrazione e salute*, in M. Geddes e G. Berlinguer (a cura di), *La salute in Italia. Rapporto 1997*, Roma, Ediesse, pp. 169-199.

Mazzetti, M.

1996 *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano*, Torino, L'Harmattan Italia.

1999 *Il dialogo transculturale in medicina*, "L'Arco di Giano", n. 22.

Miceli, M. e Di Lallo, D.

1996 *La salute riproduttiva delle donne immigrate. Uno studio nella città di Roma negli anni 1982-1992*, "Epidemiologia e Prevenzione", n. 20, pp. 80-82.

Miele, R., Palanca, V., Palumbo, V., Pelliccia, L. e Tomaselli, M. L.

1998 *La nuova legislazione sugli stranieri*, "Gli stranieri".

Morrone, A.

1999 *L'altra faccia di Gaia. Salute, migrazione e ambiente tra nord e sud del pianeta*, Roma, Armando Editore.

Paoluzzi, S., Marroni, M. e Kwelusukila, L.

1991 *Aspetti socio-sanitari dell'immigrazione*, "La Medicina Tropicale nella Cooperazione allo Sviluppo", vol. 11, nn. 3-4, pp. 73-80.

Pasini, N.

1999 *Salute dell'immigrato: no problem!*, "Ismuinforma", n. 23.

Rawaf, S. e Bahl, V.

1998 *Assessing Health Needs of People from Minority Ethnic Groups*, London, Royal College of Physicians of London.

Salmaso, L. et al.

1994 *Chi infetta chi? Aids, italiani e immigrati*, "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 2.

1994 *La tubercolosi nell'immigrato*, in *Il paziente immigrato*, Bologna, Cuamm, Editeam.

Salvioli, GP., Acerbi, L., Ambrosioni, G. et al.

1996 *Il punto sul bambino immigrato*, "Riv Ital Pediatr (UP)", n. 22, pp. 471-474.

Saurel Cubizolles, M.J.

1985 *Situation des dammes né en Afrique noire, ayant accouché en France en 1981*, "Migrations Santé", n. 44.

- Sheldon, T.  
1999 *Dutch Minister Warns that Illegal Immigrants must Receive Care*, "British Medical Journal", n. 318, p. 12-34.
- Suligo, B. e Giuliani, M.  
1996 *Immigrazione e malattie sessualmente trasmesse*, *Derma time*; n. 3/4, pp. I-IV.
- Tabet, P.  
1997 *La pelle giusta*, Torino, Einaudi.
- Tognetti Bordogna, M.  
1995 *Il Colore della Salute: l'uso dei consultori familiari da parte delle donne straniere*, in G. Favaro, M. Giacomini e M. Tognetti Bordogna (a cura di), *Identità cangianti. Nascita, ruoli femminili e legami familiari nella migrazione*, Milano, Franco Angeli, pp. 56-86.
- Toschi, M.  
1997 *Donne immigrate e servizi socio-sanitari in Umbria. Italia e Francia: due legislazioni a confronto*, Perugia, Era Nuova Edizioni.
- Who  
1997 *Female Genital Mutilation a joint Who/Unicef/Unfpa Statement*, Geneva.
- Zinelli, G., Algeri, T., Busani, V., Dall'Ara, P. e Zanoni, P.  
1996 *L'assistenza ostetrica e ginecologica alla luce delle modificazioni etniche: aspetti medici e sociali*, Reggio Emilia, Arcispedale Santa Maria Nuova.
- Zincone, G.  
2000 *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, Bologna, Il Mulino.





AGENZIA ROMANA  
PER LA PREPARAZIONE  
DEL GIUBILEO

### L'Agenzia romana per la preparazione del Giubileo

L'Agenzia è una società per azioni a capitale interamente pubblico. Costituita nel 1995, svolge compiti di natura tecnica e di supporto alle amministrazioni pubbliche nella organizzazione e nella gestione degli eventi, dell'informazione e dei programmi culturali connessi alle celebrazioni del 2000, a Roma e nella sua regione.

I suoi azionisti sono il Comune di Roma, la Provincia di Roma, la Regione Lazio, lo Stato Italiano attraverso la Cassa Depositi e Prestiti, la Camera di Commercio di Roma, il Comune di Firenze e il Comune di Napoli. Presidente e Amministratore Delegato dell'Agenzia è Luigi Zanda.

### Il Convegno Internazionale

Nell'ambito delle attività culturali per l'anno 2000, l'Agenzia ha promosso una iniziativa di riflessione su una delle tematiche di maggiore importanza per la società contemporanea. Il Convegno *Migrazioni. Scenari per il XXI secolo*, che si svolge a Roma dal 12 al 14 luglio 2000 presso l'Aula Magna della Pontificia Università San Tommaso d'Aquino, ha lo scopo di fare il punto sulle nuove tendenze e sui processi del fenomeno migratorio internazionale, individuandone non solo la dimensione quantitativa, ma anche le cause profonde e le trasformazioni di natura economica, sociale e culturale che essi potranno generare. Al Convegno parteciperanno i più importanti esperti a livello mondiale e i rappresentanti delle principali istituzioni italiane, europee e internazionali che si occupano delle tematiche migratorie. Dopo l'estate si terranno sessioni di approfondimento del Convegno a Firenze, Napoli e Milano, promosse in collaborazione con le rispettive Amministrazioni Comunali. I programmi del Convegno, delle sessioni di approfondimento e di una serie di iniziative culturali sulla tematica delle migrazioni si possono consultare sul sito Internet del Convegno all'indirizzo [www.migrazioni.romagiubileo.it](http://www.migrazioni.romagiubileo.it).

Il Convegno di luglio si svolge con il patrocinio di: Presidenza della Repubblica, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero dell'Interno, Ministero per i Beni e le Attività Culturali, Comune di Roma, Presidenza della Provincia di Roma, Presidenza della Regione Lazio, Pontificio Consiglio della Pastorale per i Migranti e gli Itineranti, Nazioni Unite, Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati - Ufficio per l'Italia, Banca Mondiale, Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, Organizzazione per l'Alimentazione e l'Agricoltura delle Nazioni Unite, Fondo Internazionale per lo Sviluppo Agricolo.

Si ringraziano per il contributo alla realizzazione del Convegno:



IL CARATTERE TIPOGRAFICO  
USATO PER I TESTI DI QUESTO VOLUME È  
CAPITOLIUM ©  
PROGETTATO DA GERARD UNGER  
SU INCARICO DELL'AGENZIA ROMANA  
PER LA PREPARAZIONE DEL GIUBILEO