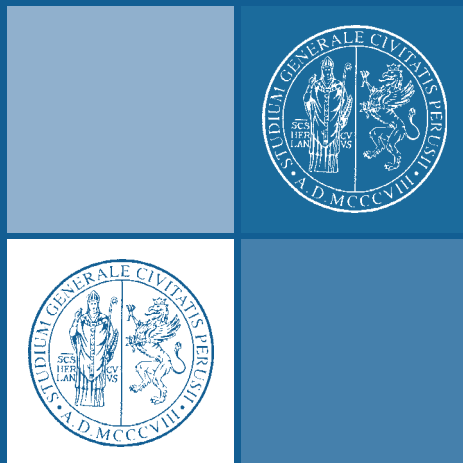


SISTEMA SALUTE

La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute

rivista del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute
e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia



Modalità di abbonamento 2018

Editore: Cultura e Salute Editore Perugia

<http://cespes.unipg.it>

rivistecespes@gmail.com

Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 28166

Abbonamento (4 fascicoli)

Italia

Enti, Istituti, Biblioteche: cartaceo € 80 / on-line € 50 / cartaceo+on-line € 120

Privati: cartaceo € 50 / on-line € 30 / cartaceo+on-line € 70

Un fascicolo: cartaceo € 16 / on-line € 8

Estero

cartaceo € 120 / on-line € 60 / cartaceo+on-line € 140

Un fascicolo: cartaceo € 40 / on-line € 20

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

codice SWIFT UNCRITM1770

UFFICIO ABBONAMENTI

rivistecespes@gmail.com

tel.: 075.585.7355

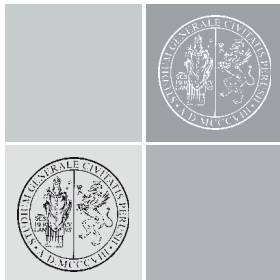
per informazioni: Dott.ssa Paola Beatini - 075. 585.7357

PRINT

GrafoX Srl

via Pievaiola, 166 - 06132 Perugia

tel.: 075.5171532



SISTEMA SALUTE

LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

già *Educazione Sanitaria e Promozione della Salute*

vol. 61, n.3, luglio-settembre 2017

Sistema Salute. La Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute è Organo del Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria dell'Università degli studi di Perugia. Già diretta da Alessandro Seppilli

Direzione e Redazione: Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria, Università degli Studi di Perugia, via del Giochetto 6, 06126 Perugia / tel.: 075.5857357-58 / e-mail: paola.beatini@unipg.it / <http://cespes.unipg.it>

Direttore responsabile: Filippo Antonio Bauleo

Presidente onorario: Maria Antonia Modolo

Presidente del Comitato scientifico editoriale: Giuseppe Michele Masanotti

Redattore capo: Lamberto Briziarelli

Segretario di redazione: Paola Beatini

Editing: Grafox Srl

Comitato scientifico editoriale: Francesco Bottaccioli, Società Italiana di Psiconeuroimmunologia (SIPNEI), Roma / Eric Breton, INPES Promotion de la Santé, Département Sciences Humaines, Sociales et des Comportements de Santé - SHSC École des Hautes Études Santé Publique (EHESP), France / Riccardo Casadei, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Carla Collicelli, Fondazione CENSIS, Roma / Paolo Contu, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare, Università di Cagliari / Michele Conversano, Dipartimento di Prevenzione ASL Taranto / Claudio Cricelli, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) / Paolo Da Col, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / Barbara D'Avanzo, Dipartimento di Neuroscienze, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano / Enrico Desideri, Azienda USL Toscana Sud Est / Paola di Nicola, Dipartimento Spazio Immagine Società, Università di Verona / Floriana Falcinelli, Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, Università degli Studi di Perugia / Giuseppe Fattori, Azienda USL Modena / Carlo Favaretti, Società Italiana di Health Technology Assessment (HTA) / Luigi Ferrannini, Società Italiana di Psichiatria (SIP) / Sabrina Flamini, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia / Fabrizio Fornari, Dipartimento di Scienze Giuridiche e Sociali, Università "Gabriele D'Annunzio", Chieti-Pescara / Fausto Francia, Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Azienda USL Bologna / Patrizia Garista, INDIRE, Roma / Salvatore Genaci, Area Sanitaria, CARITAS Diocesana di Roma / Gilberto Gentili, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / Mariano Giacchi, CREPS, Università di Siena / Guido Giarelli, European Society for Health and Medical Sociology, Dipartimento di Scienze della Salute, Università Magna Graecia, Catanzaro / Margherita Giannoni, Dipartimento di Economia, Università degli Studi di Perugia / Marco Ingrosso, Dipartimento di Studi Umanistici, Università di Ferrara / Lynne Kennedy, University of Chester, Department of Clinical Sciences & Nutrition, UK / Domenico Lagravinese, ASL Bari / Gavino Maciocco, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Università di Firenze / Edvige Mancinelli, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Liliana Minelli, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Maurice Mittelmark, Faculty of Psychology, Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway / Aldo Morrone, Istituto Nazionale per la Promozione della Salute della Popolazione Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà, Roma / Damiano Parretti, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Sezione Umbria / Rossana Pasquini, Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, Università degli Studi di Perugia / Giancarlo Pocetta, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Walter Ricciardi, European Public Health Association, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma / Pio Enrico Ricci Bitti, Società Italiana di Psicologia della Salute (SIPS), Università di Bologna / Carlo Romagnoli, Azienda USL Umbria 1, Perugia / Roberto Romizi, Associazione Internazionale dei Medici per l'Ambiente (ISDE/ITALIA) / Marzia Sandroni, Azienda USL Toscana Sud Est / Tiziano Scarponi, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Sezione Umbra / Francesco Scotti, Psichiatra / Tullio Seppilli, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia / Vincenzo Nicola Talesa, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Gianfranco Tarsitani, Dipartimento di Scienze Medico-Chirurgiche e di Medicina Traslazionale, Sapienza Università di Roma / Enrico Tempesta, Osservatorio Permanente Giovani e Alcool, Roma / Maria Triassi, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università Federico II di Napoli / Lenneke Vaandrager, Wageningen University, Group Health & Society (HSO) Department of Social Sciences, The Netherlands / Maria Giovanna Vicarelli, Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali, Università Politecnica delle Marche, Ancona / Mauro Volpi, Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Perugia.

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 4 del 17 febbraio 2012

Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute, vol. 61, n.3, luglio-settembre 2017

	5	<i>In questo numero</i>
<i>Editoriale</i>	6	In memoriam Lamberto Briziarelli
<i>Monografia</i>	8	<i>Salute e migranti</i> <i>Presentazione</i> Salute e Migrazione: una relazione complessa e un case-study di promozione della salute <i>Health and Migration: a complex relationship and a case-study of health promotion</i> Alessandro Rinaldi, Maurizio Marceca
	15	Ruolo della SIMM per l'assistenza sanitaria dei migranti come risultato di un processo partecipativo di advocacy <i>Role of SIMM for migrant health care, a result of a participatory advocacy process</i> Salvatore Geraci
	29	Advocacy per la salute dei migranti: dinamiche, strumenti di lavoro e prospettive a partire dalle esperienze della SIMM e dei GrIS <i>Advocacy for migrants' health: dynamics, working tools and perspectives starting from the experience of the Italian Society for Migrants Health and its Local Groups</i> Manila Bonciani, Marisa Calacoci, Filippo Gnolfo, Lorenzo Surace
	45	L'accesso alle cure nella 'fortezza Europa' <i>Healthcare access in 'Europe fortress'</i> Chiara Bodini
	59	Migrazione e Salute Mentale <i>Migration and Mental Health</i> Marco Mazzetti

- 69 Alcune riflessioni in tema di Salute Mentale nei Migranti forzati:
l'esperienza del centro SAMIFO
*Some reflections on mental health of forced migrants and refugees: the SAMIFO
center experience*
Giancarlo Santone, Emilio Vercillo
- 82 Mediazione culturale nei servizi di salute mentale. Considerazioni e
riflessioni
Comments and thoughts on cultural mediation in mental health services
Adela Ida Gutierrez
- 93 Ascolto attivo, accoglienza e rapporto fiduciario tra operatori e
utenti, con particolare riguardo al ruolo dell'Assistente Sociale
*Active listening, warm welcome and trustful relationship between social
workers and users, particularly for the social worker's role*
Marcella Coccia
- 101 La salute delle donne e madri straniere: una sfida per i nostri servizi
materno-infantili
*Foreign women's and mothers' health: a challenge for our maternal-infant
services*
**Alessandra Cecchetto, Elisabetta Cescatti, Grazia Lesi, Graziella
Sacchetti**
- 119 Bambini stranieri, minori migranti: sfida e opportunità per la tutela
e la promozione della salute
*Foreigners children, Migrant Minors: challenge and opportunity for health
protection and promotion*
Simona La Placa, Rosalia Maria Da Rioli
- 127 La salute dei lavoratori stranieri in Italia
Work-related health problems among immigrant workers in Italy
Erica Eugeni, Flavia Sesti, Anteo Di Napoli, Giovanni Baglio
- 139 Spunti e riflessioni per la formazione dei professionisti come
strategia per la promozione e la tutela della salute dei migranti
*Considerations for the training of professionals as a strategy for the promotion
and protection of migrants's health*
Emma Pizzini, Maria Laura Russo

In questo numero

Dedichiamo l'intero numero della Rivista al tema "Salute e Migranti", argomento spesso affrontato al di fuori di quell'ottica sistemica che la nostra Rivista persegue e la stessa politica di promozione dalla salute esige.

Il lavoro è frutto della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, società scientifica nata negli anni '90 sotto la spinta di gruppi ed organizzazioni che in varie parti d'Italia si occupavano di garantire il diritto all'assistenza sanitaria agli immigrati e oggi divenuta un "policy network" nazionale di scambio di esperienze, dati, evidenze scientifiche e analisi di politica sanitaria.

Diritto alla salute, dimensione socio-economico-politica della salute, determinanti sono i concetti chiave sui quali la Rivista propone riflessioni ed esperienze, così come interdisciplinarietà e intersettorialità sono i requisiti di approccio, advocacy e partecipazione le metodologie di analisi e intervento.

Come ben evidenziato nella Presentazione di Rinaldi e Marceca - curatori del numero - una significativa analisi, attraverso la promozione della salute, consente la definizione di strategie di azione.

La numerosità e la ricchezza dei documenti proposti garantisce una visione ampia e articolata del fenomeno, utile ad aprire e sviluppare il dibattito per ricercatori e professionisti impegnati in questo ambito.

Editoriale

In memoriam

Lamberto Briziarelli

Tullio Seppilli è morto, silenziosamente, negli ultimi giorni di questa torrida estate, nella silenziosa ed isolata casa dove aveva trascorso gli ultimi anni della sua vita, vicina al vecchio convento di Santa Caterina, lontano dal rumore e dal traffico della città. Eppure la notizia della sua scomparsa ha sollevato immediatamente un'ampia eco in tutto il Paese, sui grandi quotidiani di opinione come nella stampa locale. Suoi allievi e personaggi di livello nazionale ne hanno ricordato le grandi doti di pensatore, nell'ambito dell'antropologia culturale e dell'antropologia medica, il suo indefesso impegno politico sui grandi temi dell'eguaglianza, della libertà di pensiero e da ultimo dei beni comuni e della tutela dell'ambiente.

A tutto ciò non ci sarebbe altro da aggiungere, per ricordare la figura di un intellettuale a pieno tondo, impegnato nell'accademia e nel sociale fino all'ultimo dei suoi giorni, da vero "comunista" come ogni tanto amava ricordare. Ed infatti, per tutta la sua esistenza, aveva conservato questa adesione ideale contratta nei primi anni della sua giovinezza, ancora esule in Brasile per le leggi razziali fasciste. Conservando anche alcuni elementi utopici di quell'ideologia.

Per me, che ho avuto con Tullio una frequentazione culturale iniziata attorno alla fine degli anni cinquanta del 900, egli ha ancora altri meriti di grande valore, che vanno assolutamente messi in evidenza; come sicuramente testimoniano gli operatori del Centro sperimentale di Perugia ed i collaboratori di questa rivista ma anche tutti coloro che si sono impegnati nel campo dell'Educazione sanitaria. Tullio non aveva voluto seguire le aspirazioni del padre Alessandro che lo avrebbe visto volentieri medico, prosecutore del suo operare ma non si allontanò di molto laureandosi in Biologia ma soprattutto abbracciando con grande interesse, prima e con passione poi, gli studi etnografici di De Martino. E poi operando una svolta importante, avvicinandosi del tutto ad una parte degli interessi paterni, con la creazione nella Facoltà di Lettere dell'Università di Perugia dell'istituto di Antropologia culturale.

Alessandro Seppilli, nonostante la sua formazione di igienista tradizionale (nello studio dei microrganismi patogeni, della statistica sanitaria, della chimica e fisica applicate all'ambiente) già nella prima metà degli anni '50, poco dopo il suo arrivo nella Facoltà di Farmacia dell'Ateneo

Perugino, aveva allargato lo spettro dei suoi interessi agli indirizzi sociali della disciplina. Facendo proprie le indicazioni che erano venute nell'immediato dopoguerra dalla Gran Bretagna e dall'OMS, nell'ambito dell'Istituto di igiene – assieme al Medico Provinciale di Perugia – aveva creato il Centro Sperimentale dimostrativo di educazione sanitaria della popolazione, con lo scopo fondamentale di studiare e diffondere modelli di intervento per migliorare i livelli di coscienza e di conoscenza sanitaria dei singoli individui per meglio combattere i fattori nocivi alla salute e condurre stili di vita salutari.

Fondamentale divenne così l'apporto dell'antropologia culturale allo sviluppo delle attività di formazione che il Centro sperimentale (poi solo di Educazione sanitaria e di Promozione della salute) sviluppò nei confronti degli operatori sanitari e sociali; Tullio, con alcuni dei suoi allievi, si impegnò da subito in una collaborazione mai cessata, fornendo una presenza culturale fondamentale al modello elaborato nel Centro sperimentale. Ampliando ed arricchendo, in particolare nella sua fase behavioristica la base medico-biologica e fornendo anche a noi medici contributi sostanziali all'elaborazione culturale, allargando l'orizzonte delle nostre ricerche in questo settore. Le sue lezioni brillanti entusiasmavano i frequentatori dei tanti corsi arrivati a Perugia da tutta Italia e da molti Paesi esteri ed erano da tutti molto apprezzate. I suoi allievi, talora egli stesso, collaborarono con noi nei molti corsi di formazione che organizzavamo in diverse regioni italiane. I suoi articoli arricchirono quasi ogni numero della nostra rivista.

Mi sovviene in particolare il piacevole ricordo di una comune collaborazione che ci portò assieme in numerose città; impegnati in una serie di attività formative dirette ad operatori sanitari delle diverse USL della Regione Emilia-Romagna, trattando rispettivamente la parte bio-medica e quella socio-antropologica dell'Educazione alla salute. Un interessante percorso in cui ci sforzavamo di aggiungere sempre nuovi elementi ai nostri discorsi, un processo di comune elaborazione di idee e produzione di cultura. Gli spostamenti in automobile erano una continua scoperta di nuove idee a tutto tondo, su molti campi; Tullio era molto colto, piacevole conversatore, curioso, arguto.

E poi, dopo la scomparsa del padre, la nostra collaborazione continuò nell'ambito della Fondazione Celli di cui ero il segretario ed Egli presidente per via ereditaria fino ad oggi e nella gestione di questa rivista, la Fondazione divenne editore. E Tullio seguì a fornire il suo contributo nell'ambito del Comitato scientifico ed in quello di redazione.

Di tutto questo lungo rapporto, di grande interesse e piacere, ho un punto di cui mi rammarico, avendone pure discusso con Lui; la sua lunga elaborazione si è sviluppata in centinaia di contributi, in convegni, confronti, discorsi, pubblicata in scritti brevi, che non ha voluto mai raccogliere a fornire una raccolta sistematica del suo pensiero che raccoglieva assieme scienze umane, aspetti socio-politici ed economici. Certo ha lasciato un vuoto anche maggiore.

Monografia *Salute e Migranti*

Presentazione

Salute e Migrazione: una relazione complessa e un case-study di promozione della salute

Health and Migration: a complex relationship and a case-study of health promotion

Alessandro Rinaldi, Maurizio Marceca

Società Italiana Medicina delle Migrazioni

‘Salute’ e ‘Migrazione’ sono due fenomeni di per sé complessi e complessa è, inevitabilmente, la relazione dinamica che li caratterizza. A un approfondimento di questa complessità si dedicava (e intitolava) un editoriale di *The Lancet* del 2006¹. Questo stesso binomio si presenta come un ‘*case study*’ di Promozione della Salute. A ben vedere infatti, ‘Salute’ e ‘Migrazione’ sono specularmente accomunate dalla necessità di vedere realizzate alcune caratteristiche sancite ad Ottawa nel 1986: pace; protezione; istruzione; cibo; reddito; ecosistema stabile; sviluppo sostenibile; equità e giustizia sociale. Viceversa, è proprio la mancanza, o carenza, di queste condizioni, a spingere milioni di persone in tutto il mondo ad abbandonare la propria casa, i propri affetti, la propria terra di origine: guerra, persecuzioni sociali e religiose, carenza di istruzione, scarsità di cibo, povertà, cambiamenti climatici, ingiustizie e disuguaglianze sociali sono infatti riconosciuti tra i principali fattori di spinta (*push factors*) verso la migrazione.

Non sfuggirà come la stessa prospettiva di analisi sia stata offerta, a partire dai primi anni ’90, dalla teoria dei ‘Determinanti sociali della salute’, che è alla base dell’epidemiologia sociale e che, in Sanità Pubblica, è orientata al contrasto delle disuguaglianze nella salute e nell’assistenza².

A fronte di questa multidimensionalità, il discorso sugli ‘immigrati’ e la ‘salute’ viene ancora spesso declinato, nel dibattito pubblico, con un’enfasi eccessiva sul rischio infettivologico, cioè al possibile ruolo di ‘untori’ che i migranti potrebbero rivestire nei confronti della popolazione ospite. Ciò fa sì che venga prestata poca attenzione a tutte quelle variabili e dimensioni - a parti-

1. *The Lancet* 2006; 368:1039. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69423-3. Editorial ‘Migration and health: a complex relation’.

2. Marmot M. *La Salute Disuguale*. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2017.

re dai diritti civili e politici e dalle condizioni socio-economiche - che dovrebbero essere invece considerati fondamentali per la promozione, la tutela e il mantenimento della loro salute.

La chiave di lettura fornita dalla Promozione della Salute ci aiuta invece a stabilire un forte collegamento tra 'migrazione' e 'salute', in cui quest'ultima non si esaurisce nella sua dimensione biologica ma, venendo considerata come un diritto umano fondamentale, si estende anche a quella sociale, economica e politica, in cui la 'migrazione' è essa stessa un determinante della salute. Provare quindi a descrivere la salute degli stranieri vuol dire innanzitutto abbandonare la visione della salute come sola assenza di malattia e parlare di sofferenza sociale prima ancora che di patologia. Per tale ragione, riteniamo che promuovere la salute delle persone straniere, più che diagnosticare e trattare quadri nosologici inconsueti, voglia dire soprattutto agire per la tutela dei diritti e per lo sviluppo di relazioni umane significative, accomunate dal tentativo di comprendersi vicendevolmente provando a superare pregiudizi e paure. È quindi una preziosa opportunità per riconsiderare la 'persona' nel suo insieme (corpo, psiche, cultura, aspettative, desideri) e all'interno del proprio contesto di vita (inserimento o fragilità sociale, effetti delle politiche di accoglienza e d'integrazione, pregiudizi e discriminazioni).

Per provare a restituire almeno in parte la complessità cui si è fatto cenno, abbiamo deciso di affrontare il discorso "salute e migrazione" su più livelli (internazionale, nazionale e locale) e con il contributo di diverse discipline e professionalità: sanità pubblica ed epidemiologia; psichiatria; pediatria e ginecologia; mediazione linguistico-culturale e salute mentale; servizio sociale; sociologia e pedagogia.

I diversi contributi sono stati forniti da persone che fanno parte della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), una Società scientifica nata nel 1990 e fortemente multidisciplinare, che si caratterizza per il fatto di associare, all'impegno nella ricerca, nel confronto scientifico e nella formazione dei professionisti, quello nell'*advocacy* verso le istituzioni per la tutela della salute delle comunità migranti presenti in Italia³.

I primi tre articoli presenti in questo numero monografico affrontano il tema del riconoscimento del diritto alla salute dei migranti. Gli autori e le autrici si sono soffermati soprattutto sul ruolo che la società civile (e i professionisti della salute al suo interno) ha avuto, ha e dovrebbe avere nella tutela del diritto alla salute attraverso azioni di *advocacy*.

Come i lettori di questa rivista sanno, la dichiarazione di Ottawa ha individuato l'*advocacy* e la costruzione di politiche pubbliche per la salute rispettivamente come una delle 'azioni essenziali' e una delle 'attività strategiche' per la promozione della salute. In un momento storico in cui la Promozione della Salute è stata relegata e viene (erroneamente) associata alla mera gestione degli stili di vita 'scorretti', crediamo che portare esempi concreti di promozione della salute attraverso azioni di *advocacy* sia quanto mai opportuno e utile per contribuire al dibattito scientifico nazionale in quest'ambito.

In tal senso, parafrasando quanto affermato da Salvatore Geraci nel primo articolo, occuparsi

3. Per maggiori informazioni, si veda il sito 'www.simmweb.it'

del diritto alla salute delle persone straniere vuol dire fare politica “nel senso più puro del termine: dove si cerca di mettersi a servizio della polis, della comunità, nella sua accezione più piena, globale”. Abbiamo ritenuto opportuno iniziare dal contributo di Geraci perché ripercorre la nascita e l'evoluzione dell'assistenza sanitaria agli immigrati in Italia. Da questo contributo il lettore potrà acquisire le coordinate concettuali e temporali per orientarsi al meglio nella lettura degli altri contributi. In questo articolo vengono affrontate la nascita della SIMM (Società Italiana Medicina delle Migrazioni) e dei suoi GrIS (Gruppi Immigrazione e Salute) ed esplicitato il ruolo centrale che essi hanno avuto nel processo di costruzione del “*Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*” (D.Lgs. n. 286 del luglio 1998), norma che ha, tra le altre cose, ‘ancorato’ il diritto assistenziale degli immigrati provenienti da paesi non appartenenti all'Unione Europea.

Il contributo di *Manila Bonciani, Marisa Calacoci, Filippo Gnolfo e Lorenzo Surace* si pone in linea di continuità con quello precedente. Infatti, dopo un'interessante introduzione dedicata all'approfondimento e contestualizzazione del concetto di ‘advocacy’, vi viene descritta l'attività dei GrIS e il ruolo che questi esercitano su (quasi) tutto il territorio nazionale nel sorvegliare e garantire l'effettiva applicazione delle indicazioni normative. Gli autori hanno scelto di descrivere le azioni di *advocacy* realizzate da quattro GrIS (Emilia-Romagna, Calabria, Lazio e Toscana), mettendone in luce le difficoltà incontrate ed i risultati raggiunti.

Con l'articolo di *Chiara Bodini* si passa da una dimensione locale (nazionale e regionale) ad una globale e nello specifico europea. Il contributo illustra come a livello europeo il diritto all'assistenza sanitaria sia caratterizzato da una forte disomogeneità negli ordinamenti tra paesi e al tempo stesso dalla presenza di barriere comuni che ne limitano l'accesso. A partire da questa analisi generale l'articolo descrive la situazione specifica di tre casi nazionali (Spagna, Germania e Italia), sottolineando - ancora una volta - il ruolo svolto dalla società civile nel tutelare il diritto alla salute. L'autrice ci ricorda anche che oggi - a causa del “dogma dell'austerità” come risposta principale alla crisi economica - impegnarsi per difendere il diritto alla salute delle persone più svantaggiate socialmente e promuovere una “salute senza esclusioni”, vuol dire anche impegnarsi per difendere la “salute per tutti”.

I due contributi di *Marco Mazzetti* e di *Giancarlo Santone con Emilio Vercillo* affrontano il tema della ‘salute mentale’ degli immigrati. Come già accennato, la salute delle persone straniere è fortemente caratterizzata dalla sofferenza sociale cui sono esposti durante tutta la loro esperienza pre-migratoria e migratoria, e all'arrivo nel paese ospite possono manifestare forme reattive di disagio psicologico-esistenziale.

Marco Mazzetti, servendosi della testimonianza autobiografica di un ragazzo del Togo, descrive quali siano i fattori in grado di favorire la resilienza al “trauma della migrazione”. Tra questi, oltre a caratteristiche di tipo individuale e legate allo specifico ‘progetto migratorio’ del singolo, assume un'importanza particolare il sostegno sociale su cui la persona può contare all'interno del paese ospite. L'articolo si conclude affermando che tuttavia, allo stato attuale, i dati sulle

ospedalizzazioni per ragioni psichiatriche e le osservazioni condotte sul campo con i profughi tendono a descrivere un quadro allarmante: numerosi soggetti presentano difficoltà individuali, assenza di un progetto migratorio e limitate capacità di fruire del sostegno sociale. Per tali ragioni è sempre più necessario garantire percorsi di accoglienza e assistenza che sappiano tener conto di queste difficoltà e al tempo stesso promuovere contesti di “sostegno sociale” in cui le persone possano valorizzare le capacità e risorse individuali.

Cosa fare quando le persone (molto spesso ‘migranti forzati’) non hanno né risorse personali né risorse sociali cui attingere per sostenere la prova “traumatica” che la migrazione comporta? A tal riguardo, Giancarlo Santone ed Emilio Vercillo ci parlano della loro esperienza clinica con i richiedenti protezione internazionale, soprattutto per quanto riguarda la patologia post-traumatica. Esperienza maturata all’interno del Sa.Mi.Fo. (Centro di Salute per Migranti Forzati), progetto pilota nato nel 2006 dalla collaborazione tra la ex ASL Roma A e l’Associazione Centro Astalli per i rifugiati dei Gesuiti. Vista la complessità dei bisogni in salute dell’utenza di riferimento, il Centro lavora secondo un approccio che tenta di integrare l’assistenza medica di base con l’assistenza specialistica e le prestazioni sanitarie in generale con le azioni di protezione sociale. Ben si prestano le parole degli autori per descrivere l’attenzione con cui al Sa.Mi.Fo. ci si prende cura delle persone: *“Sulla base della esperienza maturata in questi anni abbiamo osservato che qualsiasi comportamento o azione mirati a calmare il dolore e lo stress, a ricostruire la fiducia nell’essere umano e a ridare dignità e speranza ai sopravvissuti alla tortura possono essere considerati “atti terapeutici”. Inoltre che gli interventi in ambito sociale, economico, legale e relazionale sono altrettanto indispensabili che quelli specifici sulla salute mentale e fisica”*.

In altre parole, è possibile affermare che il lavoro di cura per le persone straniere, sia per quanto riguarda la salute mentale che la salute in generale, non passa solo attraverso interventi terapeutici di tipo sanitario. Ciò vuol dire che ad occuparsi della salute delle persone straniere (e questo dovrebbe valere anche per le persone in generale) non debbano essere solamente gli operatori sanitari (medici, infermieri, psicologi, terapisti della riabilitazione...) ma anche altre tipologie di figure professionali. A tal proposito, gli articoli di *Adela Ida Gutierrez* e di *Marcella Coccia* descrivono rispettivamente il ruolo che il mediatore culturale e l’assistente sociale hanno nella tutela della salute degli immigrati.

Con il suo contributo Gutierrez pone l’accento sulla contraddizione di un sistema che vede la mediazione culturale come la pratica più rappresentativa di un modello transculturale di salute e allo stesso tempo considera il mediatore culturale come l’identità professionale meno definita nel settore della salute. Per farlo, ripercorre la storia in Italia di questa figura professionale e, facendo riferimento principalmente all’ambito della salute mentale, descrive il ruolo che il mediatore ha/dovrebbe avere nel setting terapeutico e in che rapporto professionale si pone con gli altri operatori della salute. Infine, approfondisce il tema della ‘lingua matrice’, specificando che il mediatore non si limita ad una mera traduzione, ma fa emergere nel “qui”

e “ora” della relazione terapeutica la storia, la cultura, le specifiche configurazioni familiari e le diverse costruzioni della soggettività che consentono di far emergere un contesto necessario al fine di dare un senso alla sofferenza narrata dal paziente.

Tutti i contributi fino ad ora considerati affermano quanto sia importante il contesto sociale di accoglienza nella tutela della salute della persona immigrata. Garantire un buon supporto sociale (lavorare quindi su ciò che sopra abbiamo definito come ‘determinanti sociali della salute’), non solo sembra migliorare la resilienza delle persone nei confronti dell’esperienza migratoria, ma assume anche un ruolo “terapeutico” quando la sofferenza sociale si trasforma in patologia. In tal senso, il contributo di Marcella Coccia evidenzia come soprattutto l’assistente sociale - attraverso la costruzione di una relazione basata sull’‘accoglienza’, la ‘fiducia’ e l’‘ascolto’ - possa farsi promotrice/promotore di interventi in grado di favorire l’integrazione (e non l’assimilazione) della persona straniera all’interno della società che la ospita. L’autrice afferma che ciò può voler dire affrontare situazioni multi-problematiche che richiedono all’operatore di sviluppare nuove competenze ed essere disposto a *“ripensare anche il proprio ruolo non solo professionale ma anche personale, [...] a non dare nulla per scontato, a vedere la vita sotto prospettive diverse, ad uscire dalle “certezze” statiche per inventarsi nuove modalità atte ad affrontare i problemi posti”*.

Oltre a quello della salute mentale, altri aspetti particolarmente rilevanti per la salute degli immigrati riguardano soprattutto: condizioni fisiologiche come la gravidanza e il parto, caratterizzate da una maggiore frequenza di esiti negativi per la salute della donna e del bambino; e gli infortuni sul lavoro, più frequenti tra i lavoratori immigrati rispetto a quelli autoctoni. Questi aspetti vengono approfonditi in tre articoli, due dei quali affrontano l’area della salute della donna e del bambino e uno quella della salute dei lavoratori stranieri.

Il contributo di Alessandra Cecchetto, Elisabetta Cescatti, Grazia Lesi e Graziella Sacchetti tratta la ‘salute delle donne straniere’ descrivendo come accedono e fruiscono dei servizi materno-infantili per gravidanza, parto, e interruzione volontaria di gravidanza. L’attenzione dell’articolo si concentra soprattutto su alcuni gruppi più vulnerabili: giovani ragazze, donne in maternità, donne richiedenti protezione internazionale e vittime di violenza. Anche in questo caso, le autrici ci ricordano che l’assistenza alle donne straniere porta in luce con maggiore evidenza quanto dovrebbe valere anche per l’assistenza delle donne in generale: *“il bisogno di ricomporre il corpo con la psiche e [il fatto che] un accompagnamento sostanziale necessita di una messa in rete, di una relazione reale tra coloro che si occupano del loro corpo gravido e chi si occupa del loro futuro bambino. [...] Questo vuol dire curare i legami fra il personale curante, il legame fra i genitori [...]”*. La tutela della salute del ‘bambino migrante’ è l’argomento approfondito da Simona La Placa e Rosalia Maria Da Riolo. Nel loro articolo, dopo aver fornito una descrizione del contesto e della normativa vigente di riferimento, affermano che i bambini migranti debbano essere considerati prima di tutto bambini e, solo dopo, anche migranti. In termini assistenziali ciò si dovrebbe tradurre in percorsi sanitari inclusivi ed equi, accessibili e fruibili per tutte le

tipologie di 'minore migrante', articolati in più servizi e figure professionali per rispondere ai differenti bisogni di salute. A questa parte generale segue poi un approfondimento specifico sulla tutela della salute dei 'minori stranieri non accompagnati', fenomeno sensibilmente cresciuto nel tempo: rispetto al totale dei minori arrivati in Italia, si è passati dal 49% del 2014 al 92% di minori non accompagnati nel 2016. Come ribadito nei primi tre articoli di questa monografia, anche in questo caso, oltre all'attività di ricerca e assistenza, le azioni di *advocacy* e lo scambio di buone pratiche risultano fondamentali per la promozione e tutela della salute dei minori stranieri.

La salute dei lavoratori stranieri viene approfondita dal contributo di *Erica Eugeni, Flavia Sesti, Anteo Di Napoli e Giovanni Baglio*. Dal loro contributo emerge una condizione di particolare vulnerabilità dei lavoratori stranieri. Indipendentemente dall'attività svolta, questi sono soggetti a un rischio infortunistico più alto rispetto ai lavoratori italiani e a una maggiore esposizione a condizioni di discriminazione (es. atti di prepotenza e vessazione sul lavoro). Per tali ragioni, la tutela della salute dei lavoratori stranieri costituisce un'importante questione di salute pubblica. In tal senso gli autori auspicano lo sviluppo di interventi orientati alla formazione e alla tutela della salute negli ambienti di lavoro.

Nell'ultimo contributo proposto, *Emma Pizzini e Maria Laura Russo* affrontano infine il tema strategico della formazione degli operatori socio-sanitari. Spesso, medici e operatori sanitari non sono preparati ad affrontare i bisogni di salute dei migranti, anche perché nel loro percorso formativo non sono previsti insegnamenti/contributi *ad hoc*. Tuttavia le autrici ci ricordano che l'OMS stessa, al fine di perseguire il miglioramento dello stato di salute della popolazione migrante, ritiene fondamentale la formazione dei professionisti della salute. Dopo aver analizzato il ruolo della formazione nel contrastare le disuguaglianze in salute e migliorare l'accessibilità e la qualità dei servizi sanitari per i migranti e per le minoranze etniche, il testo si concentra sull'inadeguatezza dei metodi formativi ancora oggi utilizzati nel campo della formazione. *"La formazione attuale - scrivono le autrici - continuando a proporre mappe di saperi statiche che non riescono a interagire con altre proposte di esperienze formative, finisce con il "produrre" professionisti appesantiti di nozioni, incapaci di connettere tra loro i differenti significati locali con un contesto globale più ampio e di concepire una visione integrata delle proprie esperienze professionali"*. Quanto affermato non sembra valere solo per la formazione nel campo dell'assistenza sanitaria agli immigrati, ma riguardare in generale il modo attraverso cui il sapere viene prodotto e dispensato; tuttavia l'incontro del 'sistema salute' con persone provenienti da contesti socio-culturali differenti sembra evidenziare con maggior forza i limiti attuali della formazione. Ed è proprio a partire da questi limiti che nell'articolo vengono presentati approcci formativi alternativi che prevedono il coinvolgimento diretto dei professionisti/discenti nella costruzione del sapere attraverso un percorso formativo in grado di farli riflettere criticamente e creativamente sulla loro pratica lavorativa. In questo modo la formazione diventa un *"impegno attivo a "partecipare", ad essere attore protagonista di cambia-*

mento del e nel mondo [...]. In quest'ottica, la stessa esperienza di apprendimento è soggetta a un mutamento radicale, giacché da mera acquisizione di contenuti precostituiti in ambiti disciplinari distinti secondo criteri statici, diviene essa stessa azione d'interconnessione disciplinare e creazione di nuovi percorsi cognitivi”.

E forse proprio questo in fondo vuol dire occuparsi della salute degli stranieri, e in generale delle fasce socialmente più svantaggiate della popolazione: vuol dire appunto assumersi l’*“impegno attivo a partecipare, ad essere protagonista di cambiamento del e nel mondo”*.

In tale prospettiva, è per noi importante sottolineare come l’idea di proporre a ‘Sistema Salute’ un numero monografico su questi temi è nata dal desiderio di ricordare - anche con un prodotto culturale comune - Maria Edoarda Trillò, un’amica e collega pediatra recentemente (e improvvisamente) scomparsa; una persona che, sia nelle istituzioni che in diverse organizzazioni della società civile (compresa la SIMM), si è spesa per tutta la vita per il diritto alla tutela indiscriminata della salute di tutti, con particolare enfasi su quella dei bambini e delle donne; una persona di cui abbiamo potuto apprezzare per decenni l’onestà intellettuale, le forti motivazioni etiche, la professionalità, la passione civile, l’impegno, l’intelligenza e la sensibilità sociale e relazionale, cui questo numero è dedicato.

Ruolo della SIMM per l'assistenza sanitaria dei migranti come risultato di un processo partecipativo di advocacy *Role of SIMM for migrant health care, a result of a participatory advocacy process*

Salvatore Geraci

Area sanitaria Caritas di Roma; Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Roma

Parole chiave: immigrazione, advocacy, rete

RIASSUNTO

Obiettivi: l'articolo riporta il percorso di un'organizzazione che si occupa dei temi della salute degli immigrati (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni SIMM) e descrive le principali fonti normative italiane per la garanzia del diritto all'accesso ai servizi sanitari per questa popolazione, analizzandone i punti di forza e le criticità.

Metodi: con stile narrativo, partendo da singole storie, attraverso la prospettiva di visione degli operatori, impegnati da anni in una azione di advocacy, sono ripercorse le fasi di creazione e azione dei gruppi locali su base territoriale "Gruppi Immigrazione e Salute" – GrIS - , in parallelo con le tappe dell'emersione del diritto alla tutela sanitaria dei cittadini non italiani.

Risultati: l'Italia si è data nel tempo norme inclusive, mostra una specifica attenzione al tema, ma ancora oggi c'è un'eccessiva diversificazione ed eterogeneità nell'applicazione normativa a livello locale che genera disuguaglianze e discriminazioni e manca una chiara *governance* nazionale.

Conclusioni: la complessità del fenomeno migratorio e la sua estrema variabilità nel tempo e nello spazio induce ad un aggiustamento continuo di politiche e norme per la salute, ma soprattutto per l'accoglienza e l'integrazione con il rischio che ciò sia condizionato, soprattutto a livello locale, da approcci ideologici e semplicistici.

Key words: immigration, advocacy, policy network

Autore per corrispondenza: s.geraci@simmweb.it

SUMMARY

Objectives: This article describes the path of an organization dealing with immigrant health issues (Italian Society for Migration Medicine SIMM) and describes the main Italian legal sources that guarantee the right to access to health services for this population, analyzing its strengths and limits.

Methods: With narrative style, starting from individual stories, through the perspectives of the operators, who have been engaged in advocacy for years, have traced the creation and action phases of local groups based on "Immigration and Health Groups" - GrIS - in parallel with the stages of the emergence of the right to health protection of non-Italian citizens.

Results: Italy has given inclusive norms over time, shows a specific focus on the topic, but there is still too much diversity and heterogeneity in the local legislation that generates inequalities and discrimination and lacking clear national governance.

Conclusions: The complexity of the migratory phenomenon and its extreme variability in time and space leads to a continuous adjustment of health policies and standards, but above all to the reception and integration with the risk that this will be conditioned, local level, from ideological and simplistic approaches.

Premessa

Quando, alla fine degli anni '70, un sacerdote romano indicò l'immigrazione come evento epocale che avrebbe cambiato radicalmente il convivere sociale del nostro Paese, pochi credevano che l'Italia, nel giro di una manciata di anni, si sarebbe trasformata da paese di emigrazione in paese con una presenza significativa di immigrati. Non sorprende quindi che proprio negli anni dell'affermazione in Italia del diritto alla tutela dalla salute su base di universalità e di equità, siamo proprio all'indomani della legge 833 del 1978, la tutela degli immigrati non fosse contemplata se non in modo assolutamente marginale tanto che il diritto costituzionale alla tutela sanitaria dell'individuo, se immigrato e straniero, era garantito sostanzialmente dall'associazionismo e dal privato sociale.

Quel sacerdote, mons. Luigi Di Liegro, diventato primo direttore della Caritas capitolina fino al 1997, anno della sua morte, ha avuto anche il merito, non solo di una precisa intuizione, di tracciare concretamente strade di impegno, di riflessione, di analisi di un fenomeno che ha radicalmente cambiato la nostra società (1). Anche in sanità! Circa 35 anni fa alcuni medici in varie parti d'Italia organizzarono ambulatori di primo livello per immigrati senza diritti e tra questi il centro medico della Caritas di Roma alla stazione Termini. In seguito i volontari e gli operatori di quel piccolo ambulatorio, insieme a colleghi di altre organizzazioni laiche e confessionali impegnate direttamente nella tutela sanitaria dei cittadini immigrati, con alcuni docenti universitari, hanno dato vita alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), società scientifica, laica, aconfessionale ed apolitica, multiprofessionale che, con i suoi documenti e le sue proposte, è sempre stata presente nella definizione di politiche sanitarie per gli immigrati nel nostro paese. Politiche inclusive, come vuole il mandato costituzionale, ma certamente non semplici e scontate anche perché queste politiche non possono essere disgiunte da una specifica attenzione all'accoglienza ed a concreti percorsi di integrazione e di diritti.

Felix, Giorgina, Joy, Ibrahim e tante morti evitabili...

Felix Omolido, filippina di 42 anni, in Italia per lavorare e poter sostenere il marito e i due figlioli nel suo paese, muore nel 1985 per un'ulcera complicata non curata dice la cronaca, per paura di perdere il lavoro ed esser rimandata a casa da "sconfitta", dicono gli amici.

Giorgina Yaboah, ragazza ghanese, muore per gestosi all'inizio del 1995. Era venuta in Italia per raggiungere il marito, falegname nell'opulento nord est, ma lei non aveva il permesso di soggiorno; per paura di essere denunciata e di esporre anche il marito all'espulsione, pur sentendosi male, non va in ospedale, non chiama il medico, non dice nulla nemmeno al marito ... e poi è troppo tardi.

Storie vecchie, riprese da giornali ingialliti, persone di cui abbiamo voluto ricordare il nome per sottolineare come dietro slogan, sigle, etichette esistono donne e uomini che sperano, vivono, soffrono.

Partendo anche da questi fatti drammatici, l'Italia nel tempo si è data leggi e politiche che hanno cercato di non escludere nessuno dal diritto alla salute. Non è casuale che meno di un anno dopo la morte della signora Omolido, nel 1986 viene approvata, su proposta di un medico neuropsichiatra, l'on. Franco Foschi, la prima legge sull'immigrazione che non entrava nel merito di norme sanitarie, ma colmava un gap nei diritti dei lavoratori stranieri rispetto agli italiani, garantendo percorsi di emersione dal lavoro nero e tutele previdenziali e sindacali. Un primo passo.

Non è altrettanto casuale che alla fine del 1995, anche sulla spinta emotiva del drammatico fatto di cronaca citato, ma con l'azione consapevole di una parte della società civile che nel frattempo aveva maturato esperienza e competenza e che si riconosceva nella SIMM, per la prima volta, grazie all'opera di un altro medico, il prof. Elio Guzzanti, Ministro della Sanità, viene "sdoganato" il diritto alla tutela sanitaria per gli immigrati in condizione di maggiore fragilità, quelli senza permesso di soggiorno e presenti irregolarmente nel nostro paese (2).

Joy Johnson, giovane nigeriana irregolare di 24 anni, sognando una vita migliore ma calata in un oggi di sfruttamento e dannazione (faceva la prostituta), all'inizio del marzo 2009 muore in Italia di tubercolosi perché, probabilmente per paura, si tiene lontano da una sanità "nascosta" da polemiche e notizie contrastanti.

È una storia raccontata all'indomani dell'approvazione in Senato del Disegno di legge sulla sicurezza (febbraio 2009) che prevedeva l'abrogazione del divieto di segnalazione per gli immigrati irregolari soccorsi in ospedale o negli ambulatori. Una vasta mobilitazione nazionale fa ritirare quell'articolo di legge, ma ormai l'accessibilità ai servizi sanitari era stata resa incerta ed insicura, non sul piano del diritto, ma certamente sul piano della percezione di un pericolo (3).

Circa 5 anni fa è stata pubblicata la notizia che una *bambina nigeriana* di 13 mesi morta all'ospedale di Cernusco sul Naviglio dopo essere stata dimessa dal pronto soccorso ed essere stata ricoverata solo dopo ripetute insistenze: "Gli infermieri, la prima volta che è stata portata in ospedale con il 118, hanno detto che non potevano ricoverarla perché la tessera sanitaria

era scaduta”, si legge nella denuncia presentata dal padre della bambina Non sappiamo con esattezza ciò che è accaduto ma la notizia, indipendentemente dalla sua veridicità, mette in evidenza una fragilità “in più” dei bambini stranieri in Italia e cioè quella dell’incertezza nell’accessibilità ai servizi sanitari. Ma quella notizia drammatica ha dato più determinazione a chi da anni sosteneva che non è possibile avere in Italia bambini di serie A e quelli di serie B, e per la loro tutela della salute tutti dovevano avere i livelli più alti di diritti (ancora una volta si distingue l’impegno della SIMM insieme al Gruppo di lavoro nazionale per il bambino immigrato – GLNBM - della Società Italiana di Pediatria - SIP) (4): prima, tra il 2012 e 2013, con l’Accordo Stato Regioni contenente le indicazioni per una corretta applicazione della normativa sulla tutela sanitaria del migrante, e poi nel 2017, con la definizione dei nuovi Livelli Essenziali d’Assistenza (LEA), parte di questo gap assistenziale è stato colmato ma, come vedremo, non del tutto.

Storia recente è quella di un giovane ragazzo di 24 anni, *Ibrahim Manneh*, nato in Costa d’Avorio, in Italia da 10 anni, morto nel napoletano “di malasania e di razzismo”, per un soccorso non prestato, una malattia non riconosciuta ma anche per evidenti discriminazioni istituzionali con atteggiamenti condizionati da pregiudizi e da tensioni sociali indotte da una percezione del fenomeno immigratorio distorto (5). Notizia ignorata dai grandi media nazionali, impegnati a parlare ogni giorno di immigrazione ma non di immigrati, di emergenza ma non di accoglienza vera.

E infine ci sono, negli ultimi 4 anni, oltre 15.000 *morti nel Mediterraneo*, tutte morti evitabili; persone senza nome, troppo spesso invisibili nell’indignazione annacquata dall’abitudine, con lo strano destino, rispetto ad alcune storie citate in precedenza, che, pur essendo numeri drammatici e quotidiani, non hanno prodotto politiche di tutela ma palleggiamenti di responsabilità a livello nazionale e, soprattutto, internazionale, proposte demagogiche e irresponsabili, tensioni e paure politiche e sociali (6-7).

L’evoluzione del diritto alla tutela sanitaria degli immigrati è segnata da storie come quelle raccontate (8) che in alcuni casi hanno stimolato forze e competenze per la costruzione e la difesa del diritto, in altri, e siamo all’attualità, evidenziano una deresponsabilizzazione collettiva. Per questo vogliamo raccontare anche la storia della SIMM in relazione al diritto alla tutela sanitaria, per testimoniare che il dimensionamento di un fenomeno percepito come “troppo più grande di ciò che possiamo fare”, non deve impedire un impegno costante, proposte puntuali e innovative, capillare azione di advocacy e partecipazione diretta nelle scelte e nel dibattito culturale e politico.

La SIMM ed il diritto all’assistenza sanitaria degli stranieri

Come abbiamo visto, dalla metà degli anni ‘80, in varie parti d’Italia, in modo spontaneo ed allora certamente non coordinato, vari gruppi di volontari si sono organizzati per garantire il diritto all’assistenza sanitaria agli stranieri che ne erano esclusi. Ambulatori di primo livello che

tra mille difficoltà, con l'entusiasmo di chi sa di percorrere strade impervie ma anticipatorie, hanno visto protagonisti centinaia di medici, infermieri ed operatori sociali e sanitari, con competenze ed appartenenze diverse ma con comune impegno.

I rappresentanti di questi gruppi insieme a quanti in Italia si occupavano di immigrati si incontrano per la prima volta nel giugno del 1990 a Roma in una affollata assemblea, convocati dall'on. Claudio Martelli, allora vicepresidente del Consiglio dei Ministri e relatore dell'omonima legge sull'immigrazione promulgata nel febbraio di quell'anno. Dal confronto emerge la scoperta che quelle esperienze più o meno isolate possono confluire in una coscienza collettiva di una nuova realtà; dalla necessità di affrontare una emergenza per assenza di preparazione ed organizzazione pubblica, all'esigenza di capire, studiare, sperimentarsi nell'incontro con questi "nuovi cittadini"; da un diritto di fatto negato e/o nascosto alla volontà di affermare, anche sul piano giuridico, che la salute è un bene di tutti e per tutti.

Quel primo confronto di realtà molto diverse per storia ed appartenenza, per localizzazione geografica ma anche per target di assistiti (stranieri provenienti da specifiche nazioni diversificati a seconda della città, o anche del quartiere dove è presente l'ambulatorio medico), fa comprendere come "casistiche" molto diverse producano lo stesso profilo sanitario: le malattie più frequenti ed i problemi espressi sono in gran parte gli stessi indipendentemente della popolazione di riferimento, anche laddove vengono usati differenti sistemi di classificazione ed analisi delle condizioni di patologia (9): prevalentemente malattie dell'apparato respiratorio, digerente e muscolo-scheletrico legate al disagio socioeconomico, alle condizioni di accoglienza inadeguate, al tipo di lavoro.

E non è una scoperta da poco, tenendo conto che allora (e purtroppo ancora oggi) il dibattito politico che affrontava il tema della salute di questa popolazione era schiacciato sull'evocazione del rischio di importazione di malattie infettive più o meno conosciute alle nostre latitudini.

Da allora si comincia a parlare in Italia di *medicina delle migrazioni*, e con decisione quei medici ed operatori "pionieri" del campo ne sottolineano i contenuti non in termini di malattie o di rischio, ma come occasione per riconsiderare la persona nel suo insieme (corpo, psiche ma anche cultura, aspettative, desideri...) ed in un contesto (inserimento o fragilità sociale, effetti delle politiche d'accoglienza e d'integrazione, pregiudizi e discriminazioni...), in un'ottica che oggi definiremmo di salute globale (10).

A partire da quei primi scambi di esperienze sul piano clinico-epidemiologico, progressivamente i vari gruppi impegnati in Italia sono riusciti a costruire anche una progettualità politico-sanitaria: ne scaturisce un movimento partecipato dalla base della società civile e da operatori socio-sanitari del settore pubblico, di alto profilo nelle competenze specifiche, con forti motivazioni, che – con lo stile che aveva caratterizzato ogni singolo gruppo e cioè quello della gratuità, dell'impegno e della libertà – riesce ad essere credibile nell'analisi del fenomeno e nelle proposte. Con questa chiave di lettura va vista la nascita, nel 1990, della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni che da allora condizionerà gran parte delle scelte di politica sanitaria

nazionale nello specifico settore.

Un primo esempio in questo senso si verifica all'inizio del 1995, quando la SIMM sostiene e promuove una proposta di legge "dal basso" per il diritto alla salute degli immigrati, con riferimento agli irregolari, scritta dai gruppi impegnati nel settore (presentata e sottoscritta da circa 60 senatori e oltre 140 deputati). Poco dopo, nell'ambito del dibattito politico relativo all'approvazione della Legge Finanziaria del 1995, su esplicita richiesta della Lega Nord viene varato, non senza dibattito e polemiche, il cosiddetto Decreto Legge Dini del 18.9.1995, n. 489 dal titolo "Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea": quella norma, seppur restrittiva, aveva però recepito nell'articolo 13, le indicazioni della società civile sull'assistenza sanitaria, ovvero il diritto per tutti gli stranieri, anche se irregolari, di accesso alle cure non solo straordinario (urgenze) ma anche come cure ordinarie e continuative. Quell'articolo ha avuto anche il merito di sdoganare un problema, di liberare risorse, se non altro sul piano organizzativo, per affrontare il diritto all'accesso alle cure. Da quel momento Aziende Usl ed Ospedaliere, Enti Locali hanno dovuto/voluto pianificare interventi, deliberare iniziative, promuovere politiche adeguate (11). Ma soprattutto quell'articolo ha dato consapevolezza che una società civile organizzata, nella specifica situazione la SIMM, potesse influire nei processi di costruzione delle politiche e delle norme con una attenzione alle esperienze ed ai bisogni più o meno emergenti.

I GrIS per una "advocacy di prossimità"

La storia della SIMM si intreccia alla fine degli anni '90 con il percorso conosciuto come "devolution", termine che sta a indicare il passaggio di attribuzione di poteri su talune materie dallo Stato alle Regioni. Nel 2001 la riforma del Titolo V della Costituzione amplia notevolmente i poteri delle Regioni rispetto alle competenze statali. La salute diventa materia di competenza regionale, mentre l'immigrazione è tra le materie in cui lo Stato mantiene la piena potestà legislativa. La tematica "salute e immigrazione" appare quindi ambigualmente sospesa tra la legislazione "esclusiva" (quella dello Stato) e la legislazione "concorrente" (quella delle Regioni e Province autonome) in ciò che abbiamo definito "pendolo delle competenze e delle responsabilità". La devoluzione, insieme al parallelo percorso verso il federalismo fiscale, finisce col produrre un ampliamento della variabilità interregionale nei livelli di assistenza con una riduzione degli stessi, in luogo di percorsi virtuosi di prossimità e responsabilizzazione. Questo appare ancora più vero quando ci si occupa di immigrati: l'articolazione tra diversi livelli istituzionali finisce col determinare profili incerti di responsabilità che mettono in crisi l'effettiva applicazione delle indicazioni normative (regionali, ministeriali, europee) e generano confusione e difficoltà interpretative a livello dei settori amministrativi delle Regioni e delle Aziende Sanitarie.

A tale scenario la SIMM ha risposto con la creazione di gruppi locali su base territoriale (Regioni

e Province Autonome): i Gruppi Immigrazione e Salute, i GrIS (12).

In realtà il primo (e più strutturato) GrIS, quello del Lazio, nasce nel 1995, quasi parallelamente alla SIMM, e si configura subito come gruppo di collegamento tra operatori delle strutture pubbliche e gruppi del privato sociale, in grado di accreditarsi come interlocutore autorevole per le istituzioni regionali (13). Sul modello del Lazio nascono numerosi altri gruppi in Trentino, Lombardia, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Liguria, Sardegna, Calabria, Campania, Sicilia, Puglia e Marche.

I GrIS sono realtà diverse, per storia, longevità, capacità di incidere sul contesto locale. Tutti però sono accomunati dall'obiettivo di mettere in rete conoscenze, capacità, contatti per agire in modo efficace per la tutela della salute degli immigrati, promuovendo occasioni formative e informative, facendo pressione sui decisori politici, rilevando e segnalando anomalie o mancanze nell'applicazione della normativa.

Proprio grazie alla nascita e alle attività dei GrIS, la SIMM si configura sempre più come una "rete di reti", con una potenzialità unica di condivisione di saperi, soluzioni, riflessioni (14).

Uno degli esempi più illuminanti di come reti territoriali di persone e associazioni possano giocare un ruolo determinante nel modificare le politiche nazionali è fornito dalla campagna "Noi non segnaliamo", avviata dalla SIMM e promossa in collaborazione con Medici Senza Frontiere, Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione (ASGI) e Osservatorio sulla Salute Globale (OISG), tra la fine del 2008 e la prima metà del 2009. In quel periodo era in discussione al Senato il cosiddetto "pacchetto sicurezza" (Ddl 733), nell'ambito del quale erano stati proposti dalla Lega Nord due emendamenti che avrebbero rimosso, come abbiamo precedentemente accennato, il divieto di segnalazione alle autorità di polizia degli immigrati senza permesso di soggiorno presenti sul territorio italiano in caso di accesso ai servizi sanitari. Nonostante un'immediata e attiva opposizione, guidata dalla SIMM e sostenuta da molte voci del mondo sanitario e della società civile, nonché da prominenti giuristi, uno dei due emendamenti fu approvato dal Senato nel febbraio 2009. La protesta arrivò al suo apice in una grande giornata di mobilitazione il 17 marzo 2009 animata prevalentemente dai vari GrIS, quando personale sanitario e società civile, comprese naturalmente associazioni e reti di migranti, scesero in piazza in moltissime città italiane dietro la posizione: «Siamo medici e infermieri, non siamo spie». Mentre si moltiplicavano le adesioni e gli interventi, da parte di numerosi soggetti della società civile e istituzionali (compresa la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri), il provvedimento – benché non ancora effettivo – stava già producendo l'effetto di far diminuire gli accessi in tutte le strutture sanitarie, compresi gli ambulatori a bassa soglia dedicati all'assistenza sanitaria agli immigrati irregolari, principalmente per la diffusa paura di essere individuati e segnalati alle autorità giudiziarie, e quindi raggiunti da un provvedimento di espulsione o rinchiusi in un Centro di Identificazione ed Espulsione (CIE). L'indignazione per questi eventi alimentò la protesta, a cui si unirono ulteriori realtà del mondo sociale e del volontariato, studenti, accademici e numerosissimi comuni cittadini. Nel frattempo, diverse

Regioni, Aziende Sanitarie e Ordini dei Medici provinciali emanarono provvedimenti contrari all'emendamento. Finalmente, alla fine di aprile del 2009 la Camera approvò la cancellazione dal decreto dell'articolo che abrogava il divieto di segnalazione; in seguito il Ministero dell'Interno, rese noto con una circolare che il reato di ingresso e soggiorno illegale, istituito dallo stesso pacchetto sicurezza, non avrebbe modificato l'applicazione del suddetto divieto (15). A distanza di tempo ci sembra questo l'esempio di maggior evidenza di come una rete tessuta pazientemente negli anni, creata intorno a contatti personali e sviluppata poi su base regionale grazie alla nascita dei GrIS, possa essere moltiplicatrice di impegno ed efficace risorsa in azione concrete di advocacy. Forse una strategia iniziata come unica strada di "sopravvivenza" per una società scientifica, la SIMM, del tutto anomala nel panorama italiano: quasi priva di finanziamenti esterni, aperta a tutti gli ambiti professionali e non confinata al settore medico, poco o per nulla gerarchica nella struttura. Questo ha dato modo a numerosissime realtà, anche molto eterogenee, di riconoscersi in istanze comuni, nel rispetto reciproco di differenze e autonomie e con l'intento di costruire e mettere a frutto sinergie strategiche.

I GrIS, e la SIMM nella sua funzione di indirizzo e coordinamento, sono dunque luoghi dove si fa politica, nel senso più puro del termine: dove si cerca di mettersi a servizio della polis, della comunità, nella sua accezione più piena, globale (16).

La SIMM, i GrIS e l'Accordo Stato Regioni del dicembre 2012

Dalla fine del 2009 la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni è stata chiamata a partecipare ai lavori del Tavolo tecnico interregionale "Immigrazione e servizi sanitari" presso il Coordinamento interregionale in sanità della Commissione salute, coordinato dalla Regione Marche. Al Tavolo partecipano tecnici degli assessorati alla salute delle Regioni, rappresentanti del Ministero della salute ed esperti accreditati in materia di salute e immigrazione. Il Tavolo ha voluto costituire una forma stabile di confronto e collaborazione tra le Regioni e PA e di concertazione tra le stesse ed il livello nazionale sui temi della salute degli immigrati e dell'assistenza sanitaria. Si realizza una rete istituzionale in rete con altre reti che rappresenta un'opportunità unica per condividere competenze/proposte tecniche istituzionali e quelle maturate sul campo dagli operatori. In questo modo, a partire da esigenze concrete, il Tavolo opera per creare sinergie positive, è aperto al contributo di competenze esterne, raccoglie segnalazioni, suggerimenti, pratiche e norme; svolge un'attività di supporto/consultazione per operatori delle Regioni.

Un importante risultato del lavoro di questa rete istituzionale corrisponde alla produzione del documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata da parte delle Regioni e P.A." approvato il 20 dicembre 2012 in seno della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 32 del 7 febbraio 2013 (17).

Il documento è frutto di oltre due anni di confronto e approfondimento, con un impegno

diffuso che è partito dall'evidenza di come le oltre 700 norme nazionali e locali in vigore sul tema della tutela sanitaria dei cittadini immigrati, comunitari e non, hanno prodotto una forte difformità interpretativa ed applicativa delle indicazioni nazionali con evidenti disuguaglianze nell'accesso ai servizi. Tali disuguaglianze, unitamente alle condizioni di marginalità sociale di alcuni gruppi di immigrati, hanno conseguenze negative sul profilo di salute, peggiore rispetto agli italiani. Una vasta ricerca prodotta nel 2010 (18) sulle normative sanitarie locali, voluta dal Ministero della Salute e patrocinata dalla SIMM, è stata motivo di confronto tra i referenti del Tavolo ed è divenuta ulteriore stimolo per un lavoro comune e produttivo. Il documento finale è quindi uno strumento tecnico-operativo condiviso, unico elaborato ad oggi disponibile a livello di tutte le Regioni e P.A., per guidare alla corretta ed omogenea applicazione della

Le norme nazionali

L'assistenza sanitaria al cittadino straniero è regolata da alcune norme nazionali e condizionata da politiche locali. La Legge n. 40 del marzo 1998, poi confluita nel D.Lgs. n. 286 del luglio 1998, dal titolo: *«Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero»*, d'ora in poi indicato come TU, ha gettato le basi per il diritto assistenziale degli immigrati provenienti da paesi non appartenenti all'Unione Europea, attraverso tre articoli che sanciscono tale diritto. L'articolo n. 34, dal titolo *«Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)»*, contiene le norme per gli immigrati 'regolarmente soggiornanti' sul nostro territorio, cioè con una titolarità giuridica di presenza testimoniata da un regolare permesso o carta di soggiorno; l'articolo 35, dal titolo *«Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale»*, affronta il tema della tutela sanitaria *«a salvaguardia della salute individuale e collettiva»* anche nei confronti di coloro *«non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno»*, i cosiddetti irregolari e/o clandestini; infine l'articolo 36, dal titolo *«Ingresso e soggiorno per cure mediche»*, definisce le condizioni necessarie perché un cittadino straniero possa venire in Italia per sottoporsi a cure mediche e chirurgiche.

Disposizioni sanitarie e dettagli operativi sono contemplati anche negli articoli 42, 43 e 44 del Regolamento d'attuazione (il D.P.R. n. 394 del 31 agosto 1999) e ulteriori chiarimenti al riguardo sono stati inoltre forniti dal Ministero della Sanità con la Circolare n. 5 del 24 marzo 2000 (*«Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria, Gazzetta Ufficiale n. 126 del 1.6.2000 – Serie generale»*).

Obiettivo dichiarato di questa impostazione politico-normativa è quello di includere a pieno titolo gli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene all'assistenza sanitaria, a parità di condizioni ed a pari opportunità con il cittadino italiano: sono stati così rimossi dei requisiti che nel passato erano ostativi (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l'iscrizione al SSN, ...) ed introdotti principi di equità (obbligatorietà estesa all'iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio - richiedenti asilo, detenuti, ...). Il diritto all'assistenza è stato esteso anche a

coloro presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica (Stranieri Temporaneamente Presenti – STP), garantendo loro oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali, continuative ed i programmi di medicina preventiva. Per non ostacolare l'accesso alle cure, è stato inoltre vietato, da parte delle strutture sanitarie, la segnalazione all'autorità di polizia la presenza di immigrati clandestini che richiedono aiuto medico.

Costituiscono un caso a parte i cittadini di Stati appartenenti all'Unione Europea. Essi, a seguito dell'entrata in vigore della direttiva 2004/38/CE, possono circolare liberamente nell'Unione Europea (e non possono essere espulsi se non in casi eccezionali) e possono lavorare in Italia anche senza entrare nei decreti flussi. Per i cittadini comunitari la tutela sanitaria è garantita nei soggiorni brevi attraverso la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) rilasciata dal paese di provenienza, e, per i soggiorni più lunghi attraverso l'iscrizione al SSN, anche di tipo volontario, o con assicurazioni private. Tuttavia esistono condizioni di marginalità (lunghi soggiorni senza un lavoro regolare, mancanza della TEAM, assenza di residenza) che espongono cittadini europei ad una inadeguata copertura sanitaria nel nostro paese (di fatto solo la possibilità di accedere al pronto soccorso). Quasi tutte le Regioni hanno normato l'accessibilità ai servizi sanitari, analogamente agli STP, attraverso il codice ENI (Europeo Non Iscritto) dando una copertura universalistica coerente con il mandato costituzionale.

L'impostazione inclusiva data dal legislatore, deve però necessariamente accompagnarsi con una disponibilità da parte delle amministrazioni locali, che nel tempo sono divenute le reali protagoniste delle politiche sociali e sanitarie per gli stranieri, nell'implementarle e renderle operative; ma è proprio in questo ambito che si evidenzia una preoccupante discontinuità e discrezionalità applicativa in base agli umori politici nazionali e locali. Per evitare questo rischio, come abbiamo visto, il 20 dicembre 2012 è stato sancito un Accordo in seno di Conferenza Stato-Regioni e Province autonome che pur non essendo una nuova legge, è cogente sul piano interpretativo delle norme esistenti ed ha introdotto importanti novità come la possibilità di iscrizione al SSN di minori figli di immigrati non in regola con il soggiorno, previsione oggi inserita a pieno titolo nei LEA (Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, art. 63). A distanza di quasi 5 anni dalla sua approvazione, l'Accordo ancora però deve essere diffusamente e omogeneamente applicato (19-20). Nella tabella riportiamo schematicamente e non esaustivamente quanto previsto dalla normativa nazionale per la tutela sanitaria di cittadini stranieri e comunitari.

Oltre agli aspetti applicativi relativi all'Accordo citato, persistono alcune problematiche che, nonostante da tempo la SIMM le abbia fatte presenti, non sono state affrontate dal Ministero della salute, provocando ulteriore discrezionalità in ambito regionale e locale. Ad esempio il tema dell'esenzione dal ticket in particolare sui minori e sui richiedenti asilo, cioè due delle categorie di immigrati più fragili. Nel primo caso non si prevede un codice unico nazionale di esenzione per tutti i minori non accompagnati che dopo aver compiuto i 6 anni devono pagare il ticket (attraverso i propri tutori); così come tutti i minori figli di immigrati senza permesso di soggiorno che vengono iscritti al SSN come previsto nei LEA (da segnalare la discriminazione "istituzionale" dei figli minori di comunitari ENI: a livello nazionale non c'è esplicita indicazione per l'iscrizione al SSN e si ricorda che come ENI, sopra i sei anni, così come per i loro genitori, non siano previsti livelli di

Schema semplificato (e non esaustivo) della tipologia della presenza di cittadini non italiani e diritto alla tutela sanitaria alla luce dell'Accordo Stato – Regioni e Province autonome del 20.12.2012

Tipologia di immigrato	Tipologia di tutela	Note
Straniero regolare con permesso di soggiorno - pds (o visto) che richiama lavoro (anche in fase di disoccupazione; stagionali; regolarizzandi), famiglia (anche se per gravidanza o per accompagnamento minore) o protezione sociale (sfollati o profughi temporanei)	Iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)	Garantisce i Livelli Essenziali d'Assistenza (LEA)
Richiedente Protezione Internazionale, pds come Rifugiato, protezione sussidiaria, umanitario	Iscrizione obbligatoria al SSN	Garantisce i LEA
Straniero regolare con pds per studio, motivi religiosi, residenza elettiva; ricongiungimento familiare per over 65enni	Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN	L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione al SSN garantisce i LEA.
Straniero detenuto indipendentemente dal possesso di un pds	Iscrizione temporanea SSN	Garantisce i LEA
Straniero regolare con visto breve (turismo, affari, ...)	Assicurazione privata	Copre solo urgenze
Straniero con visto e/o pds per motivi di cura (ad eccezione gravidanze e <i>inespellibilità</i>)	A proprio carico o di sponsor (privati o pubblici - progetti umanitari regionali o statali)	Copre esclusivamente gli interventi autorizzati
Straniero maggiorenne in condizione di irregolarità giuridica (indipendentemente dal tempo di permanenza o dalla nascita in Italia)	Codice STP - Straniero Temporaneamente Presente	Cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti ed essenziali, interventi medicina preventiva e riabilitativa
Straniero minorenni in condizione di irregolarità giuridica	Iscrizione temporanea SSN (non uniformemente applicata - vedi STP)	Garantisce i LEA
Comunitario per soggiorni brevi	Tessera Europea Assicurazione Malattia (TEAM)	Garantisce le cure considerate medicalmente urgenti e necessarie in relazione alla durata del soggiorno temporaneo e allo stato di salute del titolare
Comunitario lavoratore in Italia (anche disoccupati già lavoratori subordinati o autonomi nel territorio nazionale; stagionali)	Iscrizione al SSN	Garantisce i LEA
Comunitario familiare di lavoratore in Italia o a carico di cittadino italiano o in possesso di "attestazione di soggiorno permanente"	Iscrizione al SSN	Garantisce i LEA
Comunitario studente in Italia	Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN (in alcuni casi estensione TEAM)	L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione al SSN garantisce i LEA.
Comunitario con residenza in Italia non avente diritto all'iscrizione obbligatoria	Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN	L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione al SSN garantisce i LEA.
Comunitario senza TEAM ed altro diritto all'iscrizione al SSR ed in condizione di fragilità sociale	Codice ENI - Europeo Non Iscritto	Cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti ed essenziali, interventi medicina preventiva e riabilitativa
Comunitario presente specificatamente per cure mediche non garantite da TEAM	Formulario E112-S2	Copre solo le cure per le quali è stato effettuato il trasferimento. Altre cure che si rendessero necessarie non riferite alla patologia in questione vanno erogate attraverso la TEAM

Fonte: elaborazione e semplificazione di Salvatore Geraci (21)

esenzione); ed ancora lo stesso problema lo hanno i minori figli di richiedenti asilo o di rifugiati che, pur essendo obbligatoriamente iscritti al SSN con i propri genitori, non avendo quest'ultimi mai lavorato, secondo una interpretazione da parte del Ministero della salute, hanno l'esenzione dal ticket limitata ai primi due mesi di validità del permesso di soggiorno di richiesta d'asilo e poi, equiparando gli adulti a inoccupati, sono tenuti al pagamento del ticket pur non avendo risorse economiche (cioè non lavorando); tutto ciò si ripercuote anche sui familiari a carico.

normativa nazionale e comunitaria a garanzia della tutela della salute di tutte le persone straniere presenti in Italia.

L'Accordo ha recepito le istanze dei territori emerse grazie ai GrIS e portate a livello di dibattito nazionale grazie alla SIMM ed è sembrato il punto d'arrivo di un impegno di collaborazione, di condivisione di competenze, di messa in campo di esperienze. Ci si attendeva tutti una armonizzazione delle politiche e certamente in molti ambiti ciò è successo ma, quasi inaspettatamente in particolare in alcune Regioni tradizionalmente sensibili ai temi dell'impegno contro le disuguaglianze e nella tutela degli immigrati, ci sono state delle resistenze ed ancora oggi persistono inspiegabili disomogeneità applicative che la SIMM costantemente monitora e puntualmente, attraverso i GrIS, denuncia. Nel 2016, senza alcuna plausibile motivazione e contro il parere della Regione coordinatrice, il Tavolo è stato sospeso.

Conclusioni

Attualmente la SIMM ha oltre 500 soci attivi in tutta Italia, ed altrettanti simpatizzanti, e recentemente ha ridefinito la propria *mission*, per porre a fondamento del proprio operato i principi etici richiamati dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e dalla Costituzione della Repubblica: la difesa incondizionata della dignità umana, l'uguaglianza delle persone, indipendentemente dalla loro origine, cultura, provenienza, genere, orientamento sessuale, opinioni politiche, filosofiche, confessionali, la tutela della salute come valore primario universale... La SIMM opera attraverso uno spettro ampio di finalità sia sul piano dell'intervento diretto in favore di individui, gruppi e comunità con esperienza o storia di migrazione, sia sul piano della ricerca, della formazione e della promozione dell'impegno civile. Per tale motivo essa non cesserà di essere disponibile nell'impegno per l'implementazione delle politiche sanitarie come la partecipazione alla stesura delle recenti "Linee Guida per la programmazione degli interventi di assistenza, riabilitazione nonché trattamento dei disturbi psichici dei richiedenti e dei titolari di Protezione Internazionale che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale" (Decreto Ministero Salute 3 aprile 2017; G.U. n. 95 del 24 aprile 2017) o del "Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati"; e infine la collaborazione nella definizione di documenti del Consiglio Superiore della Sanità o del Comitato Nazionale di

Bioetica. Nello stesso tempo vuole condividere competenze e visione in ambito tecnico e dare un contributo in termini di *governance* di sistema come dimostra la collaborazione tra SIMM, INMP (Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà) e ISS (Istituto Superiore di Sanità) per “Programma nazionale linee guida (LG) immigrazione e salute” e con la pubblicazione delle LG “I controlli alla frontiera la frontiera dei controlli. Controlli sanitari all’arrivo e percorsi di tutela sanitaria per i migranti ospiti presso i centri di accoglienza”.

Ma certamente non rinuncerà alla sua azione di stimolo, e se necessario di denuncia, di fronte ad inadempienze, ingiustizie e discriminazioni, affermando sempre che l’accoglienza, i percorsi di *empowerment* e di giustizia sociale sono “percorsi di cura”. Perché l’impegno per la salute dei migranti è impegno per la salute di tutti, senza alcuna esclusione (22).

BIBLIOGRAFIA

1. Badaracchi L. Luigi Di Liegro. Profeta di carità e giustizia. Milano: Paoline Editoriale Libri; 2007.
2. Geraci S. Immigrazione e salute: l’articolo 13 (oggi art. 11) del decreto sull’immigrazione. Un diritto ritrovato. Agenzia Sanitaria Italiana 1996; (42): 24-26.
3. Geraci S. Immigrati. La nuova legge sulla sicurezza è ingiusta, dannosa e pericolosa. Post su Saluteinternazionale.info; Luglio 2009.
4. Geraci S, Mazzetti M. Buone leggi fanno buona salute. Il Mondo Domani. Bimestrale del Comitato Italiano per l’Unicef 2010; XXX (2): 8-9.
5. Formisani N. La verità sulla morte di Ibrahim Manneh. Post su Saluteinternazionale.info; Luglio 2017.
6. Maciocco G. Rifugiati. Editoriali di Lancet e BMJ. Post su Saluteinternazionale.info; Settembre, 2015.
7. Murru M. Rifugiati: nessuno all’altezza della situazione? Post su Saluteinternazionale.info.; Novembre, 2016.
8. Geraci S, Bonciani M. Normativa sull’assistenza in gravidanza e nel puerperio per le straniere. In: Lauria L, Andreozzi S a cura di Rapporti ISTISAN 11/12: Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009.a cura di) 2011; 48:62.
9. Costa G. Immigrati extracomunitari: un profilo epidemiologico. Epidemiologia & Prevenzione 1993; 17: 234-238.
10. Marceca M, Geraci S, Martino A. Esperienza migratoria, salute e disuguaglianze. In: Missoni E. a cura di A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell’Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. Pisa: Edizioni ETS; 2006.
11. Geraci S. a cura di Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale. Roma: Edizioni Anterem; 1996.
12. Geraci S. a cura di Una rete per la salute degli immigrati. La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) ed i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS). Roma: Nuova Anterem; 2007.
13. Trillò ME, Gnolfo F, Geraci S. I Gruppi locali Immigrazione e Salute (GrIS). In: Atti Convegno Fragilità sociale e tutela della salute: dalle disuguaglianze alla corresponsabilità. Roma: Ed. Istituto Superiore di Sanità - Rapporti ISTISAN, 2007; 07/14: 25-30
14. Pitzalis G. Le politiche per la salute degli stranieri nelle esperienze dei GrIS. In: Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi... costruire traiettorie. Atti dell’XI Congresso nazionale SIMM, Palermo 19-21 maggio 2011. Bologna: Lombar Key srl; 2011.

15. Geraci S, Marceca M. Noi non segnaliamo. La vittoria degli anticorpi (della ragione e della democrazia). Post su Saluteinternazionale.info; Gennaio, 2010.
16. Geraci S, Bodini C. Rete di reti per la salute degli immigrati. In: Altieri L, Nicoli MA, Sturlese V. a cura di La sanità dei cittadini. Salute e società 2011; X (2): 129-140.
17. Carletti P, Geraci S. Una rete istituzionale nella rete per la salute degli immigrati. In: Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni. In: Atti dell'XII Congresso Nazionale SIMM. Bologna: Pendragon; 2012; 142:146.
18. Bonciani M, Geraci S, Martinelli B. Politiche nazionali e locali: fruibilità per tutti o disuguaglianze? In Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi ... costruire traiettorie. In: Atti dell'XI Congresso Nazionale SIMM. Bologna: Lombar Key; 2011; 71:83.
19. Geraci S. La dimensione regionale: prossimità o discriminazioni? In: Atti dell'XIII Congresso Nazionale SIMM: "Migrazioni, salute e crisi. Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere". Agrigento, 14/17 maggio 2014. Bologna: Pendragon; 2014; 95:109.
20. Geraci S, Arrivi F, Pettinicchio V, Civitelli G: Minori diseguali: la legge, e il diritto all'assistenza sanitaria, non è uguale per tutti. In: Atti dell'XVI Congresso Nazionale SIMM: "Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute." Torino, 11/14 maggio 2016. Bologna: Pendragon; 2016; 114.
21. Geraci S. La tutela sanitaria degli immigrati in Italia. Salute e sviluppo 2014; 70: 27-28.
22. Geraci S. Diritto compiuto o occasione mancata? Advocacy per forza!. In: Atti dell'XVI Congresso Nazionale SIMM: "Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute." Torino, 11/14 maggio 2016. Bologna: Pendragon; 2016; 51-59.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Advocacy per la salute dei migranti: dinamiche, strumenti di lavoro e prospettive a partire dalle esperienze della SIMM e dei GrIS

Advocacy for migrants' health: dynamics, working tools and perspectives starting from the experience of the Italian Society for Migrants Health and its Local Groups

Manila Bonciani¹, Marisa Calacoci², Filippo Gnolfo³, Lorenzo Surace⁴

¹ GrIS Toscana

² GrIS Emilia-Romagna

³ GrIS Lazio

⁴ GrIS Calabria

Parole chiave: advocacy, migrazione, diritto alla salute

RIASSUNTO

Obiettivi: il presente contributo vuole mettere in evidenza le azioni di advocacy realizzate dai GrIS nei contesti locali, gli strumenti utilizzati e le prospettive future di intervento per promuovere e tutelare il diritto alla salute delle popolazioni migranti.

Metodi: dal racconto delle esperienze di quattro GrIS (Emilia-Romagna, Calabria, Lazio e Toscana), diversi per storia e per caratteristiche del contesto locale in cui operano, sono state descritte le azioni di advocacy realizzate, mettendone in luce le difficoltà incontrate ed i risultati raggiunti.

Risultati: la restituzione di una riflessione più ampia tra i GrIS ha delineato l'approccio strategico, il metodo da implementare e gli strumenti a disposizione per la realizzazione di azioni di advocacy, coerenti tra livello nazionale, regionale e locale.

Conclusioni: la capacità della SIMM e dei GrIS di continuare sistematicamente il proprio impegno nel promuovere e tutelare il diritto alla salute dei migranti si misura anche nella concreta possibilità di identificare priorità di azione ed attivare alleanze e risorse locali per raggiungere obiettivi comuni.

Autore per corrispondenza: m.bonciani@simmweb.it

Key words: advocacy, migration, right to health

SUMMARY

Objectives: this article aims to point out the advocacy actions carried out in regional contexts by Local Groups of the Italian Society for Migrants Health, as well as the tools used and the future perspectives in order to promote and defend the right to health in the migrant population.

Methods: through the reports of four Local Groups' experiences (those of Emilia-Romagna, Calabria, Lazio and Tuscany, which are different for their own history and the characteristics of the local contexts where they act, we described the advocacy actions that have been implemented, by underlining the difficulties met and the results achieved.

Results: from the broad reflection between Local Groups that have been reported in the article, it has been possible to define the strategic approach, the methods to be implemented and the available tools to carry out advocacy actions, which have to be coherent among the national, regional and local levels.

Conclusions: the capacity of the Italian Society for Migrants Health and its Local Groups to carry on their commitment for the promotion and defence of the right to health of migrants is linked to the operative possibility to identify priorities for action and activate alliances and local resources to achieve common objectives.

Introduzione

Ancora orfano di un'adeguata traduzione italiana, il termine *advocacy* indica l'insieme di azioni con cui un soggetto si fa promotore e sostiene attivamente la causa di un altro. Nel campo della salute in particolare, consiste nello sforzo di **indirizzare o modificare le politiche pubbliche e la destinazione di risorse in una direzione favorevole alla salute delle persone e della comunità**, attraverso un utilizzo strategico di informazioni e altre risorse a disposizione.

Nel glossario OMS, l'*advocacy* è definita "come la combinazione di azioni individuali e sociali volte ad ottenere impegno politico, sostegno alle politiche, consenso sociale e sostegno dei sistemi sociali per un particolare obiettivo o programma di salute" (1).

La Carta di Ottawa individua tre strategie fondamentali per la promozione della salute: *advocacy* al fine di creare le condizioni essenziali per poterla sviluppare pienamente, *enabling* per abilitare le persone a raggiungere il loro massimo potenziale di salute, *mediating* per mediare tra i diversi interessi esistenti nella società nel perseguire obiettivi di salute; ciò si raggiunge attraverso cinque aree di azione prioritaria: 1) costruire una *politica pubblica per la salute*, 2) creare *ambienti favorevoli alla salute*, 3) rafforzare *l'azione della comunità*, 4) sviluppare le *abilità personali*, 5) *ri-orientare i servizi sanitari* (2).

Le azioni di *advocacy* possono declinarsi in diversi ambiti (screening, diritto alla salute, percorsi definiti ed organizzati per favorire l'accesso alle strutture sanitarie e favorire la fruibilità delle prestazioni, attività di promozione dei diritti dell'infanzia e in generale di gruppi di popolazione vulnerabili, ecc.).

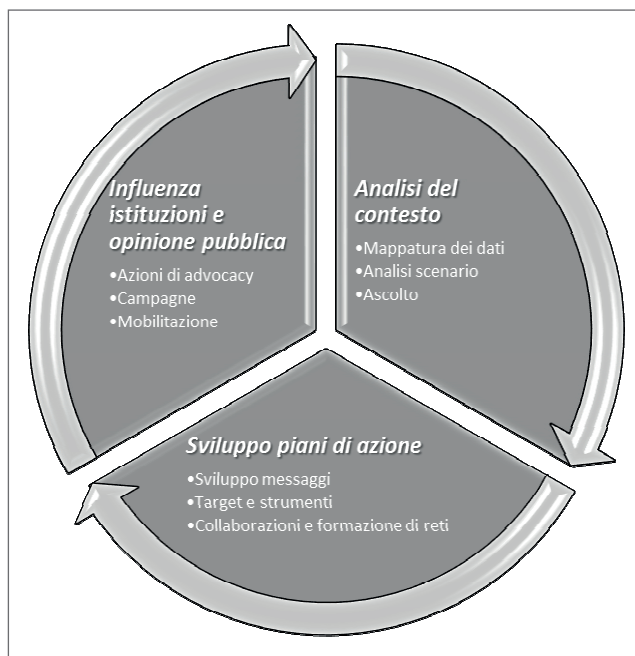
Vi è in questa azione una trasversalità sui **diversi livelli di applicazione: quello internazionale, quello nazionale, il regionale e il locale**. A ciascun livello le azioni di *advocacy* si declinano in maniera specifica sulla base delle caratteristiche del contesto di in cui si opera. Fondamentale, inoltre, la **costruzione di reti** con tutte le persone e le realtà che condividono gli stessi principi, obiettivi e metodi, sia che appartengano al mondo delle istituzioni così come della società civile.

L'*advocacy* favorisce il cambiamento sociale **intervenendo su coloro che sono responsabili della presa di decisioni**, al fine di modificare la loro percezione o comprensione riguardo alla questione da promuovere e per influenzare il loro comportamento. È importante sostenere azioni intersectoriali di *advocacy* per lo sviluppo di politiche, linee guida e procedure che abbiano un impatto positivo sulla salute e riducano le disuguaglianze di salute. Nelle forme più strutturate, si può sintetizzare l'*advocacy* in un *processo continuo* (figura 1) che prevede:

- **analisi della problematica e del suo contesto** (analisi dello scenario, mappatura dei dati, ascolto)
- **sviluppo di un piano di azione** (sviluppo messaggi, identificazione target e strumenti, ricerca di collaborazioni e formazione di reti)
- **influenza di istituzioni e opinione pubblica** (attraverso mobilitazione, campagne).

Anche in contesti meno strutturati, l'*advocacy* prevede la presa d'atto di un mancato rispetto dei diritti di qualcuno e la realizzazione di azioni di diverso tipo (dall'informazione alla denuncia), volte a garantire tali diritti.

Figura 1- Processo continuo dell'azione di *advocacy*



La **media advocacy** fa riferimento all'uso strategico dei mezzi di comunicazione per indurre una decisione politica che modifichi lo stato delle cose. In una tale prospettiva, la divulgazione dei risultati della ricerca scientifica e l'informazione del pubblico non sono fini a se stessi,

ma, intendono raggiungere un cambiamento nella pratica. Aumentare la consapevolezza dell'opinione pubblica sulle tematiche di salute ha, infatti, lo scopo di renderle più visibili e prioritarie agli occhi dei decisori, che hanno la responsabilità di formulare le politiche e monitorarne l'impatto.

Esistono evidenze sull'efficacia dell'*advocacy* in favore dell'equità in salute?

Un gruppo di ricerca (3), per rispondere a questo quesito ha eseguito uno studio analitico trattando l'*advocacy* basata sulle evidenze (con una revisione della letteratura di 200 articoli) esaminando sei dimensioni che caratterizzano l'efficacia dell'*advocacy* in favore dell'equità della salute: 1) *le evidenze scientifiche*: documentano l'impatto di programmi e politiche per la riduzione delle disuguaglianze in salute, 2) *i sostenitori e gli interlocutori*: il suggerimento è quello di mirare a chi ha il potere di effettuare il cambiamento, chi è più esposto o vulnerabile alle pressioni, chi rappresenta un alleato e chi un probabile oppositore, 3) *il messaggio*: emergono diverse tipologie di messaggi per sostenere l'*advocacy* a favore dell'equità in salute che rispecchiano i diversi orientamenti nel giudicare l'inequità, 4) *l'orientamento politico del contesto*: la scelta del messaggio dipende dall'interlocutore principale e dall'orientamento politico del contesto di riferimento, 5) *le barriere*: di tipo economico, politico o relative all'opinione pubblica, 6) *pratica ed attività che aumentano l'efficacia dell'advocacy*: viene messa in evidenza: la necessità di alleanze, mobilitazione sociale, utilizzo dei media, credibilità. Inoltre c'è consenso in letteratura che un'*advocacy* efficace deve essere pronta ad approfittare di "finestre di opportunità" che si aprono.

L'*advocacy* sul campo: l'esperienza della SIMM e dei GrIS

Dal 1995 la SIMM ha messo in atto costantemente azioni di *advocacy* per promuovere e tutelare il diritto alla salute della popolazione immigrata, dimostrando come la società civile organizzata possa influire nei processi di costruzione delle politiche e delle norme, rilevando e portando all'attenzione pubblica e dei decisori bisogni altrimenti negletti. Si è trattato talvolta di costruire percorsi politico-normativi (vedi la parte sanitaria della Legge Turco-Napolitano ed atti collegati), o di contrastare scelte "patogene" (Legge Bossi-Fini, alcune norme del cosiddetto "pacchetto sicurezza"), o ancora di monitorare e promuovere la corretta implementazione della normativa esistente (monitoraggio dell'Accordo Stato-Regioni sull'assistenza sanitaria alle persone straniere), con un costante impegno civile anche se non sempre con la stessa efficacia. Per una specifica ricostruzione delle principali tappe della lunga esperienza della SIMM di *advocacy* si rimanda al contributo di Geraci in questo volume.

Insieme alle azioni a livello nazionale, la SIMM attraverso i GrIS che ne rappresentano le articolazioni a livello locale ha operato capillarmente nei diversi contesti regionali. I paragrafi che seguono riportano le esperienze di alcuni GrIS attivi sul territorio italiano, quali esempi di impegno svolto in questi anni per portare avanti azioni di *advocacy* dai gruppi locali in risposta alle criticità emerse negli specifici contesti regionali rispetto alla garanzia del diritto alla salute ed all'assistenza per la popolazione migrante.

L'esperienza di *advocacy* del GrIS Emilia-Romagna (GrIS-ER): dal "muro istituzionale" a prove di dialogo

Il GrIS-ER ha avvertito un aumento di discriminazioni, disuguaglianze e di esclusione dall'accesso alle cure dei migranti, dovute al non totale recepimento dell'Accordo Stato-Regioni (S-R), all'ambiguità delle norme che permettono interpretazioni dove prevale l'aspetto economico-amministrativo rispetto a quello dei bisogni sanitari, pertanto si è posto l'obiettivo di fare *advocacy* presso le Istituzioni regionali. Ha lavorato per il riconoscimento formale da parte dell'Assessorato alle Politiche Sanitarie regionali come Gruppo regionale immigrazione e salute Emilia-Romagna. Il primo incontro è stato nel novembre 2013, seguito da altri nel 2014 ma, nonostante le premesse di tavolo di ascolto e condivisione reciproca, l'Assessorato è stato sordo ad ogni tentativo di far emergere le situazioni di discriminazione, di inequità di accesso alle cure, ritenendo l'Accordo S-R "superato". Quindi è stata inviata una lettera-denuncia al Presidente della Regione ed all'Assessore della sanità regionale (nel frattempo cambiati) in cui si chiedeva un incontro, esponendo le criticità e mettendo in evidenza le problematiche di tipo etico *"in questo contesto, le associazioni rischiano di rafforzare e perpetuare disuguaglianze nell'accesso alla salute"* e di messa in discussione dell'agire a fianco del Servizio Sanitario Regionale (SSR): *"operare gratuitamente e volontariamente con e per il Servizio Sanitario non può sollevare il SSR dal suo compito di garante dell'universalità del diritto alla salute"*.

Nel 2015 è stata elaborata una scheda di raccolta dati di esclusione di accesso alla salute per fare un monitoraggio presso gli ambulatori STP e non, per dimostrare le situazioni "nascoste" che non vengono rilevate dai report istituzionali dove risultano persone che hanno "diritto". È iniziata, inoltre, un'opera di sensibilizzazione su questi temi della Chiesa Emiliano-Romagnola. Risultati di queste prime azioni: riconoscimento formale da parte della Regione del GrIS e nel giugno 2016, circolare che garantisce l'accesso al medico di medicina generale per i minorenni 14-18 anni, figli di stranieri "irregolari", uno dei vuoti da noi lamentato. Abbiamo apprezzato questo passo, e lo abbiamo voluto interpretare come il primo compiuto per arrivare a sanare del tutto la situazione.

Nell'autunno 2016 è avvenuto un incontro informale tra due membri del GrIS e l'Assessore Regionale alla Sanità che ha mostrato interesse per la problematica esposta. Quindi è stata inviata una lettera in cui venivano esposte le nostre richieste, domandando di essere ascoltati, l'incontro è avvenuto nel maggio 2017. Ci siamo posti il problema di quale atteggiamento tenere durante l'incontro e dopo dibattito all'interno del gruppo abbiamo deciso di tenere un comportamento costruttivo e di riservarci di prendere eventuali decisioni di azioni di tipo legale o di utilizzare i media, dopo aver valutato le risposte da parte dell'Assessore. Abbiamo ritenuto che fosse importante: a) portare la documentazione del monitoraggio fatto dalla SIMM, dimostrando le carenze della regione Emilia Romagna rispetto alle altre regioni e le differenze dell'applicazione delle norme nell'ambito della regione tra le varie ASL, b) una relazione sulla SIMM e GrIS Emilia Romagna cercando di fare emergere la struttura organizzata della rete, c) andare in

alleanza con il referente regionale dell'Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione-ASGI (con cui la SIMM a livello nazionale ha stipulato un protocollo d'intesa). Abbiamo richiesto la ratifica dell'Accordo Stato Regioni e messo in evidenza alcune criticità che riteniamo inaccettabili, chiedendo: a) *assistenza pediatrica/MMG per i minori comunitari (0-18 anni) senza TEAM, analogamente ai minori irregolari*, b) *applicazione codice X01*, c) *tutela della gravidanza e della interruzione volontaria di gravidanza a prescindere da qualunque requisito*. Abbiamo dato, da parte nostra, la massima disponibilità a collaborare, mettendo a disposizione la nostra non piccola esperienza sul campo; ci siamo proposti come "Osservatorio", diverso da quello istituzionale, per il monitoraggio dei casi di esclusione dall'accesso alla salute presentando la scheda di raccolta dati, mettendo in evidenza il contributo importante al miglioramento dei problemi di accesso alla salute dei migranti che potremmo apportare, sottolineando che la tutela di ogni singolo individuo significa tutela dell'intera collettività. Infine, su nostra sollecitazione (affinché l'incontro, così faticosamente ottenuto, non si risolvesse nuovamente in mesi di silenzio e immobilità), l'assessore ha ipotizzato una riconvocazione con aggiornamenti dopo due mesi.

Abbiamo proseguito con la nostra azione, per tenere viva l'attenzione dell'assessorato sulle problematiche riferite; in particolare, ad integrazione e supporto di quanto esposto nell'incontro, abbiamo deciso di inviare all'assessore alcuni casi (raccolti principalmente a Reggio Emilia e Bologna) in merito alle problematiche di accesso negato/ritardato per le donne in gravidanza, condizione che necessita di tutela immediata e non dilazionabile, pena conseguenze anche gravi per la salute della donna e del nascituro.

Inoltre, facendo una valutazione della nostra "forza," ci siamo resi conto che sul piano Istituzionale siamo interlocutori "deboli", e pertanto abbiamo ritenuto di dover lavorare per accrescere la nostra visibilità anche a livello della giunta regionale; abbiamo approfittato di "una finestra che si è aperta" prendendo contatto prima informale e poi formale con un consigliere regionale della Commissione Sanità della Regione, per ottenere un incontro con il Presidente della Commissione Sanità Regionale allo scopo di presentarci e chiedere un'audizione per esporre le conseguenze del non totale recepimento dell'Accordo Stato-Regioni, e per portare l'attenzione su vari problemi, sempre riguardanti l'aspetto sanitario ma che esulano dall'Accordo. Avendo chiaro l'obiettivo che ci siamo posti, proseguiremo con la nostra azione, tenendo viva l'attenzione dell'assessorato sulle problematiche esposte ed eventualmente mettendo in atto attività più incisive quali utilizzo dei media/azioni legali, supportati dall'ASGI.

L'esperienza di *advocacy* del GrIS Calabria: la costruzione di spazi di azione

Partendo dalla definizione del termine *advocacy*, inteso come un insieme di azioni, attività e strategie finalizzate ad assicurare diritto, accesso e fruibilità all'assistenza sanitaria degli immigrati, il GrIS Calabria fin dalla sua istituzione che risale al 2012, ha sempre messo in

campo specifiche azioni per ottimizzare quanto viene fatto in ambito regionale ai fini della tutela della salute ai cittadini stranieri, garantendo altresì quell'integrazione socio-sanitaria che è foriera di benessere fisico e psichico per una categoria di cittadini che vive di disagi e deprivazione sociale.

Il GrIS Calabria al fine di portare avanti politiche di *advocacy* su tutto il territorio regionale, possibilmente in maniera omogenea, ha creato una rete territoriale per ambiti provinciali con degli *stakeholders* cui spetta il ruolo di individuare le criticità del sistema ed intervenire presso le istituzioni che operano generalmente in carenza di punti fermi per garantire la tutela della salute degli immigrati.

Dovendo portare avanti delle buone prassi per tutelare la salute dei cittadini stranieri è stato previsto un pacchetto di azioni ed attività che possono essere compresi nei seguenti punti:

- Attività di Informazione e Formazione;
- Interfaccia con Associazioni del Volontariato in ambito immigratorio;
- Strategie per implementare le attività di accesso alle strutture sanitarie;
- Monitorare l'applicazione del Documento Stato-Regione sulla normativa;
- Curare i rapporti con i Centri di accoglienza e con la Rete del Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (Sprar);
- Creazione di un portale regionale dell'immigrazione.

La prima attività intrapresa dal GrIS Calabria è stata quella di individuare e formare gli *stakeholder*, affidando loro dei compiti ben precisi, in particolare implementare e facilitare un dialogo continuo con le Istituzioni con l'obiettivo di renderle partecipi e attivamente impegnate nelle politiche di *advocacy*.

Le istituzioni coinvolte (ASL, Prefetture, Dipartimento Regionale Tutela della Salute, Comuni e Servizi sociali) pur condividendo spesso quanto loro prospettato, non sempre sono aderenti alle richieste del GrIS, rendendo così poco fluido il percorso individuato per portare a casa risultati soddisfacenti.

Un esempio su tutti l'applicazione del Documento Stato-Regioni sulla normativa, considerando che la regione Calabria è stata una delle prime Regioni a recepire il Documento con un Decreto del Commissario Ad Acta, essendo la Regione Calabria sottoposta a Piano di Rientro dal 2010.

A livello regionale più volte è stata affrontata la problematica relativa al diritto di garantire il pediatra di libera scelta a tutti i minori irregolari sia extracomunitari che comunitari.

Le trattative continuano e si è sul punto di emanare una circolare regionale che garantisca il Pediatra ai minori comunitari ed extracomunitari su tutto il territorio regionale.

Nei vari ambiti provinciali del GrIS Calabria i Referenti e i Coordinatori hanno il compito di avviare il monitoraggio delle criticità presenti in ogni distretto sanitario, intese come difficoltà di accesso alle strutture sanitarie, fruibilità delle prestazioni e diritto alla salute.

Tale azione di monitoraggio riguarda l'individuazione delle strutture sanitarie preposte al rilascio del codice STP ed ENI¹, nonché il grado di soddisfazione dell'utenza immigrata in merito al diritto alle cure, programmi di prevenzione e tutela della donna e del bambino.

Dovendo avviare inoltre percorsi finalizzati a tutelare le vittime di violenza e di tratta, pensiamo di stipulare dei protocolli operativi con le Associazioni di Volontariato del settore e con quei Centri che in ambito regionale cominciano a prendere coscienza di tali problematiche.

Al fine di operare con le istituzioni sanitarie per favorire l'accesso alle strutture sanitarie, abbiamo prospettato la realizzazione di sportelli per la salute globale nei maggiori presidi ospedalieri regionali.

Il coinvolgimento dei Comuni e in particolare dei servizi sociali, riteniamo rappresenti un passaggio importante per le attività di *advocacy* nei confronti dei migranti, in special modo per coloro i quali presentano criticità a livello abitativo e difficoltà a raggiungere le strutture sanitarie.

Infatti sono tanti i Comuni che offrono dei locali dove spesso vengono allestiti ambulatori sanitari gestiti da personale delle ASL. Tutto ciò riduce sicuramente le difficoltà e garantisce una certa integrazione socio-sanitaria.

Altre azioni e attività di *advocacy* intraprese in ambito regionale riguardano il consolidamento del rapporto tra strutture sanitarie e Centri di accoglienza e Rete Sprar.

Il rapporto con tali Centri è regolato spesso da protocolli operativi che prevedono delle procedure definite per facilitare l'accesso alle strutture sanitarie, e l'azione del GrIS è quella di fare da *trait d'union* tra la struttura sanitaria ed i Centri attraverso una proficua collaborazione. Chiaramente la gran parte degli operatori che operano nei Centri d'accoglienza e nella Rete Sprar non sempre sono dotati di competenza specifica nel settore dell'immigrazione e, per colmare tale criticità, come GrIS abbiamo avviato in ambito provinciale e regionale dei percorsi formativi per il personale dei suddetti Centri, cercando di migliorare le conoscenze sulla normativa e sulle pratiche sanitarie assistenziali.

Infine tra le strategie di *advocacy* in ambito regionale abbiamo preventivato la creazione di un portale regionale per l'immigrazione in cui prevedere una specifica sezione per meglio rappresentare i diritti di tutela della salute dei cittadini stranieri, la mappatura delle strutture sanitarie dedicate agli immigrati e prevedere la possibilità di un forum in cui poter affrontare particolari tematiche ed evidenziare particolari esigenze e necessità.

1. Il codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) è rilasciato agli stranieri (cittadini non comunitari) privi di un regolare titolo di soggiorno per l'accesso all'assistenza sanitaria in riferimento alle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, secondo quanto previsto dall'art.35 del Testo Unico sull'immigrazione (Decreto legislativo n. 286/1998). Il codice ENI (Europeo Non Iscritto) è rilasciato ai cittadini comunitari indigenti che non hanno diritto all'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e sono privi di altra copertura sanitaria, secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 2102. Il codice ENI dà diritto all'accesso allo stesso tipo di assistenza previsto dal codice STP.

L'esperienza di *advocacy* del GrIS Lazio: oltre 20 anni di impegno e risultati

Il GrIS Lazio nasce sull'onda di un'azione efficace di *advocacy* nei confronti delle istituzioni. Il 1995 è l'anno in cui avviene la svolta nella politica di assistenza sanitaria agli stranieri. È ancora la società civile a denunciare le criticità, ad avanzare proposte concrete. Sarà con il supporto della SIMM che la proposta del Naga², della Caritas e di un'altra ventina di gruppi impegnati in varie parti d'Italia, porterà all'approvazione, all'interno del Decreto Legge 18 novembre 1995, n.489 ('Decreto Dini'), di norme che finalmente garantiscono l'assistenza sanitaria anche alle persone straniere prive di permesso di soggiorno. L'approvazione della normativa cambia lo scenario, è l'occasione per operatori del privato sociale e del servizio pubblico di lavorare insieme con pari dignità, per costruire proposte che potessero fattivamente governare il tema della salute degli immigrati in una fase di radicale trasformazione sociale e di riorganizzazione del sistema assistenziale. A dicembre a Roma nasce il primo gruppo locale 'Immigrazione e Salute' (4, 5) e da subito il GrIS Lazio sviluppa una azione di *advocacy* istituzionale, perché gli immigrati continuino ad incontrare ostacoli per accedere ai servizi socio-sanitari, il diritto alla salute rischia di ridursi a un "diritto di carta" (6). In questo senso è esemplare proprio il primo ambito di intervento del GrIS per rendere operativo quanto stabilito dalla nuova normativa nazionale: si parte dal workshop «L'assistenza sanitaria agli stranieri: ruolo del servizio pubblico» con le richieste degli operatori di sanità pubblica ed il GrIS Lazio elabora una proposta di policy locale, ispirandosi come modello all'esperienza della ASL RM/C (6).

Da questo impegno è nata la Delibera di Giunta Regionale del 31 luglio 1997, n. 5122 ("Attivazione dei livelli uniformi di assistenza per stranieri temporaneamente presenti"), che prima in Italia ha recepito ed interpretato operativamente quanto enunciato dall'articolo 13 del Decreto Legge 489/1995 a favore della tutela sanitaria degli stranieri non in regola con le norme di ingresso e soggiorno (con particolare riferimento ai minori e alle donne). Con quella delibera la Regione Lazio ha indicato percorsi operativi innovativi (collaborazione tra servizio pubblico e privato sociale) ed efficaci (istituzione degli ambulatori STP di medicina generale) tanto che sono stati presi come base per il successivo Regolamento d'attuazione del Testo Unico sull'immigrazione nel 1999 (codice STP) (7). Da quel momento il GrIS diviene interlocutore, più o meno formalmente riconosciuto, per tutti i governi regionali succedutosi negli anni. Altro elemento interessante è l'istituzione del Gruppo di Lavoro per la promozione e la tutela della salute degli immigrati, composto da operatori di strutture pubbliche e del volontariato che nel corso degli anni hanno maturato un'esperienza specifica sui problemi dell'immigrazione e dell'emarginazione, con compiti di verifica e monitoraggio dell'applicazione delle disposizioni. Questo "doppio livello partecipativo" (8), dal basso, attraverso il GrIS ed istituzionale, attraverso un formale gruppo regionale di lavoro a contatto diretto con gli uffici competenti, permette

2. Il Naga è associazione di volontariato laica e apolitica che si è costituita a Milano nel 1987 allo scopo di promuovere e di tutelare i diritti di tutti i cittadini stranieri, rom e sinti senza discriminazione alcuna (www.naga.it).

la tempestiva e efficace presa in carico di problematiche emergenti ed una programmazione sanitaria attenta al tema della salute dei migranti. Lo stretto rapporto tra i due livelli risulta ancora più evidente con l'ultimo rinnovo del gruppo di lavoro (Determinazione n.G05425/17), se da un lato il GrIS ha avuto il mandato di indicare i due rappresentanti del privato sociale (Caritas e Medici per i diritti umani - MEDU), dall'altro al GrIS fanno riferimento tutti i rappresentanti indicati dalle strutture pubbliche.

In questi anni il GrIS ha posto una attenzione continua e puntuale sull'accessibilità ai servizi e, grazie alle sue sollecitazioni, sono tanti gli atti emanati dalla Regione Lazio sui cittadini stranieri in particolare sui rifugiati e richiedenti protezione internazionale, su STP/ENI come ad esempio la DGR del 5 dicembre 2000, n. 2.444 sulle Linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla Unione Europea, la DGR del 25 marzo 2005, n. 427 relativa all'assistenza protesica per i titolari di codice STP.

Ma l'impegno del GrIS non si è limitato all'accesso ai servizi che dipende prevalentemente dalla normativa, ma ha posto l'attenzione sulla promozione delle competenze culturali dei servizi, per adeguare le risposte a un'utenza multietnica.

La Regione Lazio ha fatto propria le sollecitazioni del GrIS Lazio sulla necessità di una formazione specifica e omogenea, avviando il Programma regionale di formazione degli operatori socio sanitari sull'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri (Determinazione n°DB336 del 29 ottobre 2010) coinvolgendo più di 1.000 operatori di tutte le ASL laziali.

Inoltre ha svolto un ruolo di advocacy per i gruppi più vulnerabili, progettando modelli assistenziali di medicina di prossimità realizzati dalle ASL in grado di dare una risposta efficace ai bisogni di salute. Le campagne "Salute senza esclusione" rivolte alle comunità rom e sinti presenti a Roma, nel 2001 quella per le vaccinazioni dei bambini (9) e nel 2006 l'altra per l'accessibilità e l'educazione sanitaria (10).

Campagne seguite dal Progetto "Salute senza esclusioni: per un servizio sanitario attivo contro le disuguaglianze" negli anni 2013 e 2014 fino al Piano di intervento sociosanitario in favore dei migranti in transito negli anni 2015 e 2016 (11-12) e al Piano in favore dei migranti stanziali, in corso in cinque edifici occupati nell'area metropolitana di Roma.

In questi anni oltre ad una advocacy propositiva, il GrIS Lazio ha sviluppato azioni di opposizione e di controllo, si è mobilitato attivamente contro il "pacchetto sicurezza" (Noi non segnaliamo day – 17 marzo 2009) e si è impegnato nella verifica della corretta applicazione della normativa in tutte le aziende sanitarie locali della regione (monitoraggio dell'Accordo Stato-Regioni sull'assistenza sanitaria alle persone straniere).

Oltre 20 anni di impegno non hanno demotivato operatori e volontari che trovano stimoli nell'individuare nuovi ambiti di interesse, di analisi e di lavoro di rete come quello della salute orale, delle vittime di violenza e tortura, e con un nuovo orizzonte, forse il più impegnativo e difficile, che è quello dell'"empowerment advocacy", con il coinvolgimento delle persone straniere come soggetti attivi del cambiamento sociale e culturale (13).

L'esperienza di *advocacy* del GrIS Toscana: la tenacia del gruppo

L'azione di *advocacy* del GrIS Toscana si è caratterizzata fin dalla sua costituzione nel 2011 nel richiamo alla tutela del diritto alla salute ed alla corretta applicazione della normativa sia a livello aziendale, che di intero sistema regionale.

Una delle maggiori criticità riscontrate, infatti, è stata la disomogeneità di comportamenti tra aziende diverse nell'implementazione di quanto sancito dalla normativa nazionale in particolare per quanto riguarda l'assistenza agli Stranieri Temporaneamente Presenti. Sono state svolte, quindi, nei confronti di più Aziende sanitarie azioni di *advocacy*, inviando lettere formali alla Direzione aziendale in cui veniva circostanziato la mancata garanzia dell'accesso e fruizione dell'assistenza per gli STP, per esempio in riferimento al rilascio del codice STP, e richiesto il ripristino della garanzia del diritto sancito. In alcuni casi dopo l'invio della lettera sono stati svolti anche incontri con le stesse Direzioni aziendali per discutere ed approfondire la situazione critica segnalata, ed in generale alle azioni dl GrIS sono conseguiti adeguamenti da parte dell'Azienda sanitaria.

Su questi aspetti il GrIS ha avuto un'interlocuzione importante anche con la Direzione regionale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, con cui ha cercato di operare sempre in una logica di collaborazione, mostrandosi come attore competente, espressione della società civile, capace di mettere in evidenza criticità ed ambiguità nell'applicazione della normativa e nella prassi quotidiana dei servizi e di proporre soluzioni volte a ristabilire il rispetto del diritto alla salute per i migranti. Tuttavia quando il dialogo non è stato sufficiente, sono state intraprese anche azioni più forti. Questo per esempio è avvenuto quando è stata approvata la Delibera n. 1139 del 9 dicembre 2014 che da una parte recepiva l'Accordo Stato-Regioni e dall'altra emanava delle Linee guida regionali sull'assistenza sanitaria agli stranieri che in più punti contraddicevano quanto previsto dallo stesso Accordo (14). In particolare, la criticità più preoccupante era che nelle Linee Guida veniva indicato che per il rilascio del codice STP fosse necessario un certificato medico attestante l'urgenza o l'essenzialità delle prestazioni. Questo aveva subito determinato a livello aziendale un restringimento nel rilascio del codice STP e l'abolizione del rilascio preventivo, chiaramente indicato nell'Accordo come modo per favorire l'inclusione nei programmi di prevenzione per le persone non appartenenti all'UE sprovviste di permesso di soggiorno. Da parte del GrIS c'era stata quindi una tempestiva attivazione dell'interlocuzione con la Direzione regionale, prima attraverso incontri con i funzionari che si erano occupati della stesura delle Linee Guida e che avrebbero dovuto elaborare una circolare di rettifica sulla questione; successivamente, in assenza di una soluzione a questo livello, attraverso lettere al Presidente della Regione, agli assessori competenti ed ai dirigenti di riferimento e lo svolgimento con questi ultimi di un incontro istituzionale nel quale è stata acquisita la disponibilità a modificare quanto stabilito in merito al rilascio del codice STP. Grazie quindi alla tenacia del GrIS nel rivendicare la tutela di un diritto sancito, a gennaio 2016 è stata emanata una circolare, trasmessa a tutte le Direzioni aziendali, alla cui redazione il GrIS ha attivamente

partecipato e che ha riallineato la disciplina relativa agli STP alla normativa nazionale. Queste ripetute esperienze di interlocuzione con gli attori istituzionali hanno rafforzato la consapevolezza già presente nel GrIS della necessità di argomentare le richieste di intervento delle stesse istituzioni su specifiche criticità con l'evidenza dei dati locali e quindi riuscendo a descrivere dettagliatamente le situazioni su cui viene richiamata l'attenzione. È stata quindi elaborata nel 2015 una scheda di segnalazione dei casi relativi alla mancata o parziale o non corretta applicazione della normativa relativa all'assistenza ai migranti ed è stato chiesto agli operatori delle associazioni aderenti al GrIS di sperimentarla, con l'obiettivo di raccogliere sistematicamente i dati sulle inadempienze dei servizi e consolidare una casistica su cui poter sviluppare azioni di *advocacy* strutturate. La scheda prevede la registrazione di pochi dati relativi all'utente che si è rivolto al servizio (dati socio-demografici e situazione relativo al titolo di soggiorno ed all'iscrizione al SRR), del motivo di tale accesso, della criticità riscontrata e delle eventuali azioni intraprese, oltre ai dati della struttura presso la quale si è verificato il problema ed eventualmente dell'operatore coinvolto ed infine a minime informazioni su chi compila la scheda stessa. Nonostante l'importanza riconosciuta da tutti i membri del GrIS dell'utilizzo della scheda, sono state registrate inizialmente delle difficoltà nell'operatività della loro compilazione. È stato però rinnovato l'impegno ad utilizzarla nella nuova versione, cioè come scheda unica di segnalazione condivisa tra tutti i GrIS, costruita a partire da quelle prodotte ed usate localmente.

La recente novità che ha interessato il GrIS Toscana è che, a partire da gennaio 2017, sono state previste delle articolazioni a livello delle tre Aree Vaste in linea anche con il processo di riorganizzazione del sistema sanitario regionale. In questo modo è stata incrementata la partecipazione delle realtà locali, anche di molti enti gestori impegnati nella prima accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, rafforzando così la possibilità di avere una vicinanza maggiore alle problematiche esistenti nei diversi territori e di sollecitare risposte mirate sia da parte delle Aziende sanitarie (per esempio in riferimento alla strutturazione di modelli di presa in carico dei profughi in attesa di presentazione della richiesta di asilo) che da parte regionale (per esempio in tema di chiarimenti sull'esenzione dal pagamento dalla compartecipazione alla spesa sanitaria in favore dei cittadini stranieri richiedenti asilo politico).

La partecipazione del GrIS all'Osservatorio regionale per la salute dei migranti, attivato nel 2017 e coordinato dal Centro di Salute Globale, rappresenta infine una ulteriore modalità attraverso cui portare all'attenzione dei dirigenti regionali di riferimento istanze emerse nei diversi territori finalizzate a promuovere e tutelare la salute delle popolazioni migranti.

Ostacoli, modalità di lavoro e strumenti: riflessioni sull'*advocacy* a partire dal confronto tra le esperienze dei GrIS

Dalle esperienze dei diversi GrIS precedentemente riportate emerge chiaramente la vocazione per l'*advocacy* che contraddistingue i gruppi territoriali della SIMM, pur nella diversità di

percorsi intrapresi nel realizzarla. Il Workshop nazionale InterGrIS svoltosi a Cividale del Friuli a maggio 2017 è stata l'occasione per confrontare queste diverse esperienze e riflettere su quali siano le modalità, le strategie e gli strumenti utilizzati e che si ritengono necessari da implementare per svolgere al meglio l'attività di *advocacy* sia a livello locale come GrIS che centralmente dagli organi di governo della SIMM.

Il confronto si è concentrato inizialmente sul riconoscimento delle difficoltà che i GrIS si trovano ad affrontare nel realizzare l'azione di *advocacy*, identificando da una parte gli ostacoli legati al contesto socio-politico che costituisce lo scenario all'interno del quale gli interventi di *advocacy* devono essere calati, dall'altra quelli relativi ad un piano più strettamente operativo della realizzazione degli interventi stessi. La prima tipologia di ostacoli è rappresentata dall'esistenza di barriere culturali, dalla diffusione di pregiudizi e dalla loro strumentalizzazione politica, elementi che minano la possibilità di avere sostegno da parte della cittadinanza per le azioni di *advocacy* che vengono promosse a tutela del diritto alla salute dei migranti. A queste forme più o meno evidenti ed esplicite di razzismo sociale, si somma anche un atteggiamento di razzismo istituzionale (15) altrettanto difficile da contrastare, che si sostanzia nel disinteresse dimostrato dagli organi di competenza su queste questioni, legato anche ad una generale scarsa padronanza del tema, nonché in modalità di interpretazione restrittiva delle norme stesse. La risposta per contrastare queste resistenze, se non vere e proprie avversioni, del contesto sociale ed istituzionale nel quale si deve agire per promuovere la tutela dei diritti dei migranti passa soprattutto da interventi di informazione e formazione, declinati ed articolati in base ai diversi target: da eventi divulgativi e di sensibilizzazione rivolti alla popolazione, pensati nell'ottica di costruire un progetto sociale e culturale di integrazione ed inclusione, ad iniziative formative per l'aggiornamento dei professionisti e dei referenti istituzionali.

Un secondo ordine di ostacoli ricade invece nell'ambito della concreta operatività della SIMM e dei GrIS, che, essendo caratterizzati da un impegno volontaristico e da una strutturazione atipica rispetto ad altre organizzazioni che hanno a disposizione personale e risorse dedicate all'*advocacy*, hanno maggiori difficoltà nell'implementare azioni che richiederebbero in alcuni casi tempestività di intervento. A livello operativo i GrIS scontano anche una propria visibilità variabile in base ai contesti ed all'interlocutore di riferimento e quindi a volte anche difficoltà di accesso all'interlocuzione con le istituzioni, che appunto possono più o meno conoscere l'esperienza del GrIS e riconoscerne l'autorevolezza. Talvolta questo aspetto è legato anche al fatto che non sempre la SIMM ed i GrIS riescono ad instaurare collegamenti con altre realtà e attori sociali ed istituzionali sufficientemente solide o comunque operativamente traducibili in azioni comuni di *advocacy*.

Dalla lettura condivisa degli ostacoli da affrontare, lo scambio tra i GrIS è passato all'identificazione di modalità di lavoro comuni e strumenti operativi da utilizzare. La prima considerazione è stata di riconoscere la necessità di mantenere i diversi livelli di azione che la SIMM ed i GrIS presidiano, dal piano locale (dei servizi a livello distrettuale e aziendale),

a quello regionale e nazionale, in una prospettiva di unitarietà e continuità dell'azione e di valutazione ed identificazione del livello più appropriato al quale intervenire, anche con azioni diversificate ma coordinate tra i vari livelli. Questa diversa capacità di intervenire dal contesto locale a quello nazionale presuppone anche l'utilizzo di metodologie diverse che adeguino anche i linguaggi e gli strumenti ai diversi contesti, pur nella univocità di approccio e visione condivisi, con una progressività di azioni da mettere in atto.

I principali ambiti operativi attraverso cui costruire azioni di *advocacy* sono stati definiti nell'identificazione del problema e dell'interlocutore in base alla problematica rilevata, nell'attivazione di modalità di contatto con gli interlocutori identificati, che vanno dall'informale al formale pur sempre mantenendo la tracciabilità dei contatti, nella costruzione di alleanze per la realizzazione di azioni comuni, nell'implementazione delle diverse azioni di

Ambiti operativi dell'azione di advocacy	Locale	Regionale	Nazionale
Identificazione del problema	Monitoraggio con strumenti diversi a seconda dei livelli (scheda di segnalazione, monitoraggio accordo, politiche)		
Identificazione dell'interlocutore	Interlocutori di riferimento in base alla problematica e a più livelli		
Modalità di contatto (progressività e tracciabilità)	Informale e/o formale (telefonica, email, lettera), in base anche al contesto		
Alleanze con:	Associazioni , enti locali, etc.		
Azioni (progressività, non necessario tutti gli step)	- Contatto e richiesta specifica supportata da dati ed argomentazioni - Sollecitazioni ripetute - Coinvolgimento dei media (quando?) - Cause pilota	- Contatto e richiesta specifica supportata da dati ed argomentazioni - Sollecitazioni ripetute - Coinvolgimento dei media (quando?) - Cause pilota	- Contatto e richiesta specifica supportata da dati ed argomentazioni - Sollecitazioni ripetute - Coinvolgimento dei media (anche a livello informativo) - Class action - Campagne informative
Valutazione dell'impatto	Ex-ante, in itinere ed ex-post		

Tabella 1- Approccio e strumenti per l'*advocacy* della SIMM e dei GrIS

advocacy e nella valutazione del loro impatto (tabella 1). L'identificazione del problema, in maniera sistematica e strutturata, è certamente l'ambito strategicamente più rilevante perché permette di orientare opportunamente le azioni di *advocacy* e di basarle su evidenze solide che permettono una maggior incisività nell'interlocuzione con le istituzioni. In questo senso l'azione di monitoraggio rappresenta un compito fondamentale per i GrIS e l'utilizzo di strumenti univoci ne rafforza l'efficacia, quali ad esempio la scheda unica di segnalazione dei casi di problematiche nell'accesso e fruizione dell'assistenza da parte dei migranti, oppure gli indicatori di monitoraggio dell'Accordo Stato-Regioni oppure le misure di valutazione delle politiche regionali relative all'assistenza sanitaria ai migranti. L'auspicio è che questi strumenti, promossi dal Coordinamento dei GrIS, vengano utilizzati in maniera routinaria dai singoli GrIS, che ne possono trarre vantaggio nell'interlocuzione con le istituzioni.

La costruzione di alleanze è un ulteriore ambito rilevante, da cui può derivare anche una maggior capacità di azione della SIMM e dei GrIS, che da sempre credono ed investono nel lavoro di rete. Gli accordi con ASGI, MSF ed altre società scientifiche, che si traducono anche operativamente nella partecipazione alle attività dei GrIS nei singoli contesti regionali sono in linea con questa visione, e viene auspicato un allargamento della collaborazione anche ad altre realtà operanti in altri settori ma che si occupano delle tematiche relative all'immigrazione.

Rispetto alle specifiche modalità di azione di *advocacy*, è stata riconosciuta la progressività degli interventi che iniziano dal contatto e richiesta specifica supportata dai dati, ai solleciti, al coinvolgimento di media, fino alla messa in atto di cause pilota o *class action*. Di fronte infatti alla negazione ripetuta di un diritto sancito, i GrIS hanno condiviso l'opportunità di arrivare ad agire anche per vie legali. Non necessariamente tutti gli step identificati devono essere messi in atti in maniera consecutiva, ma in base alla specifica situazione deve essere valutata l'azione più appropriata da utilizzare. Per questo diventa essenziale anche la valutazione ex-ante dell'impatto che possono avere gli interventi ipotizzati, in maniera da poter calibrare le risorse a disposizione rispetto ai risultati che si vogliono perseguire, ovviamente seguita da valutazioni in itinere ed ex-post rispetto a quanto realizzato.

Conclusioni

Dalle diverse esperienze messe a confronto emerge con evidenza le peculiarità che i singoli GrIS si trovano ad affrontare negli specifici contesti, pur mossi da una visione condivisa e perseguendo una finalità comune. Se l'*advocacy* continua a rappresentare sempre uno dei principali elementi caratterizzanti il lavoro della SIMM e dei GrIS, è diffusa la consapevolezza di dover definire meglio le priorità di azione e chiarire l'obiettivo che vuole essere raggiunto, in considerazione del fatto che è necessario identificare su cosa concentrare le risorse a disposizione, avendo comunque la capacità di agire in maniera sistematica e di attivare, anche in maniera innovativa, ulteriori risorse presenti nei territori.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO Health promotion glossary. Ginevra: WHO; 1998
2. WHO Ottawa charter for health promotion Ginevra: WHO; 1986
3. Farrer L, Marinetti C, Kuipers Cavaco Y et al. Advocacy for Health equity: a synthesis review. *The Milbank Quarterly*, 2015, 93(2): 392-437.
4. Trillò ME, Gnolfo F, Geraci S. I gruppi locali Immigrazione e salute (GrIS). Rapporti ISTISAN 2007; 14: 25-30.
5. Gnolfo F. Analisi di un modello di rete socio-sanitaria. La storia. Le storie della rete GrIS Lazio. In: Geraci S, Gnolfo F (eds). *In Rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza*. Bologna: Pendragon editore; 2012.
6. Geraci S. Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa regionale, italiana e internazionale. Roma: Edizioni Anterem; 1996.
7. Mantini V, Lorenzini L, Geraci S, Baglio G. L'assistenza ospedaliera agli stranieri: aspetti normativi. In: Baglio G, Cacciani L, Materia E, Guasticchi G (eds). *Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. Anno 2000*. Roma: ASP Regione Lazio; 2002.
8. Geraci S. La tutela sanitaria degli immigrati nella Regione Lazio. La costruzione di un doppio livello partecipativo. In: Geraci S, Gnolfo F (eds). *In Rete per la salute degli immigrati*. Bologna: Pendragon Editore; 2012.
9. Baglio G, Cacciani L, Ciuta ST et al. Salute senza esclusione: Campagna vaccinale per i bambini rom e sinti a Roma. Roma: ASP Regione Lazio; 2003.
10. Baglio G, Barbieri F, Cacciani L et al. Salute senza esclusioni: Campagna per l'accessibilità ai servizi socio-sanitari della popolazione Rom e Sinti a Roma. Quaderni di InformaArea 2008; n. 5, aprile.
11. Napoli PA, Gnolfo F, Baglio G. L'esperienza di rete per l'assistenza sociosanitaria ai migranti in transito a Roma. In: *Atti del XIV Congresso della SIMM*. Bologna: Pendragon Editore; 2016.
12. Baglio G, Eugeni E, Gnolfo F, Napoli PA. Fenomeno dei migranti in transito a Roma: sperimentazione di un modello di prossimità assistenziale. In: *Rapporto Osservasalute 2016. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2017.
13. Geraci S, Bodini C. Network of networks for immigrants' health. *Salute e Società* 2011; 2En: 148-161.
14. Geraci S. Diritto compiuto o occasione mancata? Advocacy per forza! Con il contributo del GrIS Toscana. Toscana: inaspettate interpretazioni e la tenacia del gruppo. In: *Atti del XIV Congresso della SIMM*. Bologna, Pendragon editore, 2016 Congresso Nazionale SIMM – Torino 11-14 maggio 2016.
15. Carmichael S, Hamilton CV. *Strategia del potere nero*. Bari: Editori Laterza; 1968.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

L'accesso alle cure nella 'fortezza Europa' *Healthcare access in 'Europe fortress'*

Chiara Bodini

*Centro di Salute Internazionale (CSI), Università di Bologna
Società Italiana Medicina delle Migrazioni (SIMM)*

Parole chiave: diritto alla salute, migrazione, Europa, legislazione, advocacy

RIASSUNTO

Obiettivi: questo articolo ha lo scopo di illustrare, per principi generali e con alcuni esempi specifici, la situazione in Europa per quanto riguarda l'accesso alle cure della popolazione straniera (regolarmente presente, non in regola con la normativa, proveniente da altri Paesi europei, richiedente protezione internazionale).

Metodi: l'articolo è tratto da contributi preparati per una pubblicazione internazionale da persone aderenti al Movimento dei Popoli per la Salute (People's Health Movement, PHM). La pubblicazione in oggetto è il rapporto alternativo sulla salute nel mondo (Global Health Watch, GHW) redatto a cura del PHM e di altre organizzazioni e reti della società civile ogni tre anni (prossima edizione prevista per la fine del 2017).

Risultati: il quadro europeo per quanto riguarda l'accesso alle cure della popolazione straniera è fortemente disomogeneo. Ne risulta una tutela del diritto alla salute insufficiente e iniqua, particolarmente nei confronti dei settori di popolazione più vulnerabili.

Conclusioni: è necessaria un'azione più forte e coordinata della società civile, tanto a livello dei Paesi che dell'Unione Europea, per aumentare la forza delle rivendicazioni di una maggiore tutela del diritto alla salute per tutte e tutti.

Key words: right to health, migration, Europe, legislation, advocacy

SUMMARY

Objectives: this article aims to illustrate the key features of access to healthcare for immigrants in the European Union (documented and undocumented immigrants, immigrants coming from other EU countries, asylum seekers), through the description of general principles as well as some specific examples.

Methods: the article originates from contributions prepared for an international publication by members of the

Autore per corrispondenza: chiara.bodini@unibo.it

People's Health Movement (PHM). This publication is the alternative world health report (Global health Watch, GHW), a book edited by the PHM together with other civil society organisations and networks every three years (next edition scheduled for end 2017).

Results: the situation in Europe concerning access to healthcare for immigrants is highly uneven. The result is that the right to health is not adequately protected and this generates inequalities, particularly towards the most vulnerable sectors of the society.

Conclusions: a stronger and more coordinated civil society action is needed, both at the national and at the European level, in order to strengthen the advocacy for a greater protection and promotion of the right to health for all.

Introduzione

Il recente, drammatico aumento dell'arrivo di persone in Europa – in fuga da situazioni di conflitto, povertà, mancanza di prospettive – ha nuovamente portato all'attenzione le implicazioni per la salute che si generano quando persone si spostano da un contesto all'altro, da un sistema a un altro. Situazioni in cui si intrecciano dinamiche di tipo sociale, ambientale, giuridico e sanitario per nulla semplici da districare.

In questo articolo, adotteremo come cornice teorica la promozione della salute, che comprende uno sguardo ampio su salute e malattia intese come portati sociali, oltre che eventi iscritti nelle biografie e nei corpi dei singoli. Ci concentreremo sul tema dell'accesso alle cure non per ridurre la salute all'assistenza sanitaria, ma perché quest'ultima è uno spazio importante di azione e advocacy da parte di chi lavora per promuovere il diritto alla salute. Uno spazio da difendere con sempre maggiore forza in questo periodo di neoliberalismo 'spinto' e regressive politiche di austerità, che hanno effetti negativi non solo per le persone immigrate ma anche per la popolazione autoctona.

Prenderemo in esame alcune situazioni emblematiche in Europa per illustrare la disomogeneità dei comportamenti e degli ordinamenti che regolano l'accesso alle cure per le persone straniere. Al tempo stesso, discuteremo di alcuni tratti comuni che segnano disuguaglianze di accesso e di esito nella popolazione immigrata (o di origine immigrata). Molti di questi contributi derivano da due capitoli sul tema in corso di pubblicazione sul Global Health Watch 5, il rapporto sulla salute globale 'alternativo' a quello ufficiale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), redatto a cura del People's Health Movement e di altre realtà e reti della società civile¹.

Un'ultima notazione introduttiva merita la scelta di utilizzare, nel titolo, l'appellativo di 'fortezza Europa'. L'intento è sottolineare che muri e confini – ambientali, costruiti dall'uomo, simbolici/culturali, normativi e burocratici – sono una minaccia per la tutela e la promozione della salute. La salute è infatti maggiormente protetta in un contesto sociale dove le risorse, le idee e i saperi circolano liberamente, dove non ci sono ghetti o ostacoli particolarmente odiosi in quanto producono un eccesso di sofferenza su chi già vive condizioni di svantaggio e marginalizzazione.

1. Si ringraziano a questo proposito gli autori e le autrici che hanno messo a disposizione il loro lavoro: Anna Kuchne, Andrea Cortinois, Emiliana Tapia, Pablo Iglesias.

Vittime della forza Europa

La migrazione, considerata dai più una condizione fondante la stessa storia dell'umanità, è senz'altro una variabile strutturale anche della società contemporanea, strettamente connessa alle dinamiche della globalizzazione neoliberista. Nel 2015, il numero stimato di migranti internazionali è salito dai 173 milioni del 2000 a 244 milioni (1). Secondo l'UNHCR (2), alla fine del 2015 il numero delle persone definite 'migranti forzati'² ha superato i 65 milioni, la cifra più alta da quando esistono statistiche sul fenomeno. Circa un terzo di questi sono rifugiati (di cui la metà ha meno di 18 anni), i rimanenti sono sfollati (internally displaced). È bene ricordare che l'85% delle persone rifugiate vive in Paesi a medio o basso reddito, cifra che è aumentata negli ultimi dieci anni. Alla fine del 2014, il Paese che ospitava il maggior numero di rifugiati era la Turchia (1).

Negli ultimi quindici anni oltre 30mila persone sono morte cercando di attraversare il Mediterraneo. Nel 2015 sono decedute in mare, cercando di raggiungere i Paesi europei, 3.771 persone. Stando ai dati dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, l'anno seguente il numero è cresciuto fino a 5.022. Nei primi sei mesi del 2017 i morti sono stati oltre 1800 (3). La migrazione è divenuta un fenomeno imprescindibile nel definire le società Europee. Parallelamente, l'accesso alle cure della popolazione straniera è emersa come questione sociale e politica di grande rilievo, con implicazioni multiple sul piano dei diritti umani, del benessere individuale e collettivo e anche dei bilanci pubblici, nonché ovviamente dell'integrazione sociale (4).

Nonostante ciò, la risposta europea in termini di tutela della salute non è ad oggi stata uniforme. La competenza diretta dell'Unione Europea in materia di salute è a dire il vero piuttosto limitata, essendo vincolata a un ruolo di supporto e coordinamento (l'unico ambito dove ha una competenza concorrente rispetto agli stati è quello della sicurezza, per esempio sugli standard per i prodotti sanitari)³. Questo significa che la decisione sulle politiche sanitarie è responsabilità dei Paesi membri, che sono liberi di decidere in merito alle risorse investite, al tipo di organizzazione, e alla copertura che viene o non viene garantita alla popolazione. È quindi particolarmente difficile identificare tratti comuni nelle politiche che regolamentano l'accesso delle persone straniere ai servizi sanitari. Tuttavia, è possibile delineare alcune caratteristiche prevalenti:

A. In generale, le persone immigrate sono tra i gruppi di popolazione più svantaggiati in Europa.

Secondo un rapporto dell'OCSE e della Commissione Europea (4), le persone immigrate

2. La migrazione forzata può essere causata da persecuzioni, conflitti, violenza generalizzata, e violazioni dei diritti umani. Tuttavia, la complessità del quadro internazionale contemporaneo rende sempre più arbitraria la distinzione tra migranti e migranti forzati.

3. Anche se questo è vero in principio, nella pratica il quadro giuridico è stato 'forzato' nel contesto della crisi economica, dando per esempio alla Troika (formata da Commissione Europea, Banca Centrale Europea e Fondo Monetario Internazionale) il potere di imporre restrizioni alla spesa pubblica (e sanitaria) di alcuni Paesi membri.

hanno due volte più possibilità – rispetto alle persone autoctone – di vivere in abitazioni che rientrano nel decile più povero della popolazione, e al di sotto della soglia nazionale di povertà. Questo è legato a molteplici fattori, tra cui il background economico e le condizioni pre migratorie, il difficile accesso al mercato del lavoro, lo sfruttamento, la mancanza di politiche di integrazione efficaci e la mancanza di rappresentanza nelle strutture politiche e sociali.

- B. *Diversi studi mostrano che la ricerca di cure non è tra le motivazioni principali per cui la maggior parte delle persone che migrano arriva in Europa* (5-7). Al contrario, l'utilizzo dei sistemi sanitari da parte delle persone immigrate è significativamente minore rispetto a quello delle popolazioni autoctone (8).
- C. *La Commissione Europea incoraggia gli stati membri a sviluppare e sostenere sistemi sanitari inclusivi*. Nel suo ruolo di coordinamento e supporto, la Commissione ha rilasciato diverse comunicazioni che mettono in luce la vulnerabilità delle persone immigrate nei confronti delle disuguaglianze in salute (9), e raccomandano ai Paesi europei di assicurare un accesso universale alle cure (10).
- D. *Le legislazioni nazionali suddividono le persone immigrate in diverse categorie, che corrispondono a diversi livelli di accessibilità ai servizi*. Persone che studiano, lavoratori/rici da Paesi terzi, richiedenti asilo e persone immigrate non in regola con le normative sul soggiorno sono categorie tipiche di molti Paesi europei, a cui viene garantito un diverso livello di accesso ai sistemi di cura. La maggior parte dei Paesi garantisce un accesso pari alla popolazione autoctona per chi ha un permesso di soggiorno di lungo periodo o permanente. All'altro capo dello spettro, l'accesso per chi non è in regola è in genere particolarmente limitato.
- E. *Il recente aumento negli arrivi di persone che fanno richiesta di protezione internazionale ha aggiunto nuove sfide: un flusso senza precedenti di persone in transito i cui bisogni sono significativamente diversi da quelli di chi si è stabilito da più tempo nei Paesi* (7). La risposta dell'Europa a questa situazione è stata del tutto inadeguata a proteggere i diritti umani delle persone.
- F. *L'applicazione delle politiche è in genere deficitaria, il che aumenta l'esclusione delle persone immigrate dalle cure*. Spesso queste non sono/non vengono messe a conoscenza dei propri diritti, al pari del personale dei servizi sanitari che non conosce la normativa né la sua corretta applicazione. Di conseguenza, vengono prese in carico meno persone di quante ne avrebbero diritto, mentre a molte vengono ingiustamente negati i propri diritti. Questa situazione è tendenzialmente peggiore per le persone che si spostano da un Paese all'altro, a causa delle differenti normative vigenti e della frammentazione dei percorsi di presa in carico (se esistenti).
- G. *Nonostante le diverse normative nazionali, i Paesi europei sono vincolati dai trattati internazionali sui diritti umani*. In primo luogo, la Dichiarazione Internazionale dei Diritti Economici, sociali e Culturali che, all'articolo 12, riconosce "il diritto di ogni individuo a godere delle

migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire”. Come per tutti i diritti economici, sociali e culturali, gli stati devono rispettare il principio di non discriminazione, che comprende la discriminazione nei confronti delle persone migranti e richiedenti protezione internazionale, indipendentemente dallo status giuridico. Il Comitato sull’Eliminazione della Discriminazione Razziale e il Comitato sui Diritti Economici, Sociali e Culturali hanno precisato che gli stati hanno l’obbligo di “rispettare il diritto alla salute tramite, tra le altre cose, evitare di negare o limitare un accesso equo per tutte le persone, comprese quelle prigioniere o detenute, le minoranze, chi fa richiesta di asilo e gli immigrati irregolari, ai servizi sanitari di tipo preventivo, curativo e palliativo” (11).

La salute delle persone immigrate in tempo di crisi

Le condizioni di vulnerabilità in cui la maggior parte delle persone immigrate vive nelle nostre società si è aggravata in conseguenza della crisi economica che ha colpito l’Europa a partire dal 2008. Tassi di disoccupazione più elevati, con conseguente passaggio da situazioni di regolarità a situazioni di irregolarità, hanno spinto molte persone immigrate ancora più ai margini del sistema. Condizioni di vita precarie e disagiate sono un determinante importante della salute, che agisce in maniera preponderante dopo l’arrivo nei Paesi ospiti. Anche il razzismo e la xenofobia sono segnalati in aumento: la recessione e l’assenza di opportunità rendono le popolazioni autoctone più recettive nei confronti dei discorsi che scaricano sulle persone immigrate la responsabilità delle problematiche sociali in aumento nei Paesi (12).

In tale contesto, la responsabilità degli stati nella protezione e promozione del diritto alla salute per tutte e tutti è di importanza cruciale. Tuttavia, il dogma dell’austerità come risposta principale alla crisi economica, e i limiti sempre più stringenti imposti alla spesa pubblica, si sono tradotti in una riduzione degli investimenti in salute e sanità. Per esempio, gli obblighi contenuti nel Patto di stabilità e crescita⁴ riguardo alla riduzione del deficit pubblico sono stati usati dal governo spagnolo per giustificare la propria politica di tagli alla spesa sociale, particolarmente in ambito sanitario (13). Inoltre, Paesi molto indebitati come la Grecia o l’Irlanda hanno ricevuto dall’Unione Europea prestiti condizionali vincolati a stringenti politiche di aggiustamento strutturale. In alcuni casi, come per esempio per il Portogallo, tra le condizionalità ci sono state richieste esplicite di riforma del sistema sanitario (14).

Misure sociali regressive, qualora necessarie, dovrebbero sempre evitare di avere come target i settori più svantaggiati della popolazione. Purtroppo, non è stato questo il caso di molti Paesi europei per quanto riguarda l’accesso alle cure delle persone immigrate. Mentre alcuni Paesi, come per esempio il Lussemburgo (7), hanno tradizionalmente avuto politiche molto

4. Il Patto di stabilità e crescita è un meccanismo dell’Unione Europea volto a tenere sotto controllo il deficit e limitare il debito pubblico. Secondo il Patto, il deficit non può superare il 3% del PIL, mentre il debito pubblico dovrebbe rimanere al di sotto del 60% del PIL. I Paesi che infrangono questi limiti possono andare incontro a sanzioni, o pressioni di varia natura.

restrittive nei confronti della migrazione irregolare (chi non è in regola deve pagare per l'assistenza sanitaria anche in regime di urgenza, negli ultimi anni il numero di Paesi che ha seguito strade analoghe è aumentato. Per esempio Spagna (5) e Regno Unito (6), una volta punti di riferimento per le politiche universalistiche in ambito sanitario, hanno adottato legislazioni nazionali che escludono le persone immigrate irregolari dall'accesso alle cure. Entrambi i governi hanno sostenuto tali politiche affermando che i propri sistemi sanitari sono in crisi di sostenibilità a causa (anche) di un eccessivo e inappropriato utilizzo da parte delle persone immigrate. In Spagna, è stata usata l'argomentazione del cosiddetto "turismo sanitario" in maniera fuorviante, intenzionalmente diretta a mescolare due fenomeni molto diversi tra loro: da un lato lo spostamento da altri Paesi europei di persone con disponibilità economica elevata, generalmente anziane, che si recano in Spagna in cerca di assistenza sanitaria; dall'altro l'arrivo di lavoratori e lavoratrici irregolari provenienti da Paesi extra europei, il cui utilizzo dei servizi sanitari è significativamente inferiore a quello della popolazione autoctona. Nel Regno Unito, d'altro canto, con l'approvazione dell'*Immigration Act* 2014 anche i figli minori delle persone non in regola con la normativa sul soggiorno e le donne in gravidanza devono pagare per ricevere assistenza sanitaria, il che rappresenta una grave deroga alla tutela dei diritti umani (15). Poiché non ci sono evidenze che tali politiche si traducano in un risparmio significativo per i bilanci pubblici, si può affermare che il fatto di 'scaricare' il problema della sostenibilità sulle persone immigrate non in regola rappresenta una strategia diversiva per spostare l'attenzione dell'opinione pubblica da tagli alla spesa sociale e sanitaria altamente impopolari.

Se da un lato legislazioni e politiche che discriminano esplicitamente le persone immigrate sono più facili da identificare, dall'altro vi sono disposizioni meno evidenti che però producono danni analoghi. In Olanda, per esempio, il governo ha aumentato in modo significativo la quota minima che una persona deve pagare per l'assistenza sanitaria al fine di essere rimborsata (6). Questa disposizione ha un effetto regressivo perché colpisce in modo particolare i settori della popolazione più poveri, tra cui si annoverano la maggior parte delle persone immigrate. Fortunatamente non tutti i Paesi colpiti dalla crisi economica hanno adottato provvedimenti restrittivi nei confronti dell'accesso alle cure delle persone immigrate⁵. Il Portogallo (14) per esempio, nonostante una situazione economica particolarmente compromessa, ha mantenuto un sistema sanitario che garantisce accesso anche a chi non è in regola con la normativa sul soggiorno. Anche l'Italia (7) non ha modificato, almeno sulla carta, la propria normativa di accesso, benché la diseguale applicazione sul territorio, unita a un peggioramento delle condizioni socio-economiche della popolazione e a un aumento della spesa sanitaria privata, abbiano prodotto notevoli disuguaglianze di salute, correlabili alla diseguale distribuzione di risorse nella popolazione (vedi oltre). La Francia (7) ha promosso l'accesso ai servizi sanitari

5. Questa affermazione si basa su un'analisi della normativa. Tuttavia, nella pratica il peggioramento delle condizioni socioeconomiche e i tagli alla spesa pubblica, con conseguente aumento della spesa sanitaria privata, si sono tradotti comunque in una minore accessibilità ai servizi soprattutto da parte della popolazione più povera.

aumentando il tetto di reddito necessario per accedere all'*Aide Complementary de Santé* (assistenza per la popolazione povera) e all'*Aide Medicale d'Etat* (assistenza per chi non è in regola). Anche la Grecia (7), sottoposta a un livello di pressione difficilmente sostenibile in ragione tanto degli effetti della crisi economica, quanto di quelli legati agli alti flussi di rifugiati, ha introdotto una riforma per aprire il proprio sistema sanitario pubblico ai gruppi più svantaggiati (senza tuttavia arrivare a coprire la totalità delle persone immigrate non in regola). In ogni caso, bisogna tenere presente che tra le disposizioni normative e la loro applicazione nella pratica ci sono divari anche molto significativi, che tendono a esacerbare l'esclusione delle persone immigrate dai sistemi sanitari.

Barriere e sfide per l'accesso alla salute delle persone immigrate in Europa

A prescindere dal carattere inclusivo o discriminatorio delle diverse legislazioni nazionali, in tutta Europa le persone immigrate affrontano alcune barriere comuni che ne ostacolano, o impediscono, l'accesso ai servizi sanitari.

Mancanza di informazioni e paura

L'assenza di informazioni adeguate sul funzionamento dei servizi sanitari e dei propri diritti costituisce un primo ostacolo, soprattutto per le persone arrivate di recente. Dovendo affrontare una realtà diversa da quella conosciuta nei propri Paesi di origine, spesso in assenza di una rete sociale di supporto nei Paesi di arrivo, le persone immigrate frequentemente non sono a conoscenza delle norme e procedure necessarie per accedere ai servizi (5-7). Inoltre, le ambiguità normative e un'azione dello stato spesso insufficiente o inadeguata per assicurare che chi lavora nei servizi conosca e applichi correttamente la normativa porta a interpretazioni arbitrarie e spesso a un accesso negato (16). Questa situazione ha come effetto anche quello di rinforzare, nelle persone immigrate, un senso di esclusione e mancanza di diritti, che può scoraggiare nuovi tentativi di accesso (7). Le persone non in regola possono non accedere anche per la paura di essere segnalate alla polizia, paura giustificata in diversi Paesi in cui è richiesto al personale sanitario di segnalare alle autorità la presenza di persone irregolari (6-7), mentre solo alcuni Paesi proibiscono esplicitamente la segnalazione (16).

Barriere amministrative

La carenza informativa è alimentata anche da procedure amministrative particolarmente complesse, articolate e di difficile comprensione. Anche la richiesta di documentazione particolare può essere un ostacolo all'accesso (5-7). Le persone non in regola con la normativa sul soggiorno incontrano numerose difficoltà soprattutto in Paesi come Belgio, Francia o Spagna, dove per ottenere certi diritti è necessario presentare documenti come la carta di identità. Un ostacolo analogo è rappresentato dalla necessità di accertare la residenza, visto che molte persone in situazione di irregolarità non hanno un contratto di affitto, e a volte

neanche una vera e propria abitazione (7). Inoltre, bisogna tenere presente che le situazioni di regolarità o irregolarità non sono condizioni immutabili, ma possono cambiare in periodi diversi della vita, a seconda delle mutate condizioni sociali, economiche e giuridiche. Questo rende i procedimenti amministrativi ancora più complessi da gestire per le persone.

Barriere finanziarie

La maggior parte dei Paesi europei prevede, in qualche forma, la compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei pazienti (7). Naturalmente, questa disposizione ha un effetto particolarmente rilevante per chi è in peggiori condizioni economiche, tra cui spesso le persone immigrate. Alcuni Paesi, come Francia e Belgio, includono eccezioni o disposizioni che prevedono rimborsi per le persone più povere, ma vi sono comunque molte persone che non rientrano in tali categorie. Inoltre, chi anche vi rientra può non essere in grado di pagare la quota comunque richiesta, come nel caso dell'Olanda. In Italia, un codice specifico per esonerare dal pagamento del ticket le persone immigrate irregolari indigenti (X01), è applicato a macchia di leopardo sul territorio nazionale. In Germania, al fine di ottenere il rimborso per le cure non urgenti le persone devono rivolgersi all'ufficio welfare sociale, che ha l'obbligo di segnalarne la presenza alle autorità.

Barriere linguistiche

La comunicazione è un elemento centrale della relazione di cura, che condiziona la possibilità della persona di descrivere la sua situazione e di comprendere le implicazioni e indicazioni diagnostiche, prognostiche, terapeutiche. Tuttavia, la presenza di servizi di traduzione e mediazione linguistico-culturale è insufficiente a coprire il bisogno e distribuita in modo disomogeneo nei diversi Paesi così come all'interno di essi (7).

Xenofobia e discriminazione

Il razzismo nei servizi sanitari è una barriera che le persone immigrate devono affrontare ovunque in Europa, come rilevato da indagini recenti (5-7). Anche se la casistica attuale è numericamente limitata, vi sono ragionevoli preoccupazioni relative al fatto che il fenomeno sia sottostimato e destinato ad aumentare significativamente negli anni a venire.

Spagna: addio all'universalismo

Il 20 aprile 2012 ha rappresentato un punto di svolta per il servizio sanitario spagnolo. Fino ad allora, il Paese era considerato un modello in Europa per la sua normativa inclusiva, che garantiva accesso alle cure per tutte le persone residenti sul territorio, indipendentemente dalla cittadinanza e dalla regolarità del soggiorno. Benché la situazione non fosse ottimale, in particolar modo per la presenza di barriere amministrative che impedivano l'accesso ad alcune persone immigrate, il Real Decreto 16/2012 ha mutato il sistema alle sue fondamenta. Il decreto,

approvato dal Governo senza dibattito sociale o parlamentare, ha interrotto il principio di universalità, centrale fino ad allora per il servizio sanitario nazionale, e ha collegato il diritto alle cure all'appartenenza al sistema di sicurezza sociale. In questo modo, il requisito di residenza è stato sostituito da un principio di assicurazione sociale che ha escluso dal sistema circa 900.000 immigrati non in regola, a cui è stata revocata la tessera sanitaria e di conseguenza il diritto di accesso alle cure. Dopo l'entrata in vigore del Decreto, l'assistenza per le persone immigrate non in regola viene garantita solo nei seguenti casi: 1) emergenze; 2) gravidanza, parto e post partum; 3) minori; 4) richiedenti protezione internazionale; 5) vittime di traffico (17).

Inoltre, a causa dell'elevata decentralizzazione del sistema sanitario spagnolo e dell'assenza di volontà politica a fornire informazioni adeguate e sufficienti, il Decreto è stato applicato in modo arbitrario dalle amministrazioni sanitarie di ospedali e centri di salute. Come conseguenza, si segnalano casi di diniego di assistenza anche nei confronti delle categorie protette dal Decreto (donne in gravidanza, minori, ecc.), così come di richiesta di pagamento per servizi in regime di urgenza, che dovrebbero essere erogati gratuitamente. Queste situazioni aumentano la vulnerabilità delle persone immigrate non in regola, e limitano ulteriormente la loro possibilità di accesso alle cure (17). È tristemente noto il caso di Alpha Pam, cittadino senegalese, morto di tubercolosi non adeguatamente trattata (18).

Questa situazione di inaccettabile esclusione dall'accesso alle cure è stata ed è tuttora contestata da una mobilitazione della società civile. Organizzazioni non governative, come *Médecins du Monde* e *Amnesty International*, enti come l'Associazione spagnola di Medicina di Comunità e Famiglia, movimenti sociali come *Yo Sí Sanidad Universal*, e altre piattaforme per la difesa della sanità pubblica, così come molti/e professionisti/e della salute (che hanno rifiutato il Decreto e hanno continuato ad assistere tutte le persone), hanno denunciato la grave violazione dei diritti umani in corso, e richiesto l'abrogazione del Decreto. La mobilitazione ha portato alla creazione di una rete nazionale che riunisce più di 300 organizzazioni sociali e associazioni professionali: REDER (Rete per la Denuncia e la Resistenza al Decreto Reale 16/2012), che fa azione di advocacy per l'adozione di una nuova normativa che assicuri l'accesso universale alle cure per tutte le persone che vivono in Spagna, a prescindere dallo status giuridico. Come risultato di queste mobilitazioni, alcuni governi regionali non hanno applicato il Decreto, mentre molti partiti politici hanno sottoscritto una dichiarazione che li impegna ad abrogare il Decreto nel caso in cui vengano eletti al governo (19). Inoltre, in seguito alle elezioni regionali del maggio 2015, diversi nuovi governi regionali hanno adottato decisioni che puntano a garantire almeno in parte l'accesso alle cure per le persone straniere non in regola (20). Tuttavia, poiché i governi regionali non hanno la possibilità di modificare la normativa nazionale, questi provvedimenti rappresentano solo "pezze" per coprire i buchi del sistema. Nel frattempo, la fonte del problema permane: una riforma strutturale che ha sottratto al diritto umano alla salute la sua intrinseca natura universale, collegandone l'esigibilità a criteri economici anziché etici (21).

Germania: il ruolo del volontariato

In Germania l'assistenza sanitaria è organizzata in base a un sistema di tipo assicurativo. Come in molti Paesi europei, l'accesso alle cure per le persone immigrate dipende dal loro status giuridico. Chi ha un permesso di soggiorno per lavoro o studio è in genere assicurato e può accedere alle cure senza pagare, come la maggior parte delle persone tedesche.

Tuttavia, le persone provenienti da alcuni Paesi dell'Unione Europea incontrano ostacoli di accesso, perché le assicurazioni sanitarie dei propri Paesi di origine sono spesso insufficienti o non ritenute valide in Germania, nonostante l'esistenza teorica di una tessera sanitaria europea (TEAM). Le persone provenienti dai Paesi del sud e dell'est Europa rappresentano una quota significativa di coloro che, non potendosi permettere cure a pagamento, si recano a cercare aiuto presso le organizzazioni del privato sociale (22).

Le persone che fanno richiesta di protezione internazionale possono accedere alle cure per condizioni acute e a tutto ciò che è indispensabile per poter rimanere in salute. Tuttavia, il principio di 'integralità' delle cure è lasciato alla libera interpretazione dei governi locali e/o dei professionisti sanitari. Questo si traduce in una significativa variabilità dell'accesso alle cure, in termini di quantità e qualità, nei diversi stati federali. Lo spettro va dalla tessera sanitaria elettronica per richiedenti asilo, che garantisce un accesso simile a quello della popolazione tedesca, a tessere sanitarie cartacee che sono difficili da ottenere e danno diritto solo alle cure per situazioni acute (23-24). Le modifiche della normativa sull'asilo del 2014 e 2015 non hanno migliorato la situazione, che resta variegata e ambigua, perdendo l'occasione di istituire un regolamento nazionale per un accesso comprensivo alle cure (23). L'interpretazione restrittiva delle rispettive normative da parte del personale sanitario e non sanitario ha portato a negazioni del diritto di accesso per i/le richiedenti asilo, tramite il rifiuto del rilascio o dell'accettazione delle tessere cartacee; vi sono state numerose conseguenze negative in termini di salute, compresi casi di decesso (24).

Poiché l'assistenza sanitaria garantita resta insufficiente, molte persone svolgono un'azione volontaria di supporto nei confronti dei/delle richiedenti asilo nella loro lotta per accedere alle cure. Questa assistenza volontaria è senz'altro necessaria per fare fronte ai bisogni urgenti, tuttavia resta inadeguata nei confronti di una piena ed equa tutela del diritto: è infatti impossibile garantire il diritto di accesso tramite una rete basata sul lavoro volontario. Pertanto, spetta al governo assumersi la responsabilità di assicurare la tutela dei diritti umani fondamentali, in accordo con la legge internazionale ed europea (22).

Per quanto riguarda le persone immigrate non in regola, esse hanno diritto alle cure di emergenza, ma l'accesso alle strutture sanitarie può esitare nell'espulsione perché le istituzioni statali sono – tranne alcune eccezioni – obbligate a segnalarne la presenza alle autorità. Benché tra le eccezioni siano comprese le strutture sanitarie e sociali, la normativa è spesso misconosciuta dalle istituzioni stesse. Pertanto, le persone immigrate continuano a rischiare l'espulsione quando accedono alle cure per via ufficiale. Ancora una volta, molte organizzazioni

non governative, iniziative antirazziste, e persone singole svolgono azione di volontariato per migliorare l'accesso alle cure, e organizzano percorsi sanitari 'protetti' con il supporto di medici e strutture sanitarie volontarie. L'accesso resta però, anche così, qualcosa di puntuale, non comprensivo e basato sull'iniziativa e sulla disponibilità di tempo e denaro di soggetti privati. Anche se la salute delle persone che migrano è in genere migliore della media all'inizio della migrazione (effetto migrante sano), le persone non in regola si trovano soggette a molti determinanti che agiscono in senso negativo sulla salute, rendendole particolarmente vulnerabili. Inoltre, anche la paura e la criminalizzazione giocano un impatto negativo sulla salute e portano a ritardi e problemi nell'accesso alle cure (25).

Italia: una norma tutta da applicare

In Italia la politica sanitaria per l'accesso alle cure delle persone straniere è stata, fin dall'inizio, plasmata dall'impegno e dal coinvolgimento della società civile organizzata. Questo ha fatto sì che il Paese si dotasse di una delle più inclusive legislazioni sull'accesso alle cure, se confrontata con gli altri Paesi europei (26). Tuttavia, quello che dovrebbe essere un diritto umano fondamentale incluso nella Costituzione del 1948 (Art. 32, che garantisce il diritto alla salute a tutti gli 'individui', non sottoponendolo al vincolo di cittadinanza) è ancora negato in maniera iniqua a molte persone immigrate.

La società civile ha giocato un ruolo importante nello stendere i due articoli del Testo Unico sull'immigrazione che, dal 1998, regolamentano l'accesso alle cure delle persone straniere. Questi articoli, tuttora validi, garantiscono pieno accesso alle persone straniere che hanno i requisiti per iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). In linea generale, si tratta di chi ha un permesso di soggiorno per lavoro o ricongiungimento familiare, così come le persone che fanno richiesta di protezione internazionale. Le persone non in regola possono accedere senza oneri alle cure di emergenza, ma hanno anche diritto all'assistenza di secondo e terzo livello per condizioni "urgenti o essenziali, ancorché continuative". Il concetto di essenzialità comprende tutte quelle condizioni che, se non trattate o trattate con ritardo, possono causare un danno alla salute. Infine, vi sono persone provenienti da altri Paesi dell'Unione Europea: chi è in possesso della tessera sanitaria europea ha accesso ad alcuni livelli di cura, mentre chi ha i requisiti per l'iscrizione al SSN è di fatto equiparato ai cittadini italiani. Tuttavia, molte persone che hanno perso il lavoro e/o la residenza, spesso in conseguenza della crisi economica, perdono i requisiti per l'iscrizione e – se non sono in possesso di TEAM – ogni diritto di accesso alle cure (se non a quelle di urgenza). Se accedono, devono pagare l'intero costo della prestazione.

L'interpretazione e l'applicazione della normativa sull'accesso alle cure per le persone straniere sono altamente disomogenee sul territorio nazionale (tra regioni, e tra diverse aree delle stesse regioni). Ancora una volta, la società civile ha giocato un ruolo chiave nel promuovere e sostenere iniziative di monitoraggio e armonizzazione, tra cui la compilazione di linee guida nazionali per la corretta applicazione della normativa. Nonostante l'approvazione di un Accordo Stato

Regioni nel dicembre del 2012, volto a facilitare il processo di armonizzazione, la situazione resta ancora estremamente disomogenea e buona parte delle disposizioni previste non vengono applicate in modo sistematico nei diversi territori.

La situazione attuale è quella di un diritto garantito sulla carta, che richiede molti passaggi per essere reso esigibile, a partire dalla presenza di politiche e strutture a livello locale che garantiscano l'accesso alle cure primarie. Il SSN, infatti, assegna al medico di medicina generale il ruolo di 'porta d'ingresso' nel sistema; tuttavia, nella maggior parte dei casi, le persone immigrate non in regola non hanno accesso al medico di medicina generale. In molti contesti, quindi, è il privato sociale a organizzare ambulatori di medici volontari per svolgere questo ruolo e coprire le falle del sistema pubblico.

Un secondo passaggio necessario è l'esistenza di politiche che assicurino la sostenibilità economica dell'accesso. Nonostante esista, nella normativa nazionale, un'esenzione per le persone non in regola in caso di indigenza, questa non viene applicata in molte regioni. L'applicazione di "pari condizioni rispetto alla popolazione italiana", prevista dalla normativa nazionale, non è in questo caso rispettata, visto che non è applicata un'esenzione per reddito come previsto invece per le persone indigenti italiane.

Infine, vi sono molte considerazioni sulle disuguaglianze in salute che si generano all'interno delle strutture e dei percorsi sanitari. Queste sono correlate alla preparazione del personale in termini di "tecnologie leggere", tra cui le competenze relazionali, interculturali e linguistiche. Ma anche all'organizzazione complessiva dei servizi, troppo spesso informata da criteri di razionalità ed efficienza, e non centrata sull'efficacia della risposta ai bisogni di salute, in particolare di coloro che hanno maggiormente necessità di assistenza e cura.

In questa situazione, non sorprende il fatto che esistano disuguaglianze di accesso e di esito tra la popolazione autoctona e le persone immigrate (27-28). Molti studi mostrano che queste ultime sotto utilizzano i servizi territoriali e ospedalieri, mentre utilizzano relativamente di più i servizi di emergenza. All'origine di questo fenomeno vi sono fattori quali la consapevolezza e le informazioni sui propri diritti e la possibilità di esigerli; la competenza e la preparazione del personale sanitario e amministrativo su tali diritti e sulle procedure per tutelarli; e le risorse interne al sistema e messe a disposizione per garantire il pieno accesso alle cure.

Se tra gli elementi che condizionano l'accesso vi sono fattori di natura organizzativa, cognitiva e burocratica, ciò significa che non è sufficiente offrire servizi e renderli esigibili: è anche necessario promuovere e informare in modo proattivo le persone immigrate, così come il personale sanitario e amministrativo, perché le risorse messe a disposizione siano effettivamente accessibili e raggiungano in particolar modo chi ne ha più bisogno.

Conclusioni

Nel 2017, l'Unione Europea ha celebrato i 60 anni dal Trattato di Roma, che ne ha stabilito la fondazione. Non dovremmo dimenticare, tuttavia, che l'UE è in primo luogo un mercato comune e che priorità economiche – non sociali – ne hanno guidato il cammino dalla creazione alla sua forma odierna. D'altro canto, in sessant'anni i Paesi membri non sono stati in grado – o non hanno voluto – usare l'UE come strumento per informare, disegnare, applicare e sostenere politiche sociali e di salute in grado di proteggere i settori più vulnerabili della società, e promuoverne i diritti.

Nel 1907, il patologo e padre della medicina sociale Rudolf Virchow ha scritto “Come è triste che migliaia debbano morire nella miseria, per consentire a poche centinaia di vivere bene”. Oltre un secolo dopo la situazione sembra assai simile, con disuguaglianze socioeconomiche che continuano ad aumentare e ripercussioni visibili anche sugli indicatori di salute. Se quelle che dovrebbero essere le nostre istituzioni non stanno agendo nel migliore interesse della maggior parte delle persone, e nella direzione dell'equità, dovremmo rafforzare i movimenti dal basso e le reti di organizzazioni della società civile per richiedere con maggiore forza un cambiamento radicale di direzione, affrontando con il potere di molti gli interessi di una minoranza al comando.

BIBLIOGRAFIA

1. UNDESA, International Migrant Stock 2015; 2017. <http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates15.shtml>
2. UNHCR, Figures at a Glance; 2017. <http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>
3. <https://missingmigrants.iom.int/mediterranean>
4. OECD/European Commission, Indicators of Immigrant Integration 2015: Settling In; 2015.
5. Médecins du Monde, Access to health care for the Most Vulnerable in a Europe of Social Crisis; 2014.
6. Médecins du Monde, Access to health care for People Facing Multiple Health Vulnerabilities. Obstacles in Access to Care for Children and Pregnant Women in Europe; 2015.
7. Médecins du Monde, Access to health care for people facing multiple vulnerabilities in health in 31 cities in 12 countries; 2016.
8. Sarriá-Santamera A, Hijas-Gómez A I, Carmona R, Gimeno-Feliú L A. A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Rev* 2016; 37:28.
9. European Commission, Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU, COM (2009) 567 final; Brussels; 2009.
10. European Commission, Annual Growth Survey 2017, COM (2016) 725 final; Brussels; 2016.
11. UN Economic, Social and Cultural Rights Committee, General observation No. 14. The right to the highest attainable standard of health, UN. Doc.E/C. 12/2000/4, August 2000, para 34.
12. Médecins du Monde, Access to health care in Europe in times of Crisis and Rising Xenophobia; 2012.
13. http://ec.europa.eu/economy_finance/economic_governance/sgp/index_en.htm
14. Eurofound, Access to health care in times of crisis, Publications Office of the European Union; Luxembourg; 2014.

15. Justfair, Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights in the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. Parallel Report. Submission to the Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2015.
16. IOM, Recommendations on access to health services for migrants in an irregular situation; 2016.
17. REDER, Anatomy of the Healthcare Reform. The Universality of Exclusion; 2015.
18. Naranjo J, Alpha Pam, una muerte por decreto. El País, 9 aprile 2016 http://elpais.com/elpais/2016/04/19/planeta_futuro/1461072847_886553.html
19. https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.conts/mem.detalle_cn/reلمenu.111/id.4256
20. REDER, Un aniversario sin nada que celebrar. Cuatro años de exclusión sanitaria; 2016.
21. REDER, Five myths for five years of health exclusion; 2017.
22. Medibuero Berlin – Netzwerk für das Recht auf Gesundheitsversorgung aller Migrant*innen: 20 Jahre Medibuero – Netzwerk. Berlin; 2016.
23. Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e. V.: Gesundheit fuer Geflüchtete. Göttingen; 2016. <http://gesundheit-gefluechtete.info/>
24. Flüchtlingsrat Berlin e. V.: Dokumentation Menschenrechtsverletzungen durch Mangelmedizin nach AsylbLG. Berlin, 2016. http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classen_AsyblLG_Gesundheit_08Juni2016.pdf
25. Kuehne A, Huschke S, Bullinger M. Subjective health of undocumented migrants in Germany – a mixed methods approach. BMC Public Health 2015;15:926-938.
26. Marceca M. Migration and Health from a Public Health Perspective. In: Muenstermann I.(Ed.), People's Movements in the 21st Century - Risks, Challenges and Benefits, InTech, 2017. <https://www.intechopen.com/books/people-s-movements-in-the-21st-century-risks-challenges-and-benefits/migration-and-health-from-a-public-health-perspective>
27. Barsanti S, Nuti S. Migrant health in Italy: the right and access to health care as an opportunity for integration and inclusion. Working paper n. 04/2013;Pisa: Istituto di Management Scuola Superiore Sant'Anna; 2013. <http://www.idm.sssup.it/wp/201304.pdf>
28. Tognetti M. Health Inequalities: Access to Services by Immigrants in Italy, Open J Soc Sci 2015; 3:8-15. http://file.scirp.org/pdf/JSS_2015032714224331.pdf

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Migrazione e Salute Mentale *Migration and Mental Health*

Marco Mazzetti

Area Sanitaria Caritas Roma

Parole chiave: migrazione, salute mentale, psicotraumatologia, resilienza

RIASSUNTO

Obiettivi: l'articolo descrive alcune caratteristiche della salute mentale tra gli immigrati in Italia.

Metodi: analisi della storia di un profugo, e di alcuni dati disponibili sui ricoveri tra pazienti stranieri negli ospedali psichiatrici italiani.

Risultati: vengono messi in evidenza tre fattori di resilienza in grado di proteggere la salute mentale degli immigrati: le caratteristiche psichiche individuali, il progetto migratorio e il sostegno sociale, e vengono correlati con dati epidemiologici sui ricoveri in psichiatria.

Conclusioni: tra i recenti arrivi in Italia sembrano esserci contingenti di persone che non godono di sufficienti fattori di resilienza, e appaiono quindi a rischio per quanto riguarda la salute mentale. Conoscere queste vulnerabilità appare necessario per predisporre appropriati interventi di tutela.

Key words: migration, mental health, psychotraumatology, resilience

SUMMARY

Objectives: the article describes some aspects of the actual situation of migrants' mental health in Italy.

Methods: analysis of a refugee's history, and data on psychiatric in-patients in the Italian National Health System.

Results: three resilience factors protecting migrants' mental health are described: individual characteristics, migratory project and effective social support. These factors are related with epidemiological data from psychiatric hospitals.

Conclusions: among last arrivals in Italy, a significant figure of asylum seekers appears not having sufficient resilience factors, and being at risk for mental health. The knowledge about these vulnerability factors is necessary in order to plan strategies for the mental health promotion.

Autore per corrispondenza: marcomazzetti.at@libero.it

Una storia

L'avventura di Razak è cominciata quando aveva quindici anni. Prima, la sua vita è stata quella di un tipico ragazzino africano: la famiglia, la scuola, lo sport, i divertimenti con gli amici. Poi, all'improvviso, è cambiata drammaticamente.

Razak è nato a Lomé, in Togo, in una famiglia serena e unita. Papà gli raccontava spesso la storia delle sue origini, a partire dal suo bisnonno Oukpé, da cui era nato suo nonno Mumin, coraggioso e intraprendente fin da ragazzo, che combatté nella seconda guerra mondiale, arruolato nell'esercito francese. Dall'esperienza militare in Europa trasse la chiara consapevolezza politica che il dominio coloniale era ingiusto, e sostenne con coraggio il movimento indipendentista nel paese, fino alla decolonizzazione.

In seguito lasciò la politica e si dedicò al lavoro e alla famiglia, impegnandosi perché tutti i suoi sette figli studiassero. Tra questi c'era Minà, il padre di Razak, che venne mandato a studiare in Ghana, perché Mumin voleva che imparasse l'inglese, che riteneva la lingua del futuro, oltre al francese (la lingua coloniale del Togo). Il padre di Razak tornò dal Ghana con una moglie e si stabilì a Lomé, dove lavorava al porto della città: qui ebbero due figli, di cui Razak era il secondo, di nove anni più piccolo del fratello maggiore.

Purtroppo la mamma di Razak morì quando il piccolo aveva solo due anni, ma egli non sembra averne sofferto: racconta la sua infanzia felice, in una famiglia serena. Papà lo amava e lo sosteneva, insisteva perché si impegnasse a scuola, incoraggiava la sua passione per il calcio e quando poteva lo accompagnava in macchina agli allenamenti e alle partite; quando fu più grande gli regalò il motorino. Anche il rapporto con il fratello era felice, e tutti e tre erano molto uniti.

Razak conosce bene il suo paese, la sua storia e la geografia, le usanze e le tradizioni delle diverse etnie che lo abitano, e la politica del paese. Quest'ultima la conosce in modo particolare, perché papà, continuando la tradizione familiare, era un cittadino impegnato, apparteneva al partito politico di opposizione e combatteva democraticamente la dittatura. Per questo, quando Razak era piccolo, venne picchiato e ferito seriamente.

Una sera, dieci anni dopo quel fatto e quando Razak ne aveva quindici, papà non andò a prenderlo all'allenamento, come avevano concordato. Il ragazzo lo attese inutilmente per un pò, poi tornò a casa in taxi. Appena entrato in cortile, vide le sue cose danneggiate, la porta sfondata e sangue per terra, poi alcuni uomini che uscivano dalla sua casa con il corpo del padre ucciso avvolto in un lenzuolo. Lanciò un grido, quelli lo inseguirono, ma scavalcò il muro della loro proprietà e riuscì a scappare.

Il giorno dopo venne identificato in città da sgherri del regime, inseguito nuovamente, sfuggì di nuovo e comprese che la sua fuga doveva continuare. Con l'aiuto di un amico del padre espatriò in Niger, dove visse alcuni mesi con un pastore. Poi per caso incontrò tre giovani togolesi che tentavano il viaggio verso la Libia, fecero amicizia e si unì a loro. Per ottenere il passaggio, promise all'autista di pagare all'arrivo, dove – disse – lo attendevano degli amici con i soldi. Il viaggio attraverso il Sahara fu drammatico, e un compagno morì cadendo dal camion su cui

viaggiavano. Razak ne fu molto toccato, fece compagnia al morente nei suoi ultimi istanti e poi con altri ne seppellì il corpo. Si arrabbiò molto con alcuni compagni di viaggio nigeriani che, per non perdere tempo, volevano abbandonare lo sfortunato viaggiatore ancora morente: gli apparve un atteggiamento insopportabilmente egoista e privo di pietà umana.

Arrivato in Libia fu tenuto sequestrato dai complici dell'autista, i trafficanti che avevano gestito il viaggio, perché, al contrario di quanto aveva dichiarato, non aveva nessun amico ad attenderlo e quindi neanche soldi per pagare. Il poco denaro che aveva gli era stato sottratto dai poliziotti libici nei posti di blocco incontrati in cammino.

I trafficanti lo torturarono e lo tennero senza cibo con lo scopo che qualcuno pagasse un riscatto per lui. Quando capirono che non c'era speranza di ottenere denaro, lo liberarono.

Fu però immediatamente preso dalla polizia libica, incarcerato e di nuovo ripetutamente picchiato per estorcergli del denaro che non aveva. Quando, dopo un altro lungo periodo, anche i poliziotti capirono che da lui non potevano ottenere nulla, lo fecero trasportare alla spiaggia e imbarcare su un gommone verso l'Italia, fino a essere trovato e salvato dalla nave di un'organizzazione non governativa.

Da quel momento la vita di Razak cambia: benché spaventato, è felice di incontrare persone che lo trattano con rispetto e gentilezza e non tarda molto a imparare che può fidarsi e affidarsi agli educatori della comunità in cui è ospitato. La sua fuga è durata quasi un anno. Le parole con cui commenta, a distanza di un altro anno e ormai diciassettenne, la sua avventura imprevista sono queste: *“Quando penso che un ragazzino senza risorse fisiche, morali e finanziarie è riuscito ad attraversare paesi e mari, in costante lotta per la sopravvivenza, trovo che, malgrado tutto, la condizione umana sia ammirevole”*.

Quella di Razak è una storia vera, l'ha scritta egli stesso insieme a un educatore della comunità dov'è stato accolto, in Italia (1). È la storia emblematica di un ragazzo straordinariamente resiliente e vale la pena di utilizzarla per comprendere quali sono gli elementi che entrano in gioco nel proteggere e promuovere la salute mentale degli immigrati.

Il termine “resilienza” si è diffuso in anni recenti nel lessico psichiatrico, e vi è arrivato da origini distanti: l'ingegneria, e in particolare la scienza dei materiali. Esprime la capacità di resistere a urti e tensioni mantenendo le proprietà originarie, o riacquisendole al termine dell'evento traumatico: è la capacità di un materiale di subire un urto senza rompersi, e deriva dal latino *resilire*, che significa rimbalzare. È stato efficacemente trasposto in ambito psichiatrico per esprimere la capacità di sopportare i traumi conservando una buona salute psichica.

I traumi cui è andato incontro Razak sono drammatici: ha visto suo padre ucciso, la sua famiglia smembrata, la sua vita sconvolta. Ha attraversato il deserto del Sahara con disagi terribili, il rischio di morire a ogni passo, ha visto un compagno di viaggio perdere la vita, è stato incarcerato e torturato e infine ha temuto per la sua vita durante la navigazione nel Mediterraneo.

Uno solo di questi traumi sarebbe più che sufficiente a giustificare una seria patologia psichica

post-traumatica. Ma Razak ce l'ha fatta e sta bene. Perché? Quali sono le caratteristiche che rendono tanto resiliente, cioè capace di subire urti senza “rompersi”, un ragazzo come lui?

La migrazione si configura in sé come un trauma (2-3), e in particolare come una sorta di trauma iniziatico, cioè come una di quelle prove ritualizzate cui in talune culture vengono sottoposti i giovani o le persone che devono acquisire uno *status* diverso, superiore.

Come in un trauma iniziatico, infatti, la migrazione, le difficoltà e la sofferenza eventualmente superate, diventano la prova del successo e il titolo di merito per una nuova dimensione sociale e psicologica. Inoltre offre spesso anche occasioni di nuove comprensioni di sé e delle proprie prospettive esistenziali.

In psicotraumatologia, tuttavia, si sa bene che la presenza di traumi pregressi rende gli individui più vulnerabili a eventi avversi successivi (4-7), e una persona traumatizzata rischia di soccombere facilmente alla prova della migrazione.

Nel caso di Razak il trauma della migrazione si è sommato agli altri che ha dovuto affrontare in quell'anno terribile della sua giovane vita. Egli tuttavia sembra avercela fatta molto bene: la comprensione delle ragioni per cui c'è riuscito può essere utile per individuare cosa protegga la salute psichica dei migranti e soprattutto come ciò avvenga.

La letteratura scientifica ha prodotto parecchio, negli ultimi anni, sia con ricerche sia con osservazioni cliniche, e una revisione in tal senso può essere trovata in uno dei testi citati (3). I dati suggeriscono che tre gruppi di fattori influiscano nel promuovere la resilienza: le caratteristiche individuali del soggetto pre-trauma, il progetto migratorio e il sostegno sociale incontrato in terra di migrazione.

Le caratteristiche individuali del soggetto

Consideriamo Razak: egli sembra un ragazzo con una condizione psichica pre-traumatica invidiabile. È sano, solido, vive in una famiglia felice, ha una vita ricca di stimoli, di relazioni gratificanti e con solidi valori ideali: la scuola è una sua priorità, mostra grandi capacità di empatia e di rispetto per gli altri, ha il senso della giustizia sociale e delle libertà democratiche. Evidenzia una sana capacità di mettersi in relazione con gli altri, espressione di quello che gli psicologi dell'età evolutiva chiamano un “attaccamento sicuro”, e di cui egli offre testimonianza in ogni tappa della sua odissea, sapendo scegliere di chi fidarsi e di chi no e creare legami con gli altri.

Ha una solida identità culturale, che esprime sia sul piano personale, con la capacità di narrare la storia della sua famiglia e il posto che egli ne occupa all'interno (aspetto particolarmente rilevante in molte tradizioni culturali africane), sia sul piano nazionale, con la conoscenza che ha del suo paese, delle sue caratteristiche sociali e delle tensioni politiche che lo agitano: una consapevolezza davvero sorprendente in un quindicenne. Questa solidità si accompagna anche a una notevole flessibilità, come evidenzia in diversi modi: raccontando con rispetto le abitudini e le tradizioni di etnie togolesi diverse dalla sua, la capacità di comprendere lo stile di vita

del pastore del Sahel con cui per un periodo convive, assai diverso dal suo di ragazzo cittadino, e la curiosità, l'interesse e l'adattabilità che mostra verso la società italiana.

Ha notevoli capacità di fare fronte alle difficoltà, come dimostra a ogni passo della sua avventura, evidenziando in modo spiccato quella che viene definita capacità di coping.

È di particolare interesse notare come egli mostri una straordinaria coerenza nei suoi pensieri, comportamenti e sentimenti durante tutta la sua storia. La lettura del libro che ha scritto consente naturalmente di comprenderlo meglio di come si possa desumere dal breve riassunto presentato all'inizio. Ma è impressionante vedere come sappia comprendere e descrivere le persone che incontra, cogliendone i tratti della personalità e i sentimenti. Con poche parole delinea il pastore con cui vive alcuni mesi, dimostrando di essere lucidamente presente e coinvolto nella relazione con lui; e riesce a farlo in condizioni particolarmente critiche, cioè dopo aver visto uccidere il suo amato padre, non avere nessuna notizia del fratello, ed essere passato all'improvviso dalla serena vita di ragazzo borghese di città (scuola, amici, sport, motorino) ad accudire vacche nella savana del Niger.

È impietosito dall'incidente del compagno di viaggio e non solo ne è intensamente toccato, ma riesce, con altri, a fermare per un poco il viaggio della comitiva per poter accompagnare il ferito negli ultimi istanti, e dargli una sepoltura dignitosa.

Anche nel carcere libico, pur nella disperazione, sa distinguere tra gli altri vessati chi si comporta umanamente e chi no, e sceglie con chi stare.

Gli aspetti della personalità pre-migratoria che sembrano meglio proteggere dal trauma (2-3), e quindi costituire fattori di resilienza, possono infatti essere così riassunti:

- solidità della personalità
- stile di attaccamento sicuro
- stili di coping efficaci
- salute psichica pre-migratoria
- solidità dell'identità culturale
- flessibilità dell'identità culturale.

Il progetto migratorio

Il progetto migratorio è considerato un fattore chiave nella promozione della resilienza dei migranti per almeno due ragioni.

Anzitutto, racchiude in sé l'insieme delle motivazioni che hanno portato la persona a impegnarsi nella difficile avventura della migrazione, e livelli elevati di motivazioni consentono agli esseri umani di fare fronte a molte difficoltà: se il progetto in qualche modo funziona, i migranti riescono a sopportare prove notevoli conservando la loro salute.

La seconda ragione, più profonda e probabilmente più rilevante, è legata al fatto che il progetto migratorio sembra capace di dare un significato al percorso di vita dell'individuo, di tenere unite con una storia due immagini di sé: quella prima della partenza e quella successiva all'arrivo,

spesso scisse dalla frattura dell'evento migratorio.

Pensiamo a Razak: egli aveva una percezione di sé, un'identità possiamo dire, che era quella di un sereno ragazzino di città, con un orizzonte fatto di partite di calcio, di scuola, del progetto di un futuro sereno, con alcune idee su quello che avrebbe potuto fare da grande. Poi ha avuto una diversa identità, quella di fuggiasco solitario. Poco dopo, quella di servo di un pastore in Niger. Infine di nuovo di fuggiasco. Poi, quella di profugo richiedente asilo.

Il progetto migratorio di norma offre un significato che consente di rammentare la trama esistenziale dei migranti: si configura come la storia in grado di integrare diverse esperienze di sé, di dare un significato alle identità personali che si succedono a seguito degli eventi del viaggio. Nel caso di Razak questo fattore protettivo non c'è. Egli non ha un progetto migratorio: vuole solo salvarsi la vita, e appena in Niger il suo obiettivo è di riprendere la scuola prima possibile, cioè cerca di rientrare nel suo precedente progetto di vita. Ma non è possibile: così fugge di nuovo e la sua fuga non si arresta che in Italia.

Mentre Razak poteva godere di eccezionali fattori di resilienza per quanto riguardava le sue capacità personali, non ne ha collegati al progetto migratorio. Questo è uno dei principali elementi di debolezza nei migranti forzati: essi *fuggono da*, non *vanno verso* qualcosa. Tuttavia, se l'assenza di un progetto è un fattore di vulnerabilità, essa non è uno stato definitivo. La capacità di rielaborare un progetto (o di elaborarne uno affatto nuovo) è un elemento decisivo per sostenere il benessere dei migranti. Su questo si basa buona parte delle strategie di riabilitazione e di integrazione psicosociale di chi lavora con i migranti forzati.

Se Razak non ha potuto annoverare tra i fattori di resilienza un progetto migratorio in partenza, è stato però capace di elaborarne uno nuovo, nel paese di impianto, che si basa sul desiderio di apprendere una professione (specificatamente quella di meccanico saldatore, come suo padre) e di stabilizzarsi nella sua terra d'asilo, l'Italia.

Il sostegno sociale

Razak ha trovato condizioni di sostegno sociale particolarmente buone in Italia: è stato inserito in una comunità di minori non accompagnati molto attenta, dove è stato accolto con affetto e competenza, indirizzato agli studi (la lingua italiana, la scolarizzazione primaria e poi quella professionale), sostenuto psicologicamente, valorizzato nelle sue competenze (tra cui quella di scrivere e pubblicare il racconto con la sua storia di fuggitivo). Possiamo senz'altro dire che ha incontrato un sostegno eccezionalmente buono, evento fortunatamente non raro per i minori stranieri non accompagnati accolti nel sistema di protezione nel nostro paese. L'esperienza di chi scrive è che gli educatori che se ne prendono cura sono spesso persone appassionate, motivate e competenti.

Soprattutto, egli ha saputo goderne. E ha anche dimostrato una grande capacità di saperselo procurare, il sostegno sociale, già al momento della prima fuga, e poi durante il lungo viaggio verso la Libia.

Questa osservazione ci aiuta a ricordare che, anche se per ragioni didascaliche possiamo suddividere in tre grandi gruppi i fattori di resilienza (caratteristiche individuali, progetto migratorio e sostegno sociale), essi sono però strettamente interconnessi tra loro. Sono le grandi capacità personali di Razak che gli hanno permesso di cercare e trovare un supporto sociale efficace nel corso della sua migrazione e di elaborare un progetto migratorio realistico; ma è stato il buon supporto sociale a consentirgli di dispiegare le sue potenzialità, e ad aiutarlo a elaborare un buon progetto. Il fatto che ora il suo progetto proceda bene, rinforza la sua autostima e arricchisce le sue buone caratteristiche personali di partenza.

Vale anche la pena di segnalare che scrivere la propria storia ha mostrato di avere uno specifico significato terapeutico: è una scoperta avvenuta già da parecchio tempo, tra le vittime delle dittature latino-americane del secolo scorso. Si vide che, tra i sopravvissuti alle torture di quei regimi totalitari, la riabilitazione avveniva in modo più efficace tra coloro che davano un senso alla loro esperienza, quello di una testimonianza politica e sociale e per questo scrivevano memoriali nei quali ripercorrevano le tappe della loro storia di violenze subite.

L'efficacia terapeutica di un tale processo divenne evidente: i brandelli di emozioni, prima liberi di fluire invadendo e destabilizzando ogni spazio psichico della persona, venivano imbrigliati all'interno di un racconto, trovavano una collocazione e un senso logico, venivano in qualche modo metabolizzati.

In questo modo, la testimonianza prende anche una valenza etica, di impegno sociale e politico, e concorre a ristabilire l'autostima del paziente. Come hanno scritto, già nel 1983, Cienfuegos e Monelli (8) che tra i primi si sono occupati dell'applicazione clinica della "testimonianza", i pazienti imparano a *"identificare, comprendere e integrare il significato del loro impegno politico e della loro sofferenza"*; e Agger e Jensen (9), che hanno sistematizzato questo processo come metodo terapeutico tra gli immigrati, sottolineavano l'efficacia di conservare e utilizzare l'impegno politico e sociale dei pazienti al fine della cura.

Vale la pena di notare come la consapevolezza politica attraversi tutto il testo di Razak, e come nelle sue ultime pagine egli insista per dare un avvertimento a chi voglia intraprendere un'avventura simile alla sua: il suo desiderio di aiutare gli altri con la sua esperienza è evidente.

La salute mentale degli immigrati in Italia negli ultimi anni

L'Italia, terra di immigrazione privilegiata per millenni a causa delle condizioni di vita particolarmente favorevoli (clima, fertilità della terra, centralità politica, amministrativa e geografica), è divenuta per circa un secolo e mezzo terra di emigrazione (tra '800 e '900): un periodo breve nella storia dell'umanità, ma lungo se paragonato alla vita media di noi esseri umani, tanto da far dimenticare una realtà storica opposta più che millenaria.

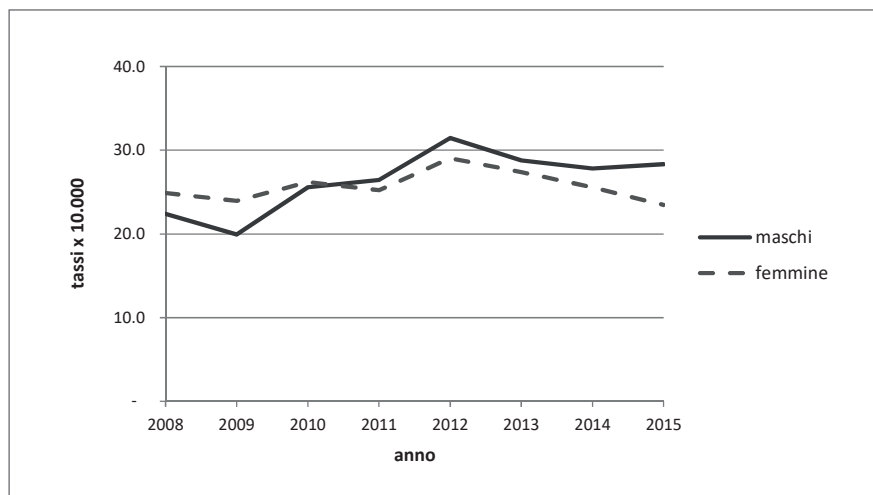
Da oltre un trentennio il nostro paese è tornato alla sua vocazione tradizionale di luogo di attrazione per le popolazioni in movimento: è da allora che sono cominciate – dapprima timidamente, poi via via con maggior continuità e accuratezza – le osservazioni cliniche e la ricerca

scientifica sul fenomeno.

Per quanto riguarda la medicina delle migrazioni in Italia, le osservazioni hanno quindi cominciato a svilupparsi a partire dagli anni '90 del secolo passato: i dati raccolti nel corso di numerose indagini epidemiologiche, hanno consentito di definire quello che è stato chiamato *effetto migrante sano* (10-11). Cioè: gli immigrati partono sani dal loro paese (cosa abbastanza ovvia, se si considera quanto impegnativo sia, in genere, il percorso migratorio, e come richieda buona salute per essere affrontato) e sani di norma arrivano nel paese ospite. Queste osservazioni, che si riferiscono a studi dei primi anni '90, sono stati regolarmente confermati in seguito: non esistono, in misura rilevante, patologie da importazione tra gli immigrati nel nostro paese. Questi dati, riferiti all'epidemiologia complessiva dell'immigrazione in Italia, si sono rivelati validi anche in ambito psichiatrico: i ricoveri in psichiatria tra gli immigrati sono stati particolarmente bassi e inferiori in media a quelli della popolazione autoctona, nonostante quanto ci si sarebbe potuto attendere per la presenza di fattori di rischio legati all'esperienza migratoria (12). Negli ultimi anni, tuttavia, si è potuto osservare a livello nazionale un aumento rilevante dei ricoveri effettuati presso i servizi psichiatrici da pazienti stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (12): pur mantenendosi i tassi ancora inferiori rispetto alla popolazione autoctona, essi sono aumentati in modo significativo (grafico 1).

Negli stessi anni, pur in assenza di dati ufficiali, chi lavora sul territorio italiano nell'accoglienza

Grafico 1- Tasso di ospedalizzazione (per 10.000) degli stranieri da Paesi a forte pressione migratoria maggiori di 18 anni con diagnosi principale di disturbo psichico. Italia, anno 2008-2015



Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati SDO del Ministero della Salute e sui dati Istat relativi alla popolazione straniera residente.

za ai profughi ha potuto osservare un netto cambiamento socio-demografico, cominciato nel biennio 2011-2012 con la cosiddetta “Emergenza Nord Africa” e proseguito fino a oggi: sono decisamente aumentati gli assistiti con basso livello di istruzione, spesso analfabeti e con storie, dal punto di vista della salute psichica, non solo legate alla psico-traumatologia, ma anche a condizioni di emarginazione sociale (e in qualche caso anche di franca psicopatologia) preesistenti alla migrazione. In altre parole, se Razak poteva essere un tipico richiedente asilo di una decina d'anni fa (istruito e con eccellenti risorse personali), nel panorama demografico attuale appare piuttosto come un'eccezione.

Le ragioni di questo cambiamento non sono chiare e mancano dati consolidati in grado di confrontare con ragionevole precisione e sui grandi numeri, i livelli di scolarizzazione dei nuovi arrivati con quelli dei precedenti flussi migratori nel nostro Paese, flussi che mostravano una popolazione con istruzione medio-elevata.

La nostra esperienza sul campo ci mostra però con grande frequenza storie di persone spesso in difficoltà già prima della partenza, a volte con preesistenti segni di sofferenza mentale, che insomma non godono di quelle caratteristiche individuali tanto presenti in Razak, spesso senza alcun progetto migratorio e che sembrano non riuscire a utilizzare al meglio il sostegno sociale a loro disposizione.

Dati preliminari, ancora in fase di analisi, sembrano suggerire che siano proprio i nuovi arrivi i responsabili degli incrementi nei tassi di ricovero per cause psichiche.

Conclusioni

Che indicazioni trarre dalle osservazioni sopra riportate? La storia virtuosa di Razak indica i percorsi ideali per la promozione della salute psichica nella popolazione in arrivo: nonostante la minore età e la terribile storia traumatica, Razak sembra procedere particolarmente bene nel suo percorso integrativo, potendo contare su eccellenti caratteristiche individuali, un efficace sostegno sociale e un progetto migratorio realistico.

Le indicazioni che ci arrivano in questi ultimi anni, tuttavia, dai dati sulle ospedalizzazioni per ragioni psichiatriche e dalle osservazioni condotte sul campo con i profughi ci mandano però segnali di allarme: numerosi soggetti presentano difficoltà individuali, assenza di un progetto migratorio e limitate capacità di fruire del sostegno sociale.

Questa situazione deve spronarci ad approfondire le ricerche e a studiare percorsi di inclusione efficaci, che sappiano tener conto di queste difficoltà aggiuntive che vanno prima di tutto comprese e analizzate: solo in questo modo sarà poi possibile gestirle con successo, progettando percorsi virtuosi di inclusione.

BIBLIOGRAFIA

1. Issaka R, Roschetti R. *Aventure Imprevue. Viaggio senza biglietto dall'Africa all'Europa*. Pordenone: Studio Associato Comunicare; 2017.
2. Mazzetti M. Trauma and Migration. A Transactional Analytic Approach towards refugees and torture victims. *Transactional Analysis Journal*, 2008; 38, 4.
3. Aragona M, Geraci S, Mazzetti M. Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura. Bologna: Edizioni Pendragon; 2014.
4. Breslau N, Kessler RC. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder. An empirical investigation. *Biological Psychiatry* 2001; 50: 699-704.
5. Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1995; 52: 1048-1060.
6. Rasmussen A, Rosenfeld B, Reeves K, Keller AS. The subjective experience of trauma and subsequent PTSD in a sample of undocumented immigrants. *Journal of Mental and Nervous Disease* 2007; 195: 137-143.
7. Turner SW, Bowie C, Dunn G, Shapo L, Yule W. Mental health of kosovan albanian refugees in the UK. *British Journal of Psychiatry* 2003; 182: 444-448.
8. Cienfuegos AJ, Monelli C. The Testimony of Political Repression as a Therapeutic Instrument. *American Journal of Orthopsychiatry* 1983; 53, 43-51.9
9. Agger I, Jensen S. Testimony as Ritual and Evidence in Psychotherapy for Political Refugees. *Journal of Traumatic Stress* 1990; 3:115-130.
10. Geraci S. *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*, Roma: Peri Tecnés; 1995.
11. Geraci S. Il profilo di salute dell'immigrato tra aree critiche e percorsi di tutela. *Annali Italiani di Medicina Interna*. Volume 16, Supplemento 1, 2001: 167S-171S.
12. Mazzetti M, Geraci S, Burgio A, Baglio G. Salute psichica degli immigrati: cosa sta accadendo? In: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2016. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2016.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Alcune riflessioni in tema di Salute Mentale nei Migranti Forzati: l'esperienza del centro SAMIFO

Some reflections on mental health of forced migrants and refugees: the SAMIFO center experience

Giancarlo Santone, Emilio Vercillo

SAMIFO – ASL Roma 1

Parole chiave: migranti forzati; approccio multidisciplinare; tortura

RIASSUNTO

Premessa: i “migranti forzati” vengono definiti tali perché costretti a scappare dai propri paesi per motivi di carattere politico, religioso, etnico o per discriminazioni di genere.

Questi hanno un elevato rischio di essere esposti nel paese ospite a rischi di carattere psicologico, sociale e fisico. Per tale ragione l'assistenza sanitaria fornita ai richiedenti asilo e rifugiati politici deve avere un approccio che sia multidisciplinare e multidimensionale.

Obiettivi: facilitare e promuovere la fruibilità dei servizi sanitari; informare i pazienti dei loro diritti; formare gli operatori socio-sanitari sui temi riguardanti la medicina delle migrazioni; assicurare la mediazione culturale per superare le barriere linguistiche e culturali; promuovere un approccio sistematico per affrontare il trauma.

Metodi/Risultati: nel Lazio, e nello specifico a Roma, grazie a un protocollo stipulato tra l'ex Asl Roma A e il Centro Astalli è stato fondato un centro di assistenza sanitaria dedicata ai richiedenti asilo e rifugiati politici: SAMIFO. L'approccio del centro è di tipo multidisciplinare e combina il lavoro fornito dall'assistenza sanitaria pubblica della ASL con quello del privato sociale fornito dal Centro Astalli.

Conclusioni: dal 2007 al 2016 sono stati visitati più di 10.000 pazienti, suddivisi in: 55000 visite di medicina generale e 35000 visite specialistiche (psichiatria, psicologia, ginecologia, medicina legale, infettivologia, ortopedia).

Key words: Forced Migrants, multidisciplinary approach, torture

Autore per corrispondenza: giancarlo.santone@aslroma1.it

SUMMARY

Introduction: Forced Migrants, escaped from their countries because of political, ethnic, religious or gender problems, are not comparable to Economic Migrants in terms of health. In fact Forced Migrants are highly exposed to psychic, social and physical hazard in their destination countries. The healthcare dedicated to asylum seekers and refugees must be conceived through a systemic approach multidisciplinary and multidimensional at the same time.

Aims: to promote and facilitate the fruition to public health care; to inform patients about their rights and about the related information sources; to educate healthcare professionals about migration medicine topics; to ensure cultural-linguistic mediation to overcome the barrier of language and intercultural communication; to promote systemic approach to multidimensional trauma. Scientific Committee: goals and actions planning; promotion of information research and education activities; raise the awareness of social and institutional actors; promotion of the circulation of knowledge and results; definition of a list of evaluation indicators

Methods/Results: the local health net GRIS Lazio permitted to Public Health Care and Private Social Assistance to present and share their ideas of good practice in order to create common resources, developing common ways of reflection on critical areas in the matter of migrants health. The agreement protocol between ex ASL Roma A and Centro Astalli association officially founded SAMIFO health center: a multidisciplinary integrated system between Public Health Care (ASL Roma 1) and Private Social Assistance (Italian Jesuit Refugees Service). *Aims:* to promote and facilitate the fruition to public health care; to inform patients about their rights and about the related information sources; to educate healthcare professionals about migration medicine topics; to ensure cultural-linguistic mediation to overcome the barrier of language and intercultural communication; to promote systemic approach to multidimensional trauma.

Conclusions: in our centre, from 2007 to 2016, there have been more than 10.000 patients and main health visits have been over: 55000 general medicine and 35000 specialist visits (psychiatric, gynecologic, forensic medicine, psychological, vaccination, infectivology, orthopedics).

Introduzione

I richiedenti e titolari di protezione internazionale sono persone costrette ad abbandonare il proprio paese perché vittime o testimoni di violenze, umiliazioni, minacce, persecuzioni, o a causa di guerre, disastri ambientali, carestie, epidemie. L'esperienza traumatica mette a rischio l'integrità e la continuità psichica delle vittime, anche se non tutti sviluppano una sintomatologia franca.

Vi sono inoltre altri fattori, per esempio la diffusione di malattie presenti nel paese di provenienza, quali quelle parassitarie, infettive o nutrizionali e l'esposizione a fattori di rischio durante il percorso migratorio e post migratorio, che possono incidere sulle condizioni di salute dei rifugiati caratterizzando il cosiddetto "*effetto migrante esausto*" (1). Lo stress cronico derivante dalla lotta continua per la sopravvivenza può provocare anche una serie di reazioni psico-neuro-immuno-endocrinologiche determinando un aumento della suscettibilità alle infezioni, di patologie cardiache e tumorali (2).

Per le aziende sanitarie locali e ospedaliere, l'elevato numero di migranti forzati portatori di malattie psicosomatiche e di gravi sofferenze pone l'esigenza di riflettere su come intervenire efficacemente sulla vulnerabilità psico-sanitaria dei richiedenti/titolari di protezione internazionale e di mettere in atto azioni e percorsi di tutela della salute, sia di prevenzione che di assistenza

cura e riabilitazione.

In particolare la ASL Roma 1 ha contribuito al processo di rafforzamento delle competenze istituzionali e delle collaborazioni fra gli enti di tutela per offrire nuovi strumenti di azione. Infatti da oltre 10 anni sostiene e valorizza il Centro di Salute per Migranti Forzati – SAMIFO - nato nel 2006 come progetto pilota. Nel luglio del 2015 ha ottenuto l'importante riconoscimento della Regione Lazio come *“Struttura Sanitaria a valenza regionale per l'assistenza ai migranti forzati nonché punto di riferimento per gli enti che operano per la loro tutela in quanto si avvale di un modello organizzativo che, attraverso percorsi assistenziali integrati, riesce a soddisfare bisogni di salute complessi che richiedono contestualmente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale”*, e recentemente, e nel nuovo modello organizzativo, il centro SAMIFO viene istituzionalizzato come struttura territoriale autonoma della ASL Roma I a valenza interdistrettuale.

Il centro SAMIFO non è solo un centro che fornisce assistenza sanitaria competente a una popolazione particolarmente fragile, ma anche un luogo generatore di una nuova conoscenza, sia perché adegua pratiche medico-sanitarie alle esigenze di persone provenienti da differenti culture, sia perché stimola risposte a problematiche nuove, coinvolgendo campi e saperi altri, come la sociologia e l'antropologia. A seguito di questa riflessione nascono nel 2016 i *“Quaderni del SAMIFO”*, per riflettere su temi di particolare attualità nel nostro Paese, con l'arricchimento che viene dall'esperienza interna del Centro e con il contributo di autorevoli professionisti di organismi nazionali e internazionali che da tempo lavorano sul campo.

Il Centro di Salute per Migranti Forzati – SAMIFO

Il centro SAMIFO (Salute Migranti Forzati) nasce nel 2006 dalla collaborazione tra la ex ASL Roma A e l'Associazione Centro Astalli, sede italiana del Jesuit Refugee Service - JRS - per dare risposte concrete alla difficoltà di esigibilità dei diritti dei richiedenti e titolari di protezione internazionale. È un servizio dedicato esclusivamente alla tutela e alla promozione della salute dei migranti forzati. Ha come obiettivo principale la presa in carico e la cura temporanea dei richiedenti e titolari di protezione internazionale, per un periodo non superiore a 24 mesi. Infatti nelle fasi iniziali dell'arrivo le ridotte capacità di comunicazione linguistica possono compromettere gravemente le relazioni con il nuovo contesto e inficiare l'interazione clinica, terapeutica e di autonomia. Trascorso tale tempo gli utenti dovrebbero aver appreso la conoscenza basilica della lingua italiana, quindi essere in grado di capire, di farsi capire, di *“muoversi”* autonomamente nel territorio e di fruire liberamente dei servizi sociosanitari, a parità con gli altri cittadini. Particolare attenzione è rivolta all'assistenza e cura delle vittime di trattamenti disumani e degradanti, quali la tortura e altre forme di violenza intenzionale.

Il metodo di lavoro scelto è quello del *governo della rete come insieme di relazioni tra diversi soggetti, che convergono su obiettivi, strategie e metodologie di lavoro, creando culture condivise per raggiungere determinati risultati*.

La strategia assistenziale è fondata sulla realizzazione di percorsi interdisciplinari,

multidimensionali e interculturali di assistenza e cura, sull'integrazione tra l'assistenza medica di base e l'assistenza specialistica e dalla integrazione tra le prestazioni sanitarie e le azioni di protezione sociale. Un modello organizzativo che ha anticipato di circa 10 anni quanto ricordato da Vostanis (3) nell'editoriale pubblicato su BMJ che sostiene che non è sufficiente un servizio con specialisti preparati che incentrano il proprio lavoro sul trauma e sul sintomo bensì serve l'integrazione con interventi psicosociali che permettano la comprensione dell'esperienza del migrante, il miglioramento della sua capacità di resilienza, l'assistenza al resettlement (reinsediamento). Perciò, dice Vostanis, serve un lavoro strettamente integrato del personale sanitario con enti ed associazioni che tengano in considerazione i bisogni essenziali, le condizioni di vita e gli *stressors* quotidiani della persona.

Il Centro SAMIFO è aperto dal lunedì al venerdì ed è articolato nelle seguenti linee d'attività:

- Sportello di accoglienza e orientamento socio-sanitario - *front office*
- Spazio di ascolto per richieste più "delicate" che richiedono maggior privacy - *back office*
- Servizio strutturato (non a chiamata) di *mediazione linguistico - culturale* per le lingue farsi, dhari, tigrino, amharico, wolof, bambara, djoula, mandingo, arabo, urdu, pashtun, inglese, francese, spagnolo. Il servizio è finanziato dal Centro Astalli e, attraverso bando pubblico, da Roma Capitale.
- Ambulatorio di *medicina generale* (2 medici di assistenza primaria, convenzionati con la ASL Roma 1)
- Ambulatorio di *psichiatria* (3 psichiatri, 2 dipendenti ASL a tempo pieno e 1 volontario del Centro Astalli)
- Ambulatorio di *psicologia* (2 psicologhe, 1 dipendente della ASL Roma 1 e 1 del Centro Astalli)
- Ambulatorio di *medicina legale* (1 medico legale, volontario del Centro Astalli)
- Ambulatorio di *ginecologia e ostetricia* (personale femminile dipendente della ASL Roma 1, ginecologa, ostetrica, infermiera)
- Ambulatorio di *ortopedia* (specialista volontario del Centro Astalli).

La popolazione assistita - circa 80 % uomini e il 20 % donne - è stata e continua ad essere prevalentemente africana.

Sono circa 300 le vittime di trattamenti disumani e degradanti compresa la tortura seguite dal SAMIFO ogni anno. L'accesso al front office del Centro SAMIFO è libero.

L'assistenza primaria in medicina generale svolge un ruolo di prima osservazione medica. L'accesso è riservato agli utenti regolarmente presenti nel territorio cittadino; si effettuano mediamente 30 visite al giorno. Alle linee di attività specialistiche si accede su prenotazione. La medicina legale effettua solo certificazioni di esiti di violenze intenzionali; mentre le certificazioni INPS, di invalidità civile, di compatibilità con la vita comunitaria, di sana e robusta costituzione, di malattia etc. vengono comunque fornite a titolo gratuito dai medici di medicina generale.

Al SAMIFO si rivolgono per visite specialistiche di settori particolarmente delicati (ginecologia, salute mentale, infettivologia) anche persone iscritte presso altri studi di assistenza primaria e ospiti dei Centri di Accoglienza afferenti al Servizio di Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati - SPRAR - e dei Centri di Accoglienza Straordinari – CAS – gestiti rispettivamente dagli Enti Locali e dalle Prefetture. Va inoltre sottolineato che alcuni pazienti vulnerabili vivono da anni in strutture occupate (per esempio Anagnina, Piazza Indipendenza) dove sono ammassate migliaia di persone, in condizioni igieniche e sociali precarie.

Le attività specialistiche finalizzate al ripristino della salute mentale, in particolare quelle di psichiatria, pur svolgendosi nella sede del SAMIFO sono strettamente collegate con i servizi territoriali e ospedalieri del Dipartimento di Salute Mentale. Dopo l'iniziale fase di cura presso il SAMIFO i pazienti gravi che necessitano di trattamenti di lunga durata e di percorsi integrati sociosanitari (invalidità civile, assegno di accompagnamento, tirocini/lavoro protetto, inserimento presso strutture residenziali e riabilitative, etc) vengono accompagnati presso i Centri di Salute Mentale. Al fine di mantenere una progettualità congiunta con il DSM della ASL Roma 1 viene garantita la partecipazione di professionisti del SAMIFO alle riunioni cliniche settimanali presso i CSM.

Abbiamo osservato che, nonostante la diversità degli eventi traumatici vissuti, le conseguenze a livello psichico sono marcatamente simili, indipendenti dalla cultura, classe sociale, genere, appartenenza etnica o religiosa. Le violenze subite dai migranti forzati nel paese d'origine o durante il percorso migratorio producono una complessa reazione psicopatologica, paura, insicurezza e diffidenza.

La sintomatologia psichica presente nelle persone vittime di tortura è inserita secondo la nosologia classica nella reazione acuta da stress, nel disturbo da stress post traumatico (PTSD), nei disturbi dissociativi (v. infra), nella modificazione duratura della personalità dopo esperienza catastrofica e in altre categorie diagnostiche.

Inoltre, le situazioni di *incontro-confronto-scontro* tra diversi riferimenti culturali sottopongono il migrante forzato ad un ripetuto e continuo sforzo per ridefinire gli *schemi cognitivi, valutativi e comportamentali* precedentemente acquisiti.

Infine, la precarietà alloggiativa e lavorativa favoriscono ulteriori percorsi di male/malessere/malattia su quelli di bene/benessere/salute.

Sulla base dell'esperienza maturata in questi anni abbiamo osservato che qualsiasi comportamento o azione mirati a calmare il dolore e lo stress, a ricostruire la fiducia nell'essere umano e a ridare dignità e speranza ai sopravvissuti alla tortura possono essere considerati "atti terapeutici". Inoltre che gli interventi in ambito sociale, economico, legale e relazionale sono altrettanto indispensabili che quelli specifici sulla salute mentale e fisica.

Particolare attenzione viene posta ai tempi e ritmi dei colloqui. È essenziale garantire piena libertà di espressione nei modi, forme e contenuti.

Durante i colloqui si possono verificare reazioni emotive intense e dolorose (pianto,

disperazione, disturbi dissociativi), che possono contagiare le persone del setting terapeutico. Al fine di evitare che il terapeuta-testimone diventi “vittima del paziente” abbiamo messo in atto opportuni meccanismi di prevenzione delle malattie correlate con lo stress lavorativo, in particolare per prevenire la traumatizzazione vicaria.

La presenza del mediatore linguistico culturale è il fondamentale anello di congiunzione tra il terapeuta e il paziente, un operatore qualificato che, oltre a padroneggiare la lingua della vittima, conosce la realtà dei paesi di provenienza, transito e accoglienza.

La nostra terapia con le vittime di tortura non segue schemi rigidi. Le sue fasi, definibili ma non definite, sono modulate in base ai bisogni individuali della vittima e ponendo attenzione alle difficoltà che i terapeuti vivono nell’incontro con situazioni così estreme.

Migrazione e patologie psichiatriche

Le più importanti pubblicazioni (4-5) sulla salute mentale dei richiedenti e titolari di protezione internazionale riguardano il disturbo da stress posttraumatico (PTSD), la depressione e i disturbi d’ansia. Poche purtroppo sono quelle riguardanti i disturbi dissociativi, patologia estremamente complessa e frequente nei migranti forzati, che meriterebbe maggior attenzione scientifica. Alcuni autori hanno osservato che la presenza di disturbi mentali comuni è doppia nei migranti forzati rispetto ai migranti economici (6). Una *review* pubblicata da Lancet (7) indica che i migranti forzati sopravvissuti a torture e violenze hanno una prevalenza di PTSD 10 volte maggiore rispetto alla popolazione generale dei paesi di accoglienza, mentre una metanalisi del 2009 dimostra come la prevalenza di PTSD in rifugiati e popolazioni esposte a conflitti varia tra il 13 e il 23% (8).

Il PTSD è dunque la patologia psichiatrica più frequente (e di maggior interesse scientifico) nei richiedenti protezione internazionale ed è sempre crescente la convinzione che il PTSD possa essere legato, non solo a situazioni che mettono a rischio la vita dell’individuo, ma anche a condizioni permanenti di instabilità e insicurezza (8-10), che tendono altresì a peggiorare la prognosi psichiatrica (11-13). Inoltre sembra che alcuni fattori socio-ambientali presenti nel paese di accoglienza, per esempio la discriminazione, lo sfruttamento, il razzismo potrebbero slatentizzare idee paranoiche, portando a manifestare franchi sintomi psicotici. I migranti per lo più vivono in un livello sociale svantaggiato rispetto a quella dei cittadini dei paesi di accoglienza, in una condizione di “stress permanente” che spiegherebbe gli elevati tassi di malattia mentale e non solo. È utile ricordare, anche se non totalmente condivisa in base alla nostra esperienza, che alcuni autori (14) propongono una teoria secondo la quale l’esposizione prolungata a *stressors* ripetuti potrebbe causare una rottura psicotica, mentre l’esposizione ad un singolo evento traumatico porterebbe allo sviluppo di un disturbo dell’umore. A tal proposito è interessante rileggere la perizia psichiatrica, condivisa dal giudice, relativa a Adam Kabobo, il ghanese che a Milano uccise a picconate nel 2013 tre passanti: “dà conto della presenza della malattia mentale”, una forma di schizofrenia paranoide, “e di quanto la stessa abbia inciso nella

sua comprensione degli eventi e nella determinazione della sua volontà offensiva”, concludendo tuttavia nel senso che “il Kabobo non ha commesso gli omicidi in una condizione di totale assenza di coscienza, di automatismo travolto dalla malattia”. Per tale ragione viene condannato a 20 anni di prigione, confermati dai giudici della corte d’assise d’appello di Milano, con il vizio parziale di mente e 3 anni di casa di cura e custodia a pena espiata. Ma la perizia sottolinea anche che la “condizione di stress derivante dalla lotta per la sopravvivenza” ha aggravato “la sintomatologia delirante e allucinatoria e la comprensione cognitiva”.

La lunga esperienza clinica con i richiedenti e titolari di protezione internazionale ci conferma quanto descritto dalla letteratura internazionale: la sintomatologia intrusiva simil-psicotica (visiva, uditiva, olfattiva, gustativa) di ripetizione dell’evento traumatico può essere erroneamente interpretata come sintomi positivi delle psicosi (allucinazioni uditive, visive, olfattive o deliri). È stata riscontrata in diversi studi la difficoltà per i clinici di distinguere la schizofrenia da un disturbo affettivo, con un conseguente aumento della prima diagnosi in pazienti afroamericani (15-16). Sicuramente è più difficile distinguere sintomi di un disturbo dissociativo da sintomi psicotici, sia a causa della scarsa formazione specifica che per aspetti organizzativi. In più è stato dimostrato che il rischio di *misdiagnosis* è tanto più elevato quanto minore è il tempo trascorso dal paziente nel nuovo paese (17). Quando la comunicazione tra medico e paziente non è adeguata, la probabilità di incorrere in un errore di diagnosi e trattamento risulta maggiore (18). La diagnosi errata può essere il risultato di:

- sottovalutazione o sopravvalutazione della gravità psicopatologica;
- fallimento nel riconoscimento della psicopatologia;
- diagnosi di una psicopatologia non presente.

L’errore diagnostico può indurre i professionisti a formulare interventi terapeutici e riabilitativi inadeguati o inappropriati che possono causare il prolungamento o l’induzione della condizione di sofferenza, la perdita di qualità della vita o persino l’inizio della disabilità (18).

In generale il vantaggio di una diagnosi efficace, sostenuta da un attento studio della psicopatologia delle persone con storia traumatica, potrebbe condurre anche ad un considerevole risparmio sui costi della sanità, spesso ingenti a causa di diagnosi errate e quindi successive terapie poco o per nulla funzionali alla gestione della patologia psichiatrica.

Osservazioni cliniche sulla patologia post-traumatica dei richiedenti protezione internazionale

Le patologie post-traumatiche costituiscono la principale patologia psichiatrica tra le persone prese in carico al SAMIFO, per numerosità e per impegno del servizio, il che ha comportato uno sviluppo della competenza specialistica del Servizio sulla clinica e sulla terapia del Trauma. Basandoci sulla nostra esperienza diretta e sulla letteratura, possiamo brevemente delineare alcune riflessioni in merito.

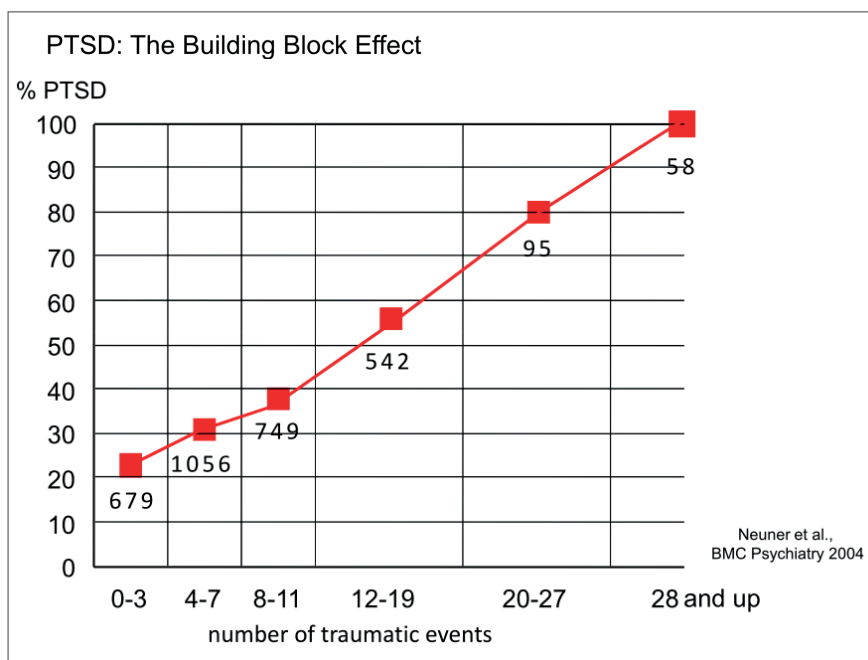
La prima riguarda il fatto (già largamente descritto nella letteratura) che l’occorrenza di eventi

traumatici nella vita delle persone non equivale a patologia post-traumatica, né per frequenza di insorgenza, né per gravità: evento traumatico e trauma clinico sono cose molto diverse. Infatti solo una percentuale che viene stimata tra il 10 e il 40 % delle persone che hanno subito traumi sviluppano una patologia post-traumatica; inoltre si è lungamente constatato come anche la severità dell'evento o la sua crudeltà non coincidano con il potenziale patogeno: un'esperienza di tortura o un incidente stradale possono dare origine alla stessa forma clinica di PTSD.

Mentre è vero che il ripetersi di eventi traumatici, o la loro durata nel tempo, aumentano fortemente il rischio (figura 1).

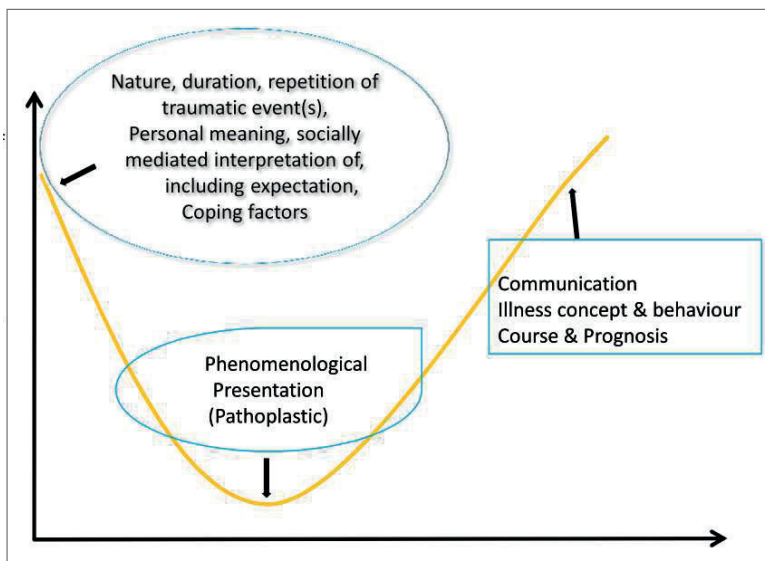
La seconda riguarda l'influenza di fattori genericamente descritti come socio-culturali nella

Figura 1- Effetto cumulativo del trauma



patologia post-traumatica, largamente riconosciuta, e non solo per la natura degli eventi che la causano (ovviamente a forte determinazione socio-culturale). Infatti fattori di forte influenza sulla genesi e sul decorso di tali patologie sono stati descritti in letteratura. Nella figura 2 tentiamo di riassumerne graficamente l'influenza, prima e dopo il manifestarsi della patologia. Precedentemente alla loro formazione giocano per esempio un ruolo (al di là di varianti individuali, genetiche e di processo di attaccamento) gli eventi traumatici per la loro natura, durata e ripetizione, coinvolgimento familiare e grupppale, il grado di attesa e la preparazione al trauma, piene di interpretazioni culturalmente mediate, e i fattori di coping culturali e comunitari. E

Figura 2- Post-traumatic pathology and cultural factors



simmetricamente a malattia insorta variano culturalmente gli stili di comunicazione, (i contenuti ritenuti degni di comunicazione al medico, secondo lo stile comunicativo culturale), la teoria culturale di malattia (illness concept), nonché l'influenza culturale determinante su decorso e prognosi.

Rimangono però fuori da una influenza culturale - secondo quanto si osserva e viene descritto nel settore della psicotraumatologia - le manifestazioni cliniche, la struttura sintomatologica dei disturbi post-traumatici e dissociativi, determinati come sono più dal *bios* dei sistemi di allarme e difesa iperstimolati in cronico che da meccanismi di diversificazione su base culturale, diversamente da altri capitoli della psicopatologia.

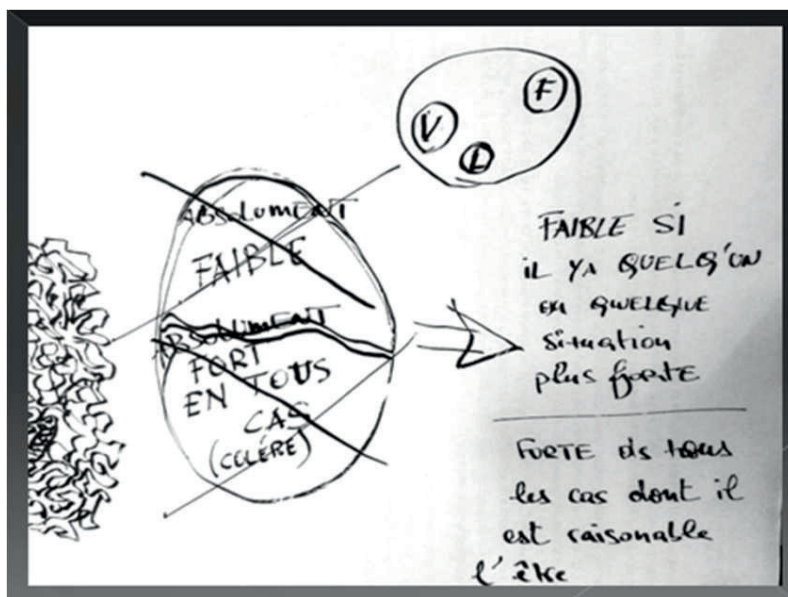
Un'ulteriore specificazione riguarda la tipologia della popolazione con patologia collegata a eventi traumatici che afferisce al SaMiFo. Essendo il nostro servizio dedicato prevalentemente ai richiedenti protezione, di fatto abbiamo in cura persone nei primi mesi/anni di arrivo in Italia, con patologia post-traumatica non cronica nella maggioranza. Manca un riscontro a lungo termine della loro evoluzione, così come mancano quei casi in cui la patologia si sviluppa a distanza di tempo - come è ben possibile - dagli eventi causativi.

Quanto sopra non è peraltro vero in assoluto, come vedremo. Infatti nel campo della psicotraumatologia sono due le categorie diagnostiche che raggruppano i quadri clinici: quella dei PTSD, i Disturbi da Stress Post-traumatico, e quello dei Disturbi Dissociativi. Entrambi riconoscono come fattore etiologico un evento traumatico (per evento traumatico intendiamo non solo un fatto puntiforme ed unico, ma soprattutto una serie di eventi, o una condizione

traumatizzante cronica), ma il quadro sincronico di dispiegamento sintomatologico, così come la temporalità degli eventi, il decorso storico nonché ovviamente le tecniche terapeutiche sono distinte.

Fenomeni dissociativi (ove per “dissociativo” si intende “con alterazione parziale o totale dello stato di coscienza”) possono essere presenti su tutta la scala delle patologie, ma solo nel caso dei Disturbi Dissociativi si strutturano all’interno della persona entità distinte più o meno autonome, come Parti separate della stessa persona. È questo il caso frequente delle ‘voci’ dissociative, allucinazioni o più spesso pseudo-allucinazioni con caratteristiche fenomenologiche ben differenti dalle voci degli schizofrenici; vale la pena sottolineare che in termini di riscontro clinico i disturbi della senso percezione a tipo allucinatorio sono più frequenti nei quadri di Disturbi dissociativi di quanto si trovino nei disturbi psicotici (intendendo in senso proprio le malattie schizofrenica, bipolare e paranoica) (19). Le voci dissociative sono riconoscibili, in genere, da parte del soggetto, hanno caratteristiche di età, stile di pensiero, finalità, linguaggio, mezzi e finalità distinte all’interno della stessa persona. Nei nostri pazienti sono le voci degli autori delle violenze subite che in prevalenza parlano al paziente. Ma anche qui le cose non sono semplici. Nel caso della fig. 3 si osserva il sistema interno della paziente che chiameremo Marie, nel circolo superiore: F (faible) è la parte debole, una bambina o prima adolescente che Marie sente piangere; V ed L sono le parti ostili. Ma V ed L nascono in momenti differenti ed hanno funzione differente. Le più disturbanti e frequenti sono le voci di V (violence) [in Marie si tratta

Figura 3- Internal System in Dissociation Patient



di un gruppo di voci distinte dall'altro gruppo, ma non tra loro], ossia dei militari congolese che la violentarono ai suoi 12 anni, e la loro funzione è di intervenire ogni volta che M. ha sensazioni piacevoli, o anche solo vive situazioni di normale adattamento (parlare con uomini, essere contenta dell'apprendimento a scuola, etc). Invece L (lier, legare) sono le voci dei militari che a 30 anni l'hanno legata, battuta e violentata, in seguito alla sua denuncia delle violenze sessuali subite dalla sorellina, similmente a quello che era accaduto da piccola alla paziente; la loro funzione è di intervenire contro F denigrandola e cercando di zittirla, ogni volta che F si fa sentire, o come accade non raramente affiora in prima linea nel vissuto diretto di M. (in queste occasioni Marie stessa si sente come una bambina piccola impotente, sopraffatta dal dolore, e piange sconsolata).

Le alterazioni emotive, sensoriali, i cambi di comportamento ingiustificati ed improvvisi, le amnesie, le fughe, tutto è conseguenza nei Disturbi Dissociativi del gioco delle parti, dei vari personaggi in cui si è fratta la persona. Come si accennava sopra, questi Disturbi hanno tempi di causazione differenti dai semplici PTSD, basandosi su una non-integrazione della persona causata da traumi relazionali o di abuso in anni precoci (piuttosto che su una frattura causata nella persona da eventi traumatici recenti). Le persone con questa disorganizzazione di base possono manifestare il loro scompenso anche a distanza di anni dalle condizioni o fatti che hanno causato questa fragilità del sistema e questo è quello che vediamo in alcuni nostri pazienti richiedenti asilo. In questi casi i traumi recenti che hanno portato alla fuga dal paese, o quelli intercorsi nel viaggio di migrazione, hanno il valore di un terremoto che scuote un edificio già fratturato, portando alla sintomatologia che si mostra nel presente (20-21).

Differente è il caso dei PTSD propriamente detti. In questo caso una struttura della persona con una sua solidità di base va incontro a fratture determinate da eventi che sopravanzano le capacità di ricomposizione del paziente, in maniere e per motivi che vanno esplorati caso per caso nella storia personale, ben al di là della storia migratoria, che ha minima importanza da un punto di vista terapeutico. Molto più rilevante ai fini della azione terapeutica è ricondurre il paziente al di fuori del hyperarousal (iperattivazione) in cui si trova costantemente: una reazione fisiologica di allarme adrenergico continuo, che ripresenta momento per momento alla persona una condizione di pericolo per la sua sopravvivenza, anche in un presente di sicurezza per la vita. In questo caso è tutto il paziente che è rimasto intrappolato nell'epoca del trauma e del pericolo, e il tempo ciclicamente si ripropone alla sua coscienza o integralmente (come nel caso dei flashbacks, vere reviviscenze – e non ricordi – di quei momenti di violenza), o come 'memorie somatiche' in cui il corpo rivive il trauma una volta e un'altra, ripetutamente. Disregolazione emozionale, difficoltà di concentrazione e di attenzione, disturbi del sonno, condotte di evitamento per tutto quello che ricorda il trauma (gente in uniforme, assembramenti o gruppi, persone di sesso maschile, etc.) sono la conseguenza di questa disregolazione (22).

Per quanto grossolanamente si è delineato sopra è facile comprendere che i percorsi e le tecniche terapeutiche sono differenti nei due gruppi, sia da un punto di vista psicoterapeutico

che farmacologico. In entrambi i casi è assolutamente importante sottolineare che una fase di stabilizzazione (risoluzione sintomatologica, aumento della possibilità per il paziente di stare nel presente, aumento delle capacità per il paziente di autoregolarsi, e soprattutto di poter lavorare con i terapeuti) è necessaria per entrambi. Solo quando la persona è capace di questa autoregolazione ed ha ampliato le sue capacità di trattare con la mente (con le parole) e non con risposte automatiche del suo sistema, il materiale incandescente che porta con sé, solo allora si può direttamente intervenire sulle memorie senza che il paziente si ri-traumatizzi, peggiorando così la sua salute. Sappiamo che per esigenze legali il percorso di richiesta di protezione internazionale comporta una narrazione degli eventi (per di più coerente e non lacunare, cosa difficile per chi soffre di una patologia post-traumatica), e quante volte ci è toccato intervenire per aggravamenti provocati dalla preparazione all'audizione da parte dei consulenti legali, da professionisti sanitari impreparati o dall'audizione stessa.

Ovviamente i casi sono differenti come le storie personali, e quindi non per tutti i tempi coincidono, né quelli di recupero, né quelli della capacità di narrare la storia senza patirne le conseguenze. Come detto en passant sopra, non è il passato degli eventi, ma la sua ombra sul presente il nostro oggetto di interesse e di lavoro per la salute del paziente, a distinguere la specificità del lavoro del medico da altre competenze sociali e giuridiche. Solo mantenendo queste distinzioni, sia da un punto di vista conoscitivo che pratico, si potrà aiutare la persona, laddove confondere pratiche e funzioni trasporta tutto in un ambito confuso pieno magari di buone volontà e giusti furori ma, nell'ideologia generalizzante e 'antitecnica', sostanzialmente inutile alla persona la cui salute e il cui futuro hanno bisogno del nostro intervento.

BIBLIOGRAFIA

1. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: Health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Soc Sci Med* 1995; 41: 819-828.
2. British Medical Association. *Asylum seekers: meeting their health care needs*. London: BMA, publications unit; 2002.
3. Vostanis P. Meeting of the mental health needs of refugees and asylum seekers. *British Medical Journal* 2014; 204: (176-177).
4. Silove D, Steel Z, McGorry P, Mohan P. Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress in Tamil asylum-seekers: Comparison with refugees and immigrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998; 97: 175-181.
5. Koenen KC, Harley R., Lyons M J, Wolfe J, Simpson JC, Golderberg , et al., A twin registry study of familial and individual risk factors for trauma exposure and posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease* 2002; 190: 209-218.
6. Lindert J, von Ehrenstein OS, Priebe S. Depression and anxiety in labor migrants and refugees. A systematic review and meta-analysis. *Social science and medicine* 2009; 69:246-57.
7. Fazel M. et al, Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in Western countries: a systematic review. *Lancet* 2005; 9-15 Apr.

8. Steel Z. et al., Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement. A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, August 5, 2009; 302 (5): 537-549.
9. Steel Z, Silove D, Brooks R, et al. Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *Br J Psychiatry* 2006; (188):58-64.
10. Momartin S, Steel Z, Coello M. et al. A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Med J Aust.* 2006; 185 (7): 357-361.
11. Bhugra D, Gupta S, Bhui K, Craig T, Dogra N, Ingleby JD, Kirkbride J, Moussaoui D, Nazroo J, Qureshi A, Stompe T, Tribe R. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry* 2011; 10 (1): 2-10.
12. Laban CJ, Gernaat H, KomproeijSchreuders BA, De Jong J. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J NervMent Dis* 2004; 192: 843-51.
13. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons, *JAMA* 2005; 294 (5): 602-612.
14. Hutchinson G, Haasen C. Migration and schizophrenia. The challenges for European psychiatry and implications for the future, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004; 39:350-357.
15. Minsky S, Vega W, Miskimen T, Gara M, Escobar J. Diagnostic patterns in latino, africanamerican, and europeanamerican psychiatric patients, *Archives General Psychiatry* 2003; 60: 637-644.
16. Mukherjee S. et al. Misdiagnosis of schizophrenia in bipolar patients: a multiethnic comparison, *Am J Psychiatry* 1983; 140: 1571-4.
17. Adeponle B, Thombs D, Groleau D, Jarvis E, Kirmayer L.J. Using the cultural formulation to resolve uncertainty in diagnoses of psychosis among ethnoculturally diverse patients. *Psychiatr Serv.* 2012; Feb 1; 63 (2):147-53.
18. Minas H, Stankovska M, Ziguras S. Working with interpreters: guidelines for mental health professionals, Edited by The Victorina Transcultural Psychiatry Unit. 2001 Victoria/Australia www.vtpu.org.au
19. Dorahy MJ, Shannon C, Seagar L, et al. Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without childhood trauma history: similarities and differences. *J NervMent Dis.* 2009; 197:892-898
20. Gonzalez A. Disturbi dissociativi. Diagnosi e trattamento 2016; Roma: Giovanni Fioriti ed.; 2016.
21. van der Hart O, Nijenhuis E, Kathy Steele K. The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization (Norton Series on Interpersonal Neurobiology) New York :W. W. Norton & Company; 2006.
22. Frewen P, Lanius R. Healing the Traumatized Self: Consciousness, Neuroscience, Treatment, New York :W. W. Norton & Company; 2015.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Mediazione culturale nei servizi di salute mentale. Considerazioni e riflessioni

Comments and thoughts on cultural mediation in mental health services

Adela Ida Gutierrez

Società Italiana Medicina delle Migrazioni (SIMM)

Parole chiave: migrazione, mediazione culturale, salute mentale, traduzione, transdisciplinarietà

RIASSUNTO

Obiettivi: l'articolo presenta una serie di riflessioni su diversi aspetti della mediazione culturale nello specifico ambito dei Servizi di Salute Mentale.

Metodi: le riflessioni prendono spunto dall'esperienza professionale e formativa dell'autore.

Risultati: si evidenzia il bisogno di un dibattito allargato a partire da progetti mirati con la partecipazione attiva degli stessi mediatori culturali.

Conclusioni: l'articolo propone lo sviluppo di modalità organizzative/formative a partire da dispositivi flessibili con una prospettiva transdisciplinare e transculturale.

Key words: migration, cultural mediation, mental health, translation, trans-disciplinary

SUMMARY

Objectives: the paper presents several thoughts on the different aspects of cultural mediation, in particular related to mental health services.

Methods: thoughts and comments arise from professional and educational experience.

Results: it emerges the need of a wider discussion starting from targeted projects taking place with the active involvement of cultural mediators.

Conclusions: starting from flexible settings, the paper provides organizational and learning arrangements with a interdisciplinary and transcultural perspective.

Autore per corrispondenza: agutierrez@libero.it

La traduzione è un altro nome dell'impossibile ...
J.Derrida (1).

Introduzione

L'esperienza alla base di questo scritto è quella maturata nei seguenti tre ambiti: nel progetto sperimentale di mediazione culturale, iniziato nel 1998 nella Asl ex RMC, Maria Edoarda Trillò come responsabile; nel corso di etnopsichiatria, condotto da Salvatore Inglese, nel 2000/2002; ed infine, nel laboratorio di etnopsichiatria e nel servizio rifugiati, nell'INMP (Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà) di Roma.

Partire dall'esperienza, parlando di mediatori culturali come professionisti, non è né casuale né scontato. La figura del mediatore culturale, nella sua idea originale, prende spunto dalla "esperienza" di vita come insegnamento fondante per il capitale conoscitivo della professione. È proprio nella quotidianità delle relazioni che il mediatore culturale formato ha acquisito e ha fatto suo lo sguardo sulla realtà che poi gli permetterà di elaborare una visione consapevole dei concetti chiave per intervenire nel lavoro.

Perché scrivere ancora di mediazione culturale e di mediatori culturali? Perché, come riportato nel lavoro collettivo del team di progetto T-SHaRE: "la mediazione culturale è, fra gli interventi e le pratiche, la più rappresentativa di un modello di salute transculturale e tuttavia, è l'identità professionale meno definita nel settore sanitario". "Perché una sfida importante, nella pratica della mediazione culturale, è l'integrazione degli immigranti e dei membri delle minoranze etniche nella società ospitante, piuttosto che la loro assimilazione" (2).

Perché scrivere, nello specifico, del mediatore culturale nell'ambito dei servizi di salute mentale? Perché, sebbene sia vero che è questo l'ambito dove l'utilizzo del mediatore culturale solleva più quesiti di quanti ne sollevi in altri, è anche vero che è l'ambito dove la mediazione culturale può esprimere con maggior profondità la sua funzione. Anzi, potremmo dire che è l'ambito che permette, al mediatore culturale, di esprimersi nei diversi livelli previsti nell'espletamento della sua professionalità.

In Italia la mediazione culturale ebbe inizio negli anni '90, sviluppandosi con caratteristiche diverse secondo le diverse realtà locali. Anche la formazione dei mediatori culturali era (ed è tuttora) altrettanto disomogenea.

Fare in questa sede una fotografia, in poche righe, dello sviluppo di questa professione non è semplice, perciò ci limiteremo a riportare una sintesi di una descrizione che possiamo considerare adeguata.

In "Autonomia e rischi della mediazione culturale", Franca Balsamo (3) descrive quattro fasi nella breve storia della mediazione culturale: una prima fase di sperimentazione, con grande fermento di pensieri e dibattiti, infatti la chiama: epoca della "creatività", della sperimentazione sul terreno, insieme all'elaborazione teorica; una seconda fase riguarda l'investimento sulla

formazione, in cui scende in campo l'Università sollevando la questione dell'appartenenza del mediatore culturale (italiano e/o straniero); una terza fase, che scorre parallela alla precedente, è quella della diffusione della mediazione sul territorio ma nello stesso tempo, di isolamento, causato dalla mancanza di uno spazio di riflessione, aggiornamento e definizione; una quarta fase, nella quale la Balsamo pone la questione del "dove vada" la mediazione culturale.

Questa descrizione risulta interessante poiché l'autrice riconosce le problematicità e, alle volte la stagnazione, in cui la figura sembra andare incontro, dopo un inizio pieno di aspettative. Le difficoltà incontrate nella definizione per il riconoscimento legislativo¹ e le difficoltà di finanziamento su cui basare una continuità progettuale e lavorativa hanno in parte oscurato la mancanza di riflessione, aggiornamento e definizione a cui la Balsamo fa riferimento.

Nello specifico ambito della salute mentale, l'introduzione della figura del mediatore culturale ha avuto luogo, inizialmente, con una funzione di traduzione tanto linguistica quanto culturale, in setting più o meno flessibili, nei quali alcuni professionisti hanno opposto chiare resistenze. Infatti, l'inserimento di una figura "altra" nel setting terapeutico, pone una serie di questioni anche di tipo epistemologico, cioè, la necessità implicita di un cambiamento del paradigma su cui poggia l'intervento psicologico: la non contaminazione del campo.

All'interno di quale contesto?

La prima cosa da considerare, per poter capire e ipotizzare una proposta di mediazione culturale, è quella di prendere atto del contesto dove si colloca questa esperienza.

I Servizi di Salute mentale delle Asl, sebbene siano parte di un unico sistema con dei principi comuni che unificano tutti i tipi di servizi, hanno una certa indipendenza nell'articolare le proprie prestazioni, sia in funzione dei professionisti che li compongono che in considerazione delle caratteristiche del territorio all'interno del quale sono inseriti.

Alcuni Servizi di Salute Mentale delle Asl lavorano, soprattutto, sulla definizione di un percorso diagnostico-terapeutico del paziente, ma non prevedono dei veri percorsi psicoterapeutici. In altri, invece, si organizzano percorsi terapeutici con diversi tipi di approcci o consulenze.

La diversità di queste modalità colloca anche il mediatore culturale in funzioni diversificate, delle quali, spesso, non comprende la diversità degli obiettivi.

Con quali orientamenti teorici i professionisti della salute mentale avvicinano i pazienti di altre provenienze? Esiste in ognuno di questi approcci una considerazione della diversità culturale o il problema si pone soltanto quando la barriera linguistica lo evidenzia? In questi approcci, dove la comunicazione è parte fondante del percorso terapeutico, che luogo occupa la decodificazione dei significati impliciti? L'approccio teorico utilizzato, dove colloca la cultura e tutti gli aspetti da essa derivati che il paziente porta con sé? Dovrebbe tutto questo interessare

1. Nel 2011, la figura viene inserita come "mediatore interculturale" nell'ambito dell'attuale Classificazione delle Professioni (ISTAT CP 2011) con la voce appartenente all'Unità professionale 3.4.5.2.0, "Tecnici dell'inserimento e dell'integrazione sociale" (4).

o meno un mediatore culturale che viene chiamato a collaborare?

Domande di questo tipo possono aprire la strada a un concetto accurato sulla definizione del mediatore culturale in un contesto così articolato, ma sono domande a cui si può pensare di dare risposta a partire dall'osservazione di progetti specifici mirati.

Qui la domanda la possiamo sintetizzare in questo modo: il mediatore culturale è uno strumento da utilizzare secondo i bisogni del setting o ha la dignità di una professione che in autonomia aggiunge il proprio contributo nell'equipe che lavora con un'ottica transdisciplinare?

Il concetto di transdisciplinarietà si riferisce ad una partecipazione nella riflessione teorica e nella tecnica. Il mediatore, in questa cornice, entra a fare parte del setting con funzioni vicine a quella di un coterapeuta, e in quel caso la sua collocazione è diversa perché può lui stesso, insieme al paziente, fungere da guida nel percorrere altri mondi.

Il mediatore culturale in salute mentale come professionista: caratteristiche e implicazioni

Il mediatore culturale è una figura che, sebbene abbia una professionalità con basi trasversali in diversi ambiti di intervento, per ciascuno di questi deve essere in possesso di una formazione specifica che gli permetta di svolgere il proprio ruolo nelle forme e nei modi adeguati ai bisogni e agli obiettivi di quel determinato ambito.

Spesso, questa "specializzazione" è stata costruita nella pratica quotidiana, senza essere preceduta da una specializzazione nella formazione. Nell'ambito generale della salute, nel tempo, sono stati proposti diversi corsi ad hoc, all'interno dei quali si trovano moduli che affrontano la questione della salute mentale.

Nel corso di formazione, a cui si fa riferimento, si è dato luogo ad una mediazione culturale all'interno del modello di intervento terapeutico etnopsichiatrico.

Così formati, i mediatori, insieme agli operatori della salute mentale, hanno acquisito un linguaggio sul quale confrontarsi, tanto sulla sofferenza quanto sulla cura della sofferenza, sull'idea del dispositivo da costruire come degli strumenti da adoperare. In un percorso formativo così concepito si può dunque partire da un mediatore culturale in grado di conoscere e riconoscere profondamente ciò che succede, durante gli incontri, e in grado di abitare uno spazio non solo proprio ma appropriato.

Detto altrimenti: "Il mediatore etnoclinico *non* è un ponte sospeso tra i due estremi della relazione di cura (clinico e paziente); *non* si limita a far risuonare significanti e a trasferire significati da una lingua all'altra; *non* facilita il superamento della barriera linguistica (*salto linguistico*). Esso è un *agente di perturbazione* dei gradi di certezza e incertezza presenti sia nel mondo culturale *condiviso* insieme al paziente sia in quello dove viene *ospitato dai clinici*; è un *ricercatore* attivo perché esplora gli impliciti, gli enigmi, l'ignoto di un mondo dato (o di più mondi dati); è un *operatore clinico* perché interviene con perizia sul disordine e ne influenza gli esiti quando riesce a far emergere le interpretazioni tradizionali provenienti dal mondo del paziente"(5).

Questa definizione è la più significativa e può aiutare a comprendere meglio il ruolo del mediatore culturale così come lo si intende in questo scritto.

Alla stessa cornice, ma metaforica, appartiene l'immagine del "baqueano"², usata da Barbetta, che così lo descrive: "Il "baqueano" è uno che conosce il cammino dei *sentieri interrotti*"(6) , da intendersi, poiché non è scontato, come guida nel percorso per chi, lungo quel percorso, non potrebbe inoltrarsi completamente da solo.

Le rappresentazioni culturali, che danno un senso alla sofferenza, possono apparire nel setting, ma anche rimanere nascoste dietro un adeguamento del paziente alle aspettative del clinico, e, dunque, non emergere. Il mediatore culturale possiede la chiave o qualche chiave che permette di accedere a questi meandri. Nella sua funzione di ricercatore attivo, come sottolineato precedentemente, individua indizi che permettono di esplorare gli enigmi o l'ignoto di un mondo dato ma, simultaneamente, entra in contatto con i suoi propri mondi, alle volte dolorosi, alle volte poco esplorati, alle volte poco conosciuti.

Bisogna allora chiedersi "cosa succede con l'emotività e le risonanze che la situazione suscita nel mediatore culturale?". Questo è un aspetto che non va disconosciuto ma al contrario, considerato come un filtro emotivo fondamentale nel lavoro terapeutico, solo se riconosciuto ed elaborato anche dal mediatore stesso; solo così egli potrà trasferire nel linguaggio le emozioni del paziente, dopo essere riuscito a distinguerle dalle proprie.

Ed è qui che si intravede un'altra strada da percorrere lungo la via della costruzione di conoscenza del mediatore. Il lavoro che il mediatore culturale dovrà continuare a fare, durante tutto il suo percorso professionale, è quello di non fermarsi all'elaborazione del materiale nel qui ed ora dell'esperienza di mediazione, ma proseguire, come "ricercatore attivo", anche nella riflessione su quanto quel materiale è stato parte della propria esperienza, tanto nel paese di origine quanto migratoria.

E questo non solo in termini intimi ed affettivi ma anche cognitivi nel senso che è sulla rappresentazione della malattia, le cause, le parole che la nominano, le immagini di protezione invocate, le pratiche curative, che il mediatore culturale dovrà fare un cammino a ritroso, ricercare nella propria esperienza, e, attraverso lo studio e la riflessione, ristrutturando il proprio bagaglio esperienziale in una conoscenza più integrata, farà di questo uno degli strumenti principali di lavoro.

Inoltre, quando il mediatore culturale incontra rifugiati politici, cosa succede con il proprio vissuto che in alcuni casi identifica contemporaneamente operatore e utente?

"In genere quando si parla di persecuzione, di repressione e di violenza, quello che i detentori del potere cercano di eliminare sono i connotati di una cultura". Questo concetto obbliga a collocare l'individuo all'interno di un contesto. Il mediatore sarà il costruttore di quella cornice da ricomporre, perché conosce anche i particolari del conflitto, il posto che ogni soggetto

2. *Baqueano* termine americano per nominare una persona che conosce nei minimi particolari le strade e i piccoli sentieri di un territorio, al quale normalmente appartiene. Locale che guida altri per i sentieri inospitali.

occupa nella complessità di una società lacerata, permettendo di ricostruire la cornice politica e sociale che fa da sfondo al dramma personale (7).

L'importanza della lingua matrice³ nel setting

Nelle esperienze, a cui si fa riferimento, si è potuto avere la prospettiva tanto del mediatore culturale quanto quella dello psicologo. Tanto in uno come nell'altro caso, la questione linguistica si è evidenziata come lo strumento principale di accesso ai mondi che il paziente porta con sé. Spesso, il momento della traduzione si trasforma in un momento chiave della seduta, perché ciò che permette di svelare situazioni, che altrimenti non sarebbe possibile fare emergere, è la ricerca del termine giusto o la scelta di contestualizzare uno dei significati veicolati dallo stesso termine.

Che il clinico non conosca la lingua del paziente non significa che debba rimanere fuori dallo scambio comunicativo nel momento in cui si produce il dialogo tra mediatore e paziente. Ci sono una serie di eventi non verbali che gli consentono di mantenersi all'interno. Anche i suoni che si ripetono o che provocano determinate reazioni possono essere un qualcosa sul quale soffermarsi, senza che questo significhi una interferenza nel lavoro del mediatore.

Non sembra mai sufficiente argomentare sull'importanza, per il paziente, di potersi esprimere ed essere compreso nella lingua matrice, e quanto questo sia diverso e lontano nei risultati da ciò che avviene con l'uso di un'unica lingua, quella degli operatori, all'interno del setting. Mi piace ribadire l'osservazione che fa Nathan su questo quando, in "Principi di Etnopsicoanalisi", afferma che il criterio di usare la lingua del paziente dovrebbe prevalere, anche in presenza di pazienti che parlano correttamente la lingua del paese di accoglienza:

"Avrei quasi voglia di dire: *"Soprattutto"* se parlano correttamente il francese [l'italiano nel nostro caso n.d.a.), poiché, lo sappiamo, hanno dovuto operare su sé stessi una trasformazione ancora più violenta degli altri" (9).

È interessante allargare questo discorso riprendendo alcune osservazioni realizzate da Alderighi, Da Prato e Zorzetto per sottolineare "le implicazioni che la convocazione della lingua porta con sé" in tre diversi ambiti: sulla comunicabilità e accessibilità delle visioni, sulla presentificazione dei collettivi e sugli aspetti strutturali e relazionali.

Sulla comunicabilità e accessibilità delle visioni viene sottolineato come, essendo la lingua matrice il terreno dove si possono comprendere le emozioni, i modi di soffrire e la radicalità

3. Ho preso in prestito da Casadei, Festi e Inglese la scelta di sostituire il concetto di "lingua madre" con quello di "lingua matrice" perché permette di sottolineare anche rispetto alla lingua che ci costruisce la molteplicità: "Chiamiamo comunemente "lingua madre" la lingua acquisita per prima dal locutore, ossia quella parlata dal gruppo di appartenenza e che in un gruppo monolingustico, coincide con quella della genitrice. Invece in un gruppo plurilingustico la *lingua prima* potrebbe non coincidere con la lingua materna ma corrispondere al risultato storico di una differenziazione culturale per cui essa è anche la *lingua dominante* rispetto al luogo d'origine, o dominante rispetto ad un quadro politico e/o giuridico" (8).

del sentire essa è uno degli elementi indispensabili per arrivare ad una clinica transculturale. E, scendendo nella specificità della cura, viene detto di come “l’incontro con il linguaggio sintomale di persone provenienti da altri mondi crea spesso incertezza e dubbio nel clinico”. Incertezza non da eliminare, ma da considerare come punto di partenza di confronto volto a costruire “un’opera diplomatica fra mondi” che permetta una co-costruzione di possibili alternative trasformatrice.

Sulla presentificazione del collettivo: nel processo di traduzione, così come inteso nella mediazione culturale, si svelano degli impliciti contenuti nei termini che permettono di risalire alle logiche del gruppo dal quale proviene il paziente. Questa presentificazione del gruppo sociale di provenienza, lo colloca in “un punto-momento delocalizzato rispetto al punto-momento presente della clinica, ma nel contesto contemporaneo dell’incontro clinico”. Il lavorare senza il mediatore che permette questo tipo di traduzione, non è perdere soltanto la capacità di comunicare con il singolo quanto quella di non riuscire a parlamentare con il suo gruppo.

Sugli aspetti strutturali e relazionali: l'utilizzo della lingua matrice (soprattutto nel caso di una famiglia) permette di osservare, nel presente della seduta, come si sono strutturate le relazioni, gli scambi comunicativi, cioè osservare il parlare come azione che si svolge.

In sintesi, nella convocazione della lingua matrice all’interno del setting, “la storia, la cultura, le specifiche configurazioni familiari, le diverse costruzioni della soggettività compaiono nella scena clinica permettendo l’emergere di un contesto necessario al fine di dare un senso al testo della sofferenza narrata dal paziente”.

“La lingua è una formidabile risorsa clinica proprio perché non è soltanto uno strumento di comunicazione: essa fonda le relazioni umane. È un oggetto con statuto di esistenza anfibio, tra psiche e mondo, tra individuo e gruppo: qui sta la sua forza di leva terapeutica e trasformativa”(10).

Dopo le considerazioni sull’importanza della lingua matrice all’interno del dispositivo di cura con persone di altre provenienze culturali, si pongono, dal punto di vista del mediatore culturale, alcune questioni specifiche:

Le specificità che il linguaggio acquisisce in ogni zona. Nella mediazione culturale con persone provenienti dai diversi paesi latinoamericani, l'utilizzo diversificato di alcuni termini, amplifica la diversità e la possibilità di risignificarlo attraverso la contestualizzazione dell’uso. Questo può ritrovarsi anche nelle diversità delle sottoculture.

La questione delle lingue veicolari. In diverse esperienze, portate avanti con mediatori che parlavano lingue veicolari (il francese per persone dell’Africa francofona, o l’inglese (non il pidgin) per quella anglofona), spesso, l’interrogativo era su quanto queste lingue ricreassero in quel momento i rapporti tipici della colonizzazione, come questa impostazione linguistica influenzasse il rapporto e lo collocasse su un piano di potere connotato. L’osservazione e l’ascolto dei cambiamenti nel tono della voce e della postura del corpo della stessa mediatrice

nel passaggio dall'inglese al pidgin o al igbo, evidenziavano i diversi posizionamenti che lei stessa acquisiva, a seconda della lingua utilizzata, nella collocazione rispetto al paziente.

Da questa prospettiva, l'esperienza che maggiormente ha suscitato interesse è stata l'utilizzo della lingua russa con pazienti provenienti dall'Armenia e le implicazioni che questa circostanza poteva avere a causa della vicinanza temporale degli avvenimenti storici.

Il rapporto tra operatori che si occupano di salute mentale e mediatori culturali. Senz'altro uno degli aspetti più critici, quando si parla di mediazione culturale all'interno dei Servizi di Salute Mentale è quello dell'inserimento di una nuova professionalità, con una propria soggettività, che si inserisce tra il paziente e il soggetto istituzionale incaricato della cura. Questo evento, oltre a porre questioni epistemologiche, come sopra accennato, aumenta il livello di complessità dell'intervento di cura. Di fronte a questo, alcuni operatori scelgono di semplificare il problema evitando il mediatore culturale. Quando, invece, si sceglie di giocare questa nuova sfida, non è scontato che la relazione e la collaborazione siano senza ostacoli. Una serie di problematiche, di rado rese esplicite, rendono questo rapporto difficoltoso. Proviamo ad esporne alcune:

Il sentimento di invasione dello spazio: da parte dello psichiatra o psicologo spesso il sentimento è quello di sentirsi invaso nel proprio spazio, di sentirsi mediato in un rapporto che considera diretto, come se non ci fossero delle barriere oggettive e soggettive che s'interpongono anche in assenza della mediazione culturale.

Il clinico può provare la sensazione di perdere il controllo della situazione, dimenticando di considerare che, escludendo la lingua matrice, e con lei tutti i diversi ambiti di appartenenza della persona, si può avere soltanto un controllo immaginario su un contesto immaginato, ma non autentico.

Il mediatore culturale non è un operatore neutro: nel rapporto psicologo/mediatore culturale si dovrebbe considerare fin dall'inizio che diverse visioni della realtà (appartenenza a due "culture diverse") sono già presenti in questo rapporto, già prima di incontrare il paziente. Perciò è importante che l'incontro tra clinico e mediatore sia preliminare alla mediazione e questo proprio per negoziare uno spazio condiviso in cui il mediatore non debba far coincidere la propria visione con quella dello psicologo. La differenza è sostanziale, perché da questo dipenderà la collocazione che la "diversità" si guadagnerà all'interno del setting.

Chi gestisce il setting?: Non ci sono dubbi che sia il terapeuta, nelle sue funzioni di creare condizioni trasformative, ad avere la gestione del dispositivo. Il punto è lo sviluppo della capacità di gestire il setting, anche rimanendo in sospenso durante alcuni momenti dell'intervento del mediatore. Ciò significa la capacità di condividere, talvolta, la gestione e di costruire una fiducia intorno alla professionalità del mediatore culturale.

Il potenziale potere del mediatore culturale e il non riconoscimento

Cercando tra i precedenti della mediazione culturale nella storia degli incontri/scontri tra popoli emerge la figura del “lenguaraz” (traduttore/mediatore), presente nel periodo coloniale e nella successiva fase repubblicana della Argentina, come nazione in formazione⁴. Questo mediatore lavorava lungo la frontiera nello spazio che separava la “civiltà” dei conquistatori dai territori ancora in mano ai popoli originari. Il potere che questi mediatori avevano, e gli argomenti da loro trattati (negoziazioni e contrattazioni commerciali e territoriali) erano tali, al punto che, spesso, ciascuno degli attori coinvolti nell’interazione, portava il proprio “lenguaraz” per affidarsi ad una buona traduzione e perciò, contrattazione.

Questo riferimento mi permette di accennare la questione del potere del mediatore culturale, questione assai poco – se non affatto – dibattuta, poiché portatrice di troppe e rischiose implicazioni nella gestione del setting. La contrattazione che avviene nel setting in presenza di una mediazione culturale rivela la estrema importanza di un buon “lenguaraz” e quindi, il riconoscimento del suo potenziale “potere” è essenziale.

Rosalía Donnici, dopo alcune considerazioni sui limiti dell’intervento del mediatore e la questione della imparzialità aggiunge “...Tuttavia c’è chi sostiene, come Gian Vittorio Pisapia o Stefano Castelli, che il mediatore, proprio per il semplice fatto di essere in possesso di un sapere, di un saper fare e di un saper essere, debba essere considerato, a ragione, un soggetto dotato di potere, poiché grazie al suo intervento certi rapporti sociali diseguali possono subire un cambiamento” (11).

Questo tema, lontano dall’essere affrontato, proprio per essere evitato, spinge a spostare l’attenzione su altri aspetti della mediazione, rischiando di alterarne i criteri interpretativi o i parametri valutativi. Sarebbe utile e proficuo assumere il potere del mediatore culturale come dato, analizzarlo, elaborarlo, negoziarlo.

È parere personale di chi scrive che questo potere sia intrinseco alla stessa traduzione, arma potente da brandire e strumento fondante della professione. La questione del potere, per quanto concerne la mediazione culturale, spesso, è risolta tout court attraverso la nozione di “imparzialità” che ogni mediatore dovrebbe esercitare. È chiaro che l’argomento galleggia nell’aria della relazione.

4. Quando le popolazioni originarie (mapuche, tehuelche, ranquel) ponevano resistenza all’invasione, non potendo porre soluzioni militari definitive, si stabiliva tra colonizzatore e colonizzato una dinamica che oscillava tra la inimicizia e la alleanza strategica. In questi casi, si distribuivano lungo una linea di separazione dei posti militari fissi. Per lungo tempo queste frontiere pullularono di vita dove le negoziazioni erano frequenti e di diversi tipi. Questa situazione si prolungò anche dopo l’indipendenza della Spagna nel 1810. Nella tristemente celebre “campana del desierto” (1878 / 1885) queste frontiere furono spostate, attraverso i massacri delle popolazioni, fino a confinarli oltre i fiumi “Rio Negro” e “Neuquen”, inizio dell’attuale Patagonia.

Una proposta

Tenendo conto della complessità della situazione descritta, una proposta non può essere altro che la configurazione di un'idea articolata e allo stesso tempo flessibile.

Punto di partenza è la costruzione di un'equipe pluriculturale, con una quantità di mediatori culturali che possano coprire il maggior numero di provenienze e che dovrebbe essere concepita come un gruppo (e non singoli individui insieme) che si attiva con una formazione specifica.

Per formazione si intende qualcosa che parta dall'esperienza di ogni vissuto che i mediatori portano con sé come capitale di vita: la salute, la malattia, la sofferenza e le sue manifestazioni, trasformate attraverso un percorso formativo in conoscenza condivisa.

E non solo. Si intende anche conoscere il mondo della salute mentale includendo i modi e le forme, anche teorici, con cui ci si avvicina.

L'equipe pluriculturale, così costituita, incontrerà le diverse équipe dei Servizi di Salute Mentale del territorio, per iniziare, insieme agli operatori, un percorso comune di formazione che permetta di parlare un linguaggio condiviso.

Generare, in questo modo, dei dispositivi flessibili composti da più professionisti con una prospettiva transdisciplinare e transculturale.

Quando si parla di dispositivo si fa riferimento ad un insieme eterogeneo di elementi che vengono assemblati con una finalità cosciente e che "a partire da una metodologia e un posizionamento che fa della molteplicità e della possibile co-esistenza un obiettivo è, contemporaneamente, un elemento operativo fondamentale" (10).

Inscritte nella cornice della transdisciplinarietà, figure come lo psicologo, il mediatore culturale, lo psichiatra, l'assistente sociale, l'infermiere, il medico possono concorrere alla creazione di una strategia comune. Un dispositivo così pensato, con l'alleanza di più figure che incarnano differenti discipline e che includono il dubbio e l'incertezza, per generare nuove forme di conoscenza, potrebbe rispondere con interventi terapeutici realmente efficaci a quelle richieste di salute provenienti da una popolazione che nel suo muoversi, contaminarsi, trasformarsi, corre il rischio di ammalarsi.

BIBLIOGRAFIA

1. Derrida J. Il monolinguisimo dell'altro. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2004. pag.9.
2. Lavoro collettivo del team di progetto T-SHARE. Competenze transculturali per la salute e la cura - Linee guida per la formazione e per la qualità nei servizi socio-sanitari. Roma: Edizioni di Aracne, Aprile 2012, pag.33-35.
3. Balsamo F. Autonomia e rischi della mediazione culturale: In: Luatti L. Atlante della mediazione linguistico culturale Milano: Milano; 2006 pp.70-81 Disponibile alla URL:<http://isfoloa.isfol.it/handle/123456789/911> (ultima consultazione 25 settembre 2017).
4. Alderighi F, Armellini M, Bracci F, et al. Di clinica in lingue. Migrazioni, psicopatologia, dispositivi di cura.

- Torino: Edizioni Colibrì; 2009, pag.162.
5. Barbetta P. La mediazione nella scuola e nei servizi socio-santari. In: Luatti L. Atlante della Mediazione Linguistico culturale. Milano: Franco Angeli; 2006, pag.183.
 6. Gutierrez A. La medizione culturale nell'incontro con rifugiati e richiedenti asilo politico in Morrone A. Oltre la tortura. Roma: Edizioni Magi; 2008, pag.113.
 7. Casadei F, Festi G, Inglese S. Profili di una teoria della mediazione linguistica, culturale e clinica per la salute mentale. In: Attenasio L ed al. La cura degli altri. Roma: Armando Editore; 2005, pag.277.
 8. Nathan T. Principi di Etnopsicoanalisi. Bologna: Bollati Borlinghieri 1996; pag.49.
 9. Alderighi F, Da Prato M, Zorzetto S. Sono posseduto o matto. Frammenti di mediazione nella clinica con migranti in: Cocco C. a cura di Atti del Convegno Clinica Transculturale. La terapia familiare tra sfida e prospettive future, Firenze, 2010; pp.23-41, www.sipr-pisa.it/wp-content/uploads/2016/06/quaderno_2.doc (ultima consultazione 25 settembre 2017).
 10. Donnici R. Teoria e pratica della mediazione culturale. Il caso della città di Bologna, Itales. [Online] <http://italies.revues.org/3303>.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Ascolto attivo, accoglienza e rapporto fiduciario tra operatori e utenti, con particolare riguardo al ruolo dell'Assistente Sociale

Active listening, warm welcome and trustful relationship between social workers and users, particularly for the social worker's role

Marcella Coccia

Koiné Casa dei Popoli, associazione promozione sociale (Aps)

Parole chiave: immigrazione, integrazione, accoglienza, fiducia, empatia.

RIASSUNTO

Obiettivo: l'articolo mira ad evidenziare l'importanza dell'ascolto attivo, accoglienza e rapporto fiduciario, tra operatori, con particolare attenzione all'assistente sociale, e utenza -sia immigrata che autoctona-

Metodo: partendo dalle più frequenti problematiche presentate dai migranti, si evidenzia l'importanza dell'applicazione della metodologia utilizzata nei Consultori Familiari.

Conclusioni: non vi sono molte differenze tra ciò che chiedono, ai Servizi socio-sanitari, le persone immigrate e le autoctone. Le prime necessitano di maggiore attenzione ed empatia per instaurare un rapporto fiduciario con l'operatore. Nella relazione d'aiuto, l'operatore deve mettersi in gioco anche come persona. Solo se c'è un riconoscimento e si stabilisce una relazione empatica con l'altro il rapporto può funzionare.

Key words: immigration, integration, warm welcome, trust, empathy.

SUMMARY

Objective: the article seeks to emphasize the importance of active listening, the warm welcome and the trustful relationship between the social worker and the client –either immigrant or native –.

Method: starting from the most frequent problems as presented by migrants, this article highlights the importance of the methodology's implementation by Family Consultants.

Conclusions: there are not many differences in the requests towards social and health services between immigrants and native people. The former are in need of major attention and empathy in order to establish a trustful relation-

Autore per corrispondenza: marcella.coccia@libero.it

ship with the social worker. During this relationship between the client and the social worker, the latter must be involved also as a human being. Finally, the article underlines that only if there is acknowledgment there may be established a trustful and empathic relationship that can work, attaining the desirable results.

Un canto popolare pugliese dei primi del '900, recita *“La mejo gioventù partiu l’America / Maritama è sciutu l’America e nu me scrive / Forse ca s’ha truvata n’americana / Se iddu se l’ha truvata l’americana / Jeu m’aggiu truvatu nu paisanu / L’America nun se chiama chiù l’America / Se chiama la ruvina della casa”* (1).

In Italia tra la fine dell’800 e i primi del ‘900 ci furono grandi flussi migratori; il grosso dell’emigrazione si è dapprima rivolto verso l’Europa e poi verso le Americhe; prima partivano gli uomini che, in seguito, venivano raggiunti dalle famiglie.

Dalla metà degli anni ‘70 è l’Italia che accoglie gli immigrati, sia per la sua posizione geografica, al centro del bacino mediterraneo, sia per la sua vicinanza con le aree di conflitto (Albania, ex Jugoslavia e Africa), che l’hanno resa destinazione privilegiata per coloro che emigrano e che, spesso, arrivano via mare.

Vista la situazione mondiale attuale, non è difficile ipotizzare che, finché ci saranno guerre e fame e un così forte divario tra i paesi poveri e quelli ricchi, l’immigrazione non possa che aumentare nonostante i muri che si vogliono innalzare e i rischi che i migranti affrontano; il miraggio di un’esistenza dignitosa o la fuga da una morte quasi certa spingerà sempre più persone ad emigrare.

Troveranno ciò che cercano? La loro sorte è molto diversa da quella dei nostri emigranti? Sicuramente miglioreranno la loro situazione ma i costi che dovranno pagare saranno elevati.

La stima dei “regolarmente residenti” in Italia, al 1° gennaio 2016, era di 5.026,153 cittadini stranieri (8,3% della popolazione di cui 52,6% donne). Nascite e matrimoni in persone straniere sono in continuo aumento e, come si evince dai dati statistici, il numero dei decessi è ridotto. In incremento sono anche gli studenti stranieri in ogni grado scolastico, le richieste di permesso di soggiorno per ricongiungimento familiare sono state, sempre al 1° gennaio 2016, del 43,7% ed anche le richieste per cittadinanza sono in aumento (3,5% al dicembre 2015) (2). Questa osmosi sta producendo, all’interno della cultura italiana, dei cambiamenti anche nelle nostre concezioni di:

- *famiglia*: aumentano le famiglie ricomposte, quelle monoparentali, quelle miste, quelle di fatto; iniziano ad arrivare quelle poligamiche in cui è presente più di una moglie (presentate spesso, agli operatori, come “cugine”);
- *figli*: in alcune etnie non vi è differenza tra figli naturali e nipoti, chiamati anch’essi figli, e “adottati” con il solo consenso dei genitori naturali;
- *parenti prossimi* che prossimi non sono se non in quanto vicini di casa o provenienti dallo stesso luogo di origine.

Altri cambiamenti sono in atto nelle culture degli immigrati, che si trovano a doversi adattare

alla cultura italiana, anche rispetto ai ruoli ricoperti dai singoli membri, sia all'interno del nucleo che all'esterno; ruoli genitoriali e parentali, di genere, filiali (3).

I colloqui che gli assistenti sociali, in special modo quelli che operano nel Servizio Materno-infantile della ASL, effettuano, con l'utenza straniera, spesso riguardano:

- *tempi e ritmi della vita riproduttiva della donna*: subordinati ai tempi maschili, per cui si ha la sensazione che, all'interno della coppia, sia scarsa la contrattualità e che siano le situazioni contingenti a determinare le scelte che, spesso, non sono condivise, in ugual misura, da entrambi;
- *gravidanza*: spesso le donne straniere fanno riferimento ad una cultura non medica; nel loro paese hanno una rete di relazioni parentali che crea una socializzazione interna nelle "questioni" delle donne -a volte l'IVG (interruzione volontaria della gravidanza) (4) viene chiesta perché la donna, da poco arrivata in Italia, si sente sola e spaventata-;
- *accudimento dei bambini*: le madri, di solito, ripropongono quanto appreso dalle proprie madri, cosa che, a volte, è in contrasto con le "regole di puericultura" del nostro paese; si chiede loro -che sono già in una situazione di frattura con i propri comportamenti tradizionali- di "imparare" un nuovo modo di accudimento dei figli;
- *alimentazione*: continuano ad essere cucinati i cibi che si mangiavano nel paese di provenienza, non viene considerato il cambiamento climatico e si mangia ad orari diversi da quelli abituali per potersi incontrare, tra familiari, almeno una volta al giorno (es. famiglie in cui il capofamiglia lavora nei ristoranti, fanno colazione alle ore 11, pranzo alle ore 16/17 e cena alle ore 2/3);
- *inserimento scolastico*: non sempre si comprende l'utilità dell'inserimento dei bambini nelle scuole dell'infanzia e, spesso, il proseguimento degli studi nelle scuole superiori è ritenuto superfluo per le ragazze; i bambini nati in Italia non si sentono stranieri ma non sono italiani e, a volte, si rifiutano di parlare la lingua madre perché vogliono integrarsi;
- *problemi adolescenziali*: i genitori non capiscono più i figli e viceversa. Ogni genitore cerca di trasmettere ai figli un patrimonio di valori e comportamenti appartenenti alla propria cultura. Per la famiglia immigrata questo comporta delle difficoltà perché le viene chiesto di mediare tra le proprie origini e quelle del nuovo paese; spesso si tratta di abolire, e non mediare, la cultura di origine per adeguarsi a nuove regole di vita. Soprattutto se il bambino, nato nel proprio paese, arriva da noi in età prescolare, vivrà in prima persona il disagio dell'inserimento e dell'adattamento e tenderà (per difesa, per bisogno di farsi accettare dai coetanei, etc.) ad accogliere più velocemente dei genitori, la cultura del paese ospitante allontanandosi da quella familiare. Ancor più evidenti sono i disagi nelle seconde generazioni.

A volte, tragedie vissute prima di arrivare nel paese ospitante, difficoltà di inserimento personale, di adattamento ad una vita -spesso completamente differente da quella vissuta fino ad allora-, il dover apprendere una nuova lingua, il trovarsi soli, la ricerca di un alloggio ed un lavoro adeguati, la disillusione per non riuscire a raggiungere ciò che si sognava, generano,

nelle persone immigrate, condizioni di forte stress -che nascono non da carenze personali ma dal contesto in cui si trovano-, per cui la persona “non ce la fa e scoppia” e allora il ricorso ai CSM (servizi di salute mentale) o ai Ser.D (servizi per le dipendenze) diventa ancora più difficile che per gli italiani.

È complicato dare adeguate risposte alle problematiche di questa fascia di utenza, appartenente ad etnie diverse, tutte portatrici di culture e saperi che, non sempre, corrispondono al nostro consueto modo di pensare ed agire.

Come evidenziato dal Rapporto dell'OECD/CNEL - *L'integrazione degli immigrati e dei loro figli in Italia* (5), in Italia dal 1980 al 2012, sono stati attuati ben otto programmi specifici rivolti agli immigrati per la loro regolarizzazione, accoglienza ed integrazione; però, come scrive L. Zanfrini, *“Il modello d'integrazione italiano è ancora oggi in via di costruzione. I Paesi mediterranei infatti hanno raggiunto molto lentamente la consapevolezza del loro nuovo ruolo nel sistema migratorio internazionale e dell'esistenza di un fabbisogno di manodopera di importazione. In Italia un ritardo di comprensione di questo tipo, ha rallentato l'elaborazione di un modello di politica migratoria, lasciando spazio, per contro, ad un alternarsi di politiche incerte, con una forte delega della gestione agli enti locali e istituzioni religiose e laiche della società civile. D'altra parte c'è chi considera l'Italia come un paese che, con alcune sue leggi (in particolare con la legge Turco-Napolitano n.40 del 1998, ispirato dalla visione dell'immigrazione come elemento ormai strutturale della società contemporanea), ha anticipato, o meglio si è trovata in sintonia con le politiche migratorie di integrazione “caldeggiare” dalla Commissione europea, in particolar modo con il Trattato di Amsterdam, e teso a “comunitarizzare” progressivamente la materia al riguardo di visti, asilo, immigrazione e altre politiche connesse con la libera circolazione delle persone”* (6).

Non è facile definire l'integrazione: integrarsi vuol dire rinunciare ad una parte della propria identità? oppure perderla del tutto? Quando si è, o ci si sente, integrati?

Molte e differenti possono essere le risposte.

L'immigrazione coinvolge non solo le persone che si trasferiscono da un Paese all'altro ma anche e, soprattutto, la società che le ospita e che cerca di inserirle nel proprio tessuto sociale.

Diversi sono i modelli proposti da vari autori: V. Cesareo: assimilativo, pluralista, di scambio culturale (7); G. Rossi: di fusione, assimilativo, funzionalista, multiculturalista (8); e diversi quelli applicati dalle nazioni europee: in Gran Bretagna l'approccio multiculturalista; in Germania il modello d'incorporazione ispirato all'esclusione differenziale, in Francia quello dell'assimilazione culturale (6).

In Italia, l'attuale normativa per l'integrazione degli immigrati, è in gran parte definita dalla legge n. 94 del 2009 (entrata in vigore nel marzo 2012) e dal, conseguente, “Piano per l'integrazione nella sicurezza: Identità e Incontro” adottato nel 2010; esso è articolato su cinque assi principali: lavoro, accesso ai servizi essenziali, minori e seconde generazioni, istruzione e apprendimento (9).

Purtroppo, come afferma la L. Zanfrini: *“Uno degli aspetti negativi più rilevanti della normativa*

riguarda la sua concreta attuazione, che viene sistematicamente ostacolata dall'inefficienza della burocrazia italiana, da un'adeguata informazione degli attori istituzionali chiamata ad applicarla e da un'eccessiva discrezionalità amministrativa e diversificazione territoriale nella sua applicazione" (6).

Tra i servizi essenziali, evidenziati dal Piano, c'è la **salute**: l'immigrato si impegna al punto iii) *di acquisire una sufficiente conoscenza della vita civile italiana (in particolar modo per quanto riguarda sanità, istruzione, servizi sociali, ecc); lo Stato italiano si impegna al punto iv) a garantire l'accesso ai servizi sanitari e alla scuola dell'obbligo (9).*

Per accedere a tali servizi sono rilevanti sia la comunicazione che l'informazione.

Un livello essenziale, per promuovere un'effettiva integrazione sociale della popolazione immigrata, è costituito anche dal corretto accesso ai servizi e ai presidi socio-sanitari presenti sul territorio. In questi anni il riconoscimento giuridico del diritto all'assistenza sanitaria per i cittadini immigrati non è stato sufficiente a garantirne l'accesso; emblematico è il frequente utilizzo inappropriato dei servizi (es. l'accesso indifferenziato al pronto soccorso).

Maria Edoarda Trillò (pediatra, responsabile del Servizio Materno Infantile della ex ASL Roma C, collega di Consultorio e amica, con la quale sono stati condivisi molti anni lavorativi) sosteneva che: *"Non vi sono differenze tra ciò che chiedono ai Servizi Sanitari le persone che vi si rivolgono, siano esse straniere o autoctone"; che "...la persona straniera non è un individuo "con bisogni speciali" o che ha bisogno di risposte particolari. È una persona che ha bisogno di capire e di essere capita e per questo più vulnerabile» (10).*

Scriveva che tutte le persone che si rivolgono ai servizi sanitari desiderano: comprendere cosa stia loro accadendo, aiuto a risolvere problemi di salute, riuscire a comunicare, percorsi assistenziali e diagnostici integrati, facile accessibilità ai servizi, percorsi di prevenzione, stare bene con se stessi, con i bambini e la famiglia" (10).

E ancora, evidenziava: *"... (che è) essenziale facilitare l'accesso ai servizi, specie a quelli territoriali ad alta valenza preventiva utilizzando materiale informativo nelle varie lingue, anche con interventi tesi a contrastare sia le difficoltà di orientamento, all'interno della rete dei servizi, che le incomprensioni linguistiche e le resistenze di natura culturale (che rendono spesso precario e insoddisfacente l'incontro tra cittadini immigrati e servizi socio sanitari); l'importanza dell'ascolto attivo; ed infine l'aiuto dei Mediatori Culturali per facilitare il reciproco dialogo, e favorire la comprensione di elementi che spesso restano invisibili" (11).*

Per tutti noi è la salute che riveste la principale importanza nella vita; ancor di più per chi non vive nel proprio paese e si trova "senza radici" o famiglia.

Oggi, gli assistenti sociali che lavorano nei Servizi Sanitari, -ma non solo- si trovano ad affrontare situazioni multi-problematiche; le persone che si presentano ai servizi non hanno un problema ma pongono vari quesiti, esprimono bisogni multipli, spesso tutti di prima necessità: dalla richiesta sanitaria si passa ad affrontare altre problematiche, che spesso sconfinano dal "mandato" del Servizio in cui l'operatore lavora. I problemi si presentano "a grappolo" e non

è facile fornire risposte adeguate, anche perché rispecchiano la complessità della società e del momento in cui viviamo.

Non c'è una "ricetta" per superare i problemi, per trovare soluzioni, ed anche gli operatori più esperti in *problem-solving* trovano difficoltà.

Quando poi le persone sono immigrate, il disagio aumenta perché si aggiungono anche le difficoltà di comunicazione e comprensione linguistiche e culturali.

L'efficacia della comunicazione, inoltre, non dipende soltanto dalla competenza ma dalla capacità di farsi "sentire, riconoscere e percepire", da chi chiede, come persona di cui ci si può "fidare" e alla quale ci si può "affidare"; è necessario che si attui un rapporto fiduciario tra operatore ed "immigrato". E la fiducia si conquista...

L'esperienza ha insegnato che non è sufficiente avere professionalità: l'accoglienza, la disponibilità all'ascolto, la presa in carico, il saper fare, deve andare di pari passo col saper essere (12). Nella relazione d'aiuto l'operatore, sociale o sanitario che sia, si deve mettere in gioco anche come persona. Solo se c'è un riconoscimento e si stabilisce una relazione empatica con l'altro il rapporto può funzionare.

L'immigrazione è un processo importante ed inizia sempre con *l'accoglienza e l'accettazione* che ne sono uno snodo rilevante: solo se si è "accettati" si accetta.

L'assistente sociale (anche per la specificità di questa professione) può senz'altro contribuire all'integrazione della popolazione immigrata. Si tratta, da parte dell'operatore, di:

- affrontare i problemi rinunciando ai vecchi schemi che, certamente, danno più sicurezza a chi li conosce e li applica da tempo, ma che oggi, con la quantità di richieste che vengono poste ed il sempre minor numero di operatori presenti nei servizi, contribuiscono ad aumentarne il *burn-out*. Gli operatori si sentono spesso impotenti, privi di mezzi perché non riescono a fornire adeguate risposte ai problemi delle persone con cui, molte volte, non condividono né nazionalità né cultura. Questo deve portare inevitabilmente a ripensare anche il proprio ruolo non solo professionale ma anche personale, costringere a non dare nulla per scontato, a vedere la vita sotto prospettive diverse, ad uscire dalle "certezze" statiche per inventarsi nuove modalità atte ad affrontare i problemi posti.
- attuare metodologie ottimali comuni ad altri servizi -e si è certi di non scrivere nulla di nuovo-: la metodologia di intervento potrebbe essere migliorata se potesse essere applicata quella utilizzata nel Consultorio Familiare (13) (là dove il Consultorio Familiare continua a mantenere la propria identità, esso si rivela un ottimo strumento di collegamento tra: l'utente, il Servizio sanitario e le altre strutture di assistenza). Questo anche per la specificità delle materie di competenza di tale servizio che affrontano fondamentali problemi della vita quotidiana e della famiglia. In particolare, la metodologia in esso adottata, che pone molta cura nel primo colloquio di accoglienza – effettuato, in genere, dall'assistente sociale –, è utile per instaurare una relazione e comprendere l'effettiva richiesta sottesa, spesso, a quella verbale e si è rivelato un notevole strumento per l'individuazione dei disagi familiari-che si

ripercuotono inevitabilmente sui minori e sulla società in genere- nonché valido strumento di prevenzione.

Quindi:

- incrementare il lavoro in équipe tra le varie figure professionali presenti in cui la componente sociale deve essere strettamente legata a quella sanitaria;
- ampliare lo spazio dedicato all'accoglienza e, soprattutto, all'ascolto attivo: per instaurare una relazione significativa senza sostituirsi all'utenza ma costruendo uno spazio per riflettere insieme, tenendo conto della propria e dell'altrui cultura, proponendo percorsi di crescita comuni;
- utilizzare lo scambio di esperienze tra i vari operatori per osservare "dal di fuori" il lavoro svolto (intervisione), per rivedere gli aspetti dell'intervento -positivi e non-, per evitare di dare per scontato ciò che non lo è;
- attivare la messa in rete con altri servizi, oltre che una rete istituzionale, che coinvolga tutti i servizi pubblici e del volontariato sociale ed i sistemi in rete tra le risorse esistenti studiate e progettate per far fronte ai bisogni multipli -spesso di prima necessità-, utile per la prevenzione del bisogno e per una sua puntuale e precoce rilevazione;
- progettare interventi, nei confronti di quelle fasi più critiche e complesse che mettono a dura prova la stabilità individuale e del nucleo familiare (quali: matrimonio, separazione, ivg, nascita di figli, adolescenza, ricongiungimento familiare, etc.), con la rilevazione delle più efficaci modalità operative utilizzate nei servizi per adottarle in ogni realtà anche tramite la definizione di protocolli operativi omogenei;
- mettersi in gioco, rinunciando a quel "distacco" che viene in aiuto anche dall'essere "al di qua" della scrivania (per non essere coinvolti troppo nelle emozioni). Non si vuole, con questo, affermare che non sia importante mantenere un certo distacco -questo è senz'altro indispensabile per cercare di essere obiettivi- ma, per poter instaurare una relazione significativa, è necessario anche condividere empaticamente i problemi delle persone che ci chiedono aiuto. È il vecchio "mettersi nei panni altrui".

Trattare gli utenti prima di tutto come persone fa parte della deontologia dell'assistente sociale, ma mettere in ballo anche le proprie emozioni, contribuisce ad allentare la propria e loro tensione, a creare quel rapporto fiduciario essenziale in ogni relazione, non solo in quella "di aiuto".

Di questi tempi in cui la "fiducia sociale" è in profonda crisi ed in cui le parole dominanti sono: "paura e diffidenza", "responsabilità penale dell'operatore", "consenso informato per prevenire denunce", la fiducia è una merce rara.

Non sempre si comprende che il rapporto fondato sulla fiducia, una volta instaurato, si riproduce e non si esaurisce ed è indispensabile per ricominciare a "fare società".

Si desidera chiudere con una citazione che più volte Maria Edoarda ha utilizzato al termine delle sue lezioni: **il percorso delle persone vulnerabili all'interno dei servizi è un indicatore della qualità quotidiana degli stessi** (14).

BIBLIOGRAFIA

1. Canti popolari salentini (S. Vito dei Normanni), La mejo giuventù, La terra del rimorso. Disponibile al link <http://w.w.laterradelrimorso.it/lamericanu>.
2. IDOS a cura di Dossier Statistico Immigrazione 2016; 2016.
3. Coccia M. L'operatore del Consultorio Familiare. In: Valle Pittalunga M, Carboni V a cura di Immigrati, migranti, residenti, Diploma Universitario in Servizio Sociale, Università degli studi di Roma La Sapienza, 2001, pp.231-240.
4. L. 194/78 Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.
5. Rapporto CNEL-OCSE, L'integrazione degli immigrati e dei loro figli in Italia 2014; OECD Publishing, pp. 48-53.
6. Zanfrini L. Sociologia della convivenza interetnica. Milano: Laterza; 2010, pp. 29-55.
7. Cesareo V. Studi e riflessioni per lo sviluppo del dialogo interculturali. In: Demarchi C, Papa N, Storti N, a cura di Per una città delle culture. Dialogo interculturale e scuola. Atti del Convegno Nazionale 8-9 maggio 1997, Quaderni ISMU 3/1998, p. 16.
8. Rossi G. Quali modelli di integrazione possibile per una società interculturale? In Bramanti D a cura di Generare luoghi di integrazione. Modelli di buone pratiche in Italia e all'estero. Milano: Franco Angeli, 2011; pp. 15-23.
9. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali Piano per l'integrazione nella sicurezza: Identità e Incontro; 2010
10. Trillò M E. Corso aggiornamento per operatori socio-sanitari, Matera 2013/2014.
11. Trillò M E, I colori della salute. Piano formativo aziendale, ASL Roma C 1997; II (2):13-17.
12. Coccia M. L'accoglienza in un Consultorio familiare. Prospettive sociali e sanitarie 2003; XXXIII (9): 17-18.
13. L.405/75 Istituzione dei Consultori Familiari; L.R. Lazio 15/76, Istituzione del Servizio di assistenza alla famiglia e di educazione alla maternità e paternità responsabili.
14. Prodi M. Etnopediatria- Milano:Hippocrates; 2004.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

La salute delle donne e madri straniere: una sfida per i nostri servizi materno-infantili

Foreign women's and mothers' health: a challenge for our maternal-infant services

Alessandra Cecchetto¹, Elisabetta Cescatti², Grazia Lesi³, Graziella Sacchetti⁴

¹ Ginecologo, Consultorio Giovani Mestre Centro

² Ginecologo, Consultorio Familiare Azienda Provinciale Servizi Sanitari Provincia di Trento

³ Ginecologo, Centro per la salute delle donne straniere Dipartimento cure primarie, UOC Consultori AUSL di Bologna, Referente per l'integrazione delle MnC negli ambiti: salute donna e per l'Oncologia, P.I. Studio Med. IO. RER e Studio AcCliMaT

⁴ Ginecologo, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni; Cooperativa Crinali Onlus, Milano

Parole chiave: donne, migrazione, gravidanza, giovani straniere, violenza e tratta in donne richiedenti asilo

RIASSUNTO

Obiettivi: partendo da un'ottica transculturale e dai cambiamenti in questi ultimi anni dell'accesso delle donne straniere ai servizi materno infantili per gravidanza, parto e interruzione volontaria di gravidanza, si propongono riflessioni su modelli migliori per le cure. Un'attenzione particolare per due categorie di donne più vulnerabili: le giovani straniere e le donne richiedenti asilo vittime di violenza e di tratta.

Metodi: analisi dei dati a disposizione e delle esperienze di operatrici ginecologhe che lavorano sia sul territorio che in ospedale e che mettono a confronto modelli di presa in carico a cura.

Risultati: analizzando alcune categorie più vulnerabili – giovani straniere, donne vittime di violenza e tratta, donne in gravidanza e richiedenti l'interruzione di gravidanza – si possono proporre interventi sia nei confronti degli operatori che nei confronti delle comunità straniere per migliorare gli indici di salute nel campo materno-infantile.

Conclusioni: i nostri servizi materno infantili possono misurare e migliorare il loro funzionamento nei confronti della popolazione assistita, usando come cartina di tornasole la modalità di presa in carico e cura delle donne straniere. La flessibilità, la competenza transculturale degli operatori, la loro formazione continua, l'utilizzo dei

Autore per corrispondenza: graziella.sacchetti@gmail.com

mediatori linguistico culturali dove sia possibile e il lavoro in équipe multidisciplinare paiono essere degli 'ingredienti' importanti per migliorare gli indici di salute materno infantile di tutte le donne.

Key-words: women, migration, pregnancy, young foreigners, violence and trafficking against women seeking asylum

SUMMARY

Objectives: we propose a change in health care management, based on the observation of the effectiveness of transcultural approach of maternal infant services oriented on foreign women's needs, such as obstetric care and voluntary abortion. We give specific importance to the analysis of two categories of more vulnerable women: young foreigners and women victims of trafficking.

Methods: we analyzed available data and the experiences of some gynecologists working in those services both in hospitals and outpatient clinics, comparing different models of taking in charge patients.

Results: it is possible to plan different actions oriented both toward health care workers, and foreign communities in order to improve health indexes in the maternal infant field, based on the analysis of vulnerable categories' behaviors and care - young foreigners, victims of abuse and trafficking, pregnant women and women seeking voluntary abortion.

Conclusions: our maternal infant services could measure and improve toward general population, using the model of services directed to the foreign population, their ways of taking in charge the healthcare of patients. The flexibility, the transcultural skills, the continuous improving, the assistance given by cultural and linguistic mediators when possible, seem to be crucial ingredients for better health indexes.

Introduzione

Più della metà della popolazione straniera regolarmente presente in Italia, ormai da diversi anni, è costituita da donne, con notevoli differenze per nazione di provenienza. Infatti, la componente femminile è molto maggiore nella popolazione proveniente dall'Europa Orientale rispetto a quella di origine africana o asiatica. Le donne sudamericane sono invece spesso il primo anello della catena migratoria e vengono raggiunte dai loro connazionali di sesso maschile. Alla fine del 2016 la componente femminile tra i residenti in Italia di nazionalità straniera è di 2.644.000 donne, pari al 52,6% del totale degli stranieri residenti (1). Vent'anni fa le donne straniere soggiornanti nel nostro paese erano meno di 500.000. Negli ultimi due anni è iniziata una nuova migrazione, quella dei richiedenti asilo e protezione internazionale, di cui nel primo periodo la componente maschile era prevalente; ma nell'ultimo anno aumenta progressivamente anche la componente femminile.

Le donne immigrate che accedono ai nostri servizi materno infantili sono in genere giovani, sane e in età riproduttiva. Inoltre, mentre nel nostro percorso di salute il concetto di prevenzione è acquisito quasi dalla totalità della popolazione autoctona, le donne straniere provengono da luoghi dove la prevenzione non esiste: si va dal medico o in ospedale quando si sta male, sia perché mancano i servizi, sia perché non fa parte della loro cultura il concetto della salvaguardia del benessere psico-fisico ancor prima di star male. Anche esami più semplici, come il pap-test non vengono fatti nei Paesi di provenienza e non vedono un'adesione spontanea da parte delle

donne immigrate nella società di accoglienza, a meno che si faccia un'offerta attiva, con una corretta informazione sul senso di tali esami.

Ognuno di noi dovrebbe sapere di appartenere ad una cultura, che non è un'entità immutabile ma un processo dinamico: la società e gli individui cambiano in continuazione. Come non esistono "le donne italiane", così non esistono le "donne egiziane": questa espressione rischia di essere un'astrazione, perché ogni donna elabora un suo modo di essere italiana/egiziana. Ogni donna migrante 'meticcias' in modo diverso la cultura di origine con l'esperienza che fa nel Paese di accoglienza.

Quindi quando incontriamo altre culture, dobbiamo pensare che ogni donna sia portatrice di una diversa cultura esterna ma essa avrà anche seguito un percorso diverso di elaborazione personale, non solo in base alla provenienza, ma soprattutto in base al proprio vissuto.

Che cosa succede quando si migra?

La migrazione rompe il collegamento, la relazione di sostegno e lo scambio reciproco fra cultura interna ed esterna: migrare significa andare in un Paese nel quale, per gli altri, la maggior parte di quello che la persona pensa non ha senso, è come se non ci si riconoscesse più e per esempio le difficoltà che la mamma immigrata vive così profondamente vengono trasmesse ai bambini, che sono particolarmente vulnerabili (2-3).

Una madre ben accolta e rispettata sarà più aperta e disponibile all'incontro di una che si è sentita emarginata, stigmatizzata, compatita o infantilizzata nei giorni in cui è stata degente in ospedale.

In questo senso è importante pensare a modelli diversi di organizzazione dei nostri servizi materno infantili e dei nostri reparti di ostetricia, nel senso di creare momenti di accoglienza, di ascolto e di presa in carico delle pazienti e dei loro bambini da un'équipe di operatori che comunicano tra loro e pensano ad una strategia comune di cura e sostegno.

Per le donne straniere, alla difficoltà di comprendere e esprimersi in italiano si aggiunge la difficoltà di capire l'organizzazione dei servizi per poterli utilizzare. Queste condizioni non favoriscono l'accesso alle cure e non rappresentano esperienze positive che incoraggiano l'utilizzo dei nostri servizi. Al di là di attitudini personali di accoglienza e ascolto, sono frequenti gli episodi di svalorizzazione della cultura "altra" e della persona che a quella cultura appartiene. La consapevolezza della necessità di imparare un atteggiamento di decentramento culturale (2) è ancora ridotta e spesso, pur con buone intenzioni, gli operatori sanitari non riescono ad aumentare il senso di sicurezza della popolazione migrante.

Una nuova figura che in questi anni ha accompagnato e aiutato sia gli operatori che le donne immigrate nel loro accesso ai servizi, sia di salute che educativi, è quella della mediatrice linguistico-culturale (MLC). Questa figura, pur non avendo un riconoscimento ufficiale della sua qualifica, ha acquisito in questi dieci anni di lavoro nei nostri consultori, nei nostri Ospedali, nelle nostre scuole, una professionalità eccellente di accoglienza e di mediazione tra culture e provenienze diverse. Le operatrici donne che si occupano della salute riproduttiva delle donne

in generale (ginecologhe, pediatre, ostetriche, psicologhe, assistenti sociali) hanno trovato in questi anni nel confronto con le MLC uno stimolo per ripensare alle proprie rappresentazioni culturali e ai modelli del corpo e di salute che abbiamo dato forse troppo per scontati e immutabili anche per le donne italiane.

Nelle prossime pagine verranno affrontati alcuni argomenti riguardanti la salute delle donne straniere, con un focus sulla salute riproduttiva in alcuni gruppi più vulnerabili: giovani ragazze, donne in maternità, donne richiedenti protezione internazionale e vittime di violenza.

Giovani e straniere

Una bambina o ragazza straniera può essere qui in Italia perché: 1) nasce qui da almeno un genitore italiano; 2) nasce da entrambi i genitori stranieri; 3) arriva in Italia per ricongiungimento familiare; 4) è una MSNA (Minore Straniero Non Accompagnato/a). In queste pagine ci si occuperà del secondo e terzo gruppo, che ci sembrano più vulnerabili rispetto al primo (nate da un genitore italiano). I dati offerti dall'ISTAT nel rapporto: "Natalità e Fecondità in Italia nel 2015. 10 anni a confronto" ci mostrano come dal 2005 al 2015 i nati in Italia da almeno un genitore straniero siano passati dal 13% al 20,7% e quelli nati da ambedue i genitori stranieri dal 9,4% del 2005 al 14,8% del 2015. È quindi una presenza importante.

Chi nasce in Italia da una coppia di stranieri ha delle difficoltà che sono proporzionalmente tanto maggiori quanto minore è l'inserimento sociale dei genitori nella comunità ospitante. Già al momento della nascita possono emergere quelle patologie legate a un mancato rapporto col Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La non conoscenza dell'organizzazione sanitaria italiana e della gratuità degli accertamenti in gravidanza esitano in controlli gravidici sporadici e discontinui, nell'ignoranza delle indagini prenatali, in approfondimenti diagnostici. Il non partecipare ai corsi di preparazione alla nascita espone al rischio di un maggior disorientamento della donna al momento del parto con aumento di distocie, maternity blues e psicosi puerperali. Il bambino di coppia straniera, una volta nato, continua un percorso difficile. Infatti non verrà sottoposto alle vaccinazioni né ai controlli periodici di crescita fisica ed intellettuale se i genitori, perché male inseriti, non sono a conoscenza del fatto che ogni bimbo in Italia ha diritto all'iscrizione al SSN, al suo PDS (pediatra di Libera Scelta), alla gratuità delle cure fino ai 6 anni, anche se i genitori stessi sono senza permesso di soggiorno. La mancata iscrizione all'asilo o alla materna riduce gli stimoli che potrebbero aiutare a ridurre eventuali patologie e facilitare l'inserimento nella cultura del Paese di accoglienza. Via, via a cascata, anche se non ci sono ritardi nello sviluppo fisico e cognitivo, l'entrata alle elementari può divenire un ulteriore elemento di difficoltà e provocare una crisi (4-5). Se il progetto migratorio dei genitori non è esplicito ed esplicitato ai figli, se manca un racconto perché il trauma migratorio dei genitori è stato troppo grande e terribile, i figli possono portarne l'"ombra" e soffrirne molto, proprio perché il non detto, la mancata elaborazione del trauma pesa sul clima familiare e sui rapporti sia interni, che esterni. Spesso la bambina/o sa parlare meglio l'italiano dei genitori per cui può avere l'onere

di fare da traduttrice dal medico o negli uffici, sopportando una grande fatica psichica, legata alla difficoltà dei termini linguistici di cui una bambina/o non sa il significato, (per esempio si pensi a: mestruazione, rapporti sessuali, aborto, schemi terapeutici, permesso di soggiorno, contratti d'affitto). Può verificarsi così l'inversione dei ruoli: è la bambina/o, anziché l'adulto, quella che si deve rapportare con le istituzioni della cultura dominante, senza la "protezione" dei genitori; ed è lei/lui che li protegge rispetto a una lingua e a una cultura incomprensibili. Ciò non aiuta i rapporti intra-familiari, mettendo il genitore in una posizione di dipendenza dai figli e quindi svalutandolo ai loro occhi. Le continue assenze da scuola, legate magari alle incombenze di traduzione, provocano uno scadimento del rendimento scolastico, aggravato dai frequenti ritorni al Paese di origine. Il non essere né qui, né lì di questi bimbi e bimbe, può così diventare molto doloroso e difficile: non sono padroni di una lingua, né dell'altra; il percorso scolastico è accidentato: programmi non congruenti tra i due Paesi, materie e ordinamento scolastici diversi, percorsi valutativi e pedagogici difformi; non si è mai al pari coi compagni, non si fa appieno parte di una cultura, non ci si può affezionare a dei luoghi o a delle persone in modo stabile. Certo internet, i cellulari, skype, i trasporti aiutano, più di quanto non fosse un tempo, ma possono provocare una "virtualizzazione" dei rapporti amicali e affettivi e una nostalgia rabbiosa per ciò che, in teoria, potrebbe essere raggiunto velocemente, se solo ci fossero le risorse economiche adeguate. A scuola, all'asilo, alla materna, alle elementari si introietta la cultura del Paese ospitante e ci si può sentire membri di quel Paese, ma si è anche membri dell'altro, del Paese d'origine dei genitori, dove ci sono le radici e i legami parentali più antichi. Alle soglie dell'adolescenza comincia il vero processo di costruzione della propria identità (6), che per queste giovani è totalmente nuova, un'identità a ponte tra due culture, con tutte le pressioni che le ragazze in particolare ricevono, investite dal gruppo di appartenenza del compito di "serbare le tradizioni" e allo stesso tempo desiderose di raggiungere la propria autonomia e un ruolo nel Paese di accoglienza, che sentono come proprio. Ecco così che, soprattutto in adolescenti provenienti dal Maghreb, dall'Iran, dal Bangladesh e Pakistan, compaiono il velo, i vestiti tradizionali, il modo di camminare a piccoli ed eleganti passi, la modestia dello sguardo e dell'atteggiamento, il riconoscimento del ruolo maschile come privilegiato e del proprio come subordinato, la prospettiva del matrimonio e dell'aver figli come unico senso del proprio vivere, il compito di portare avanti il lignaggio avendo un figlio maschio. La sessualità non può, in questa prospettiva, essere vissuta prima del matrimonio, la verginità torna a essere, come lo era da noi fino a quarant'anni fa, un valore assoluto, i rapporti coi coetanei maschi devono essere controllati e sono ammesse solo le amicizie femminili (7). Ma queste sono ragazze che frequentano da sempre classi miste e sentono la loro adolescenza come spinta all'imitazione e all'identificazione coi coetanei, con quanto in termini di libertà, anche sessuale, gli viene offerto dai costumi del Paese ospitante, un Paese che non gli è certo estraneo. Inevitabili i conflitti, fisiologici, ma che in una situazione di costruzione nuova dell'identità cozzano prepotentemente con le aspettative dei genitori. Tanto più, come si diceva, se questi non si sono inseriti, non hanno

trovato un'armonica collocazione nel Paese ospite, che li ha respinti, piuttosto che accoglierli, e vivono la lacerazione del ricordo arroccati nella "tradizione" originaria, per non perdere la loro, di identità. Nei casi peggiori, la ragazza viene rapidamente rispedita al Paese, magari in un "college" rigorosamente femminile, per ragazzine di buona famiglia; oppure il conflitto raggiunge tale violenza da determinare la segnalazione al Tribunale per i Minorenni, l'allontanamento dalla famiglia, la collocazione in comunità educativo/riabilitativa. Non mancano le ragazze che piombano in una plumbea fase depressiva o che passano all'atto, magari rimanendo incinte, per colmare un vuoto, per mostrare ai propri genitori che si è "mature" (almeno fisicamente), per costringerli a vedere la sessualità della propria figlia e a occuparsi di lei. Non sono, questi, meccanismi difforni da quelli messi in atto dagli adolescenti autoctoni, ma sono resi più complicati dall'isolamento della famiglia straniera, dalla mancanza di rete parentale che potrebbe ammortizzare il conflitto (i nonni, gli zii, i cugini, i fratelli maggiori, magari sono al Paese d'origine), dalla diversa struttura sociale del Paese europeo che mette giuridicamente la protezione del minore come prioritaria, rispetto alle esigenze del clan familiare (6-7).

Abbiamo visto come la nascita, l'entrata a scuola, l'adolescenza, siano periodi particolarmente "delicati" per il minore straniero. E abbiamo tentato di analizzare cosa succede a chi è figlio di una coppia straniera e nasce qui.

Problemi simili, alle volte perfino più violenti, caratterizzano le e gli adolescenti che arrivano in questo periodo della loro vita per i ricongiungimenti familiari. Magari dopo un lungo iter burocratico, durato anni, per i genitori (o il genitore) emigrati. Il tempo d'attesa spesso ha costruito un castello di fantasie su un ipotetico 'Paese dei Balocchi', favoleggiato come il luogo dove il genitore emigrato è diventato ricco: i regali, i pacchi dono con ogni ben di Dio, le rimesse, che nell'infanzia hanno consentito al bambino una vita più che agiata al Paese coi nonni, hanno confermato delle aspettative che al momento dell'agognato ricongiungimento si infrangono con una realtà del tutto diversa e dura. Questi adolescenti si trovano a casa di due "estranei": sì, sono i suoi genitori, ma ben diversi nel quotidiano, in una casa piccola e spesso non bella, con un lavoro che li porta fuori tutto il giorno e talmente stanchi alla sera che il dialogo è monosillabico. I genitori non sono degli "arrivati", non sono ricchi, la loro posizione è, di solito, ai livelli bassi della scala sociale; non hanno tempo per i/le figli/e perché devono lavorare tanto per il mutuo, per i soldi da mandare al Paese, per il costo della vita in un Paese europeo e hanno gli orari peggiori. È come se avvenisse una "adozione" nonostante tutto. Manca però il riconoscimento sia da parte del genitore, che da parte della società ospite, di quello che significa il ricongiungimento familiare con un adolescente e delle provvidenze che sarebbero necessarie per consentire alla famiglia, anche monoparentale, di ricostruirsi. Ci vorrebbe del tempo, che consentisse l'adattamento a questa nuova nascita, a questa "affiliazione" (7). Le ragazze che vediamo in Consultorio spesso sono investite dai due o dall'unico genitore della responsabilità di "riuscire" a scuola, individuata come luogo privilegiato per inserirsi nella società ospitante, in modo riparativo rispetto a quanto loro non sono riusciti a fare. Ma spesso

questo obiettivo non è raggiungibile per la difficoltà linguistica, per l'alfabeto diverso, per il percorso e l'ordinamento scolastico difforme, la diversità di curriculum, la mancata comprensione delle indubbie difficoltà iniziali del giovane immigrato da parte dei docenti in termini di profitto e di comportamento. Di solito queste ragazze straniere sono molto brave nelle lingue, ma non riescono ad avere subito ottimi risultati in italiano o nelle lingue antiche. Per questo vanno incontro a un blocco dell'apprendimento basato su una barriera psicologica. Dopo essere state iscritte a un liceo, individuato dai genitori come luogo del riscatto sociale della famiglia, approdano spesso a corsi di formazione professionale, nonostante indubbie capacità intellettive accumulando una forte frustrazione personale, mista a rabbia verso la scuola, il Paese ospitante, i propri genitori che potevano lasciarle al Paese e che invece le hanno costrette a emigrare. Il trauma che comunque subiscono merita di trovare ascolto in un percorso terapeutico adatto, che in Consultorio tentiamo di offrire.

Secondo la nostra esperienza, il numero delle ragazze straniere che afferrisce ai Consultori è aumentato notevolmente (es. nel Consultorio di Venezia-Mestre la presenza è passata dal 3-5% al 40%). Queste adolescenti arrivate per i ricongiungimenti familiari vengono in Consultorio in guppetti omolinguitici o col proprio ragazzo, solitamente della stessa nazionalità: hanno bisogno di ricostituire un pezzo della loro storia e delle loro radici. Conoscono il Consultorio perché gli operatori sono andati a scuola per i corsi di educazione all'affettività e alla sessualità consapevole. Alle volte hanno saputo dell'esistenza della struttura da internet, che usano molto bene. Sanno poco del SSN. Le ragazze provenienti dall'Est europeo sono abituate a pensare di sposarsi presto e di avere una gravidanza da giovani. Hanno un'educazione di base favorevole all'aborto, non all'uso dei contraccettivi: il condom è poco utilizzato e, anche presso di loro, come tra le adolescenti autoctone, "spopola" il coitus interruptus. Non hanno coscienza delle malattie sessualmente trasmissibili, non discostandosi in questo dalle loro coetanee "nostrane". Il punto d'ascolto a scuola, gli spazi giovani dedicati presso i Consultori, la presenza di personale formato, non razzista e attento ai loro cambiamenti e a quelli della società ospitante, fanno la differenza in termini di abbandono di mentalità non tutelanti e di scelta di comportamenti sessuali consapevoli. Prevenire è meglio che curare! Vale per tutti, ma ha ancora più valore pensando alle nuove generazioni di giovani, stranieri o non, che sono il futuro del nostro Paese e dell'Europa intera.

La maternità negata

Il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza in Italia ha subito una riduzione dal 1982 al 2015 del 62.5%. Il nostro Paese ha uno dei tassi di abortività volontaria tra i più bassi dell'Europa occidentale (8). La decrescita dei dati di abortività volontaria è stata riscontrata in questi anni tra le donne italiane, ma un progressivo decremento delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) si è osservato tra le donne straniere, soprattutto quelle provenienti da aree più povere del mondo (PFPM) (figura 1). Nel 2003 i tassi di abortività delle donne provenienti

Figura 1- Numero di IVG per Paese di nascita, Italia 1980-2015

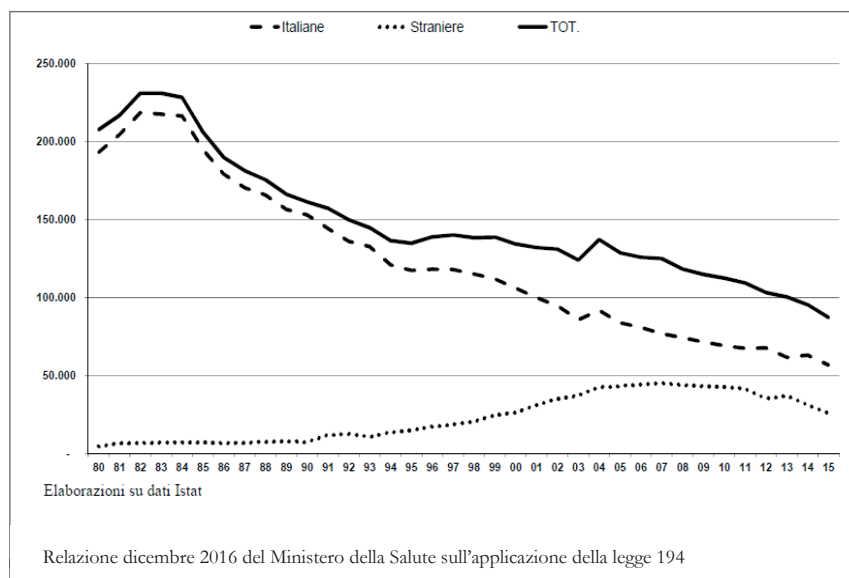
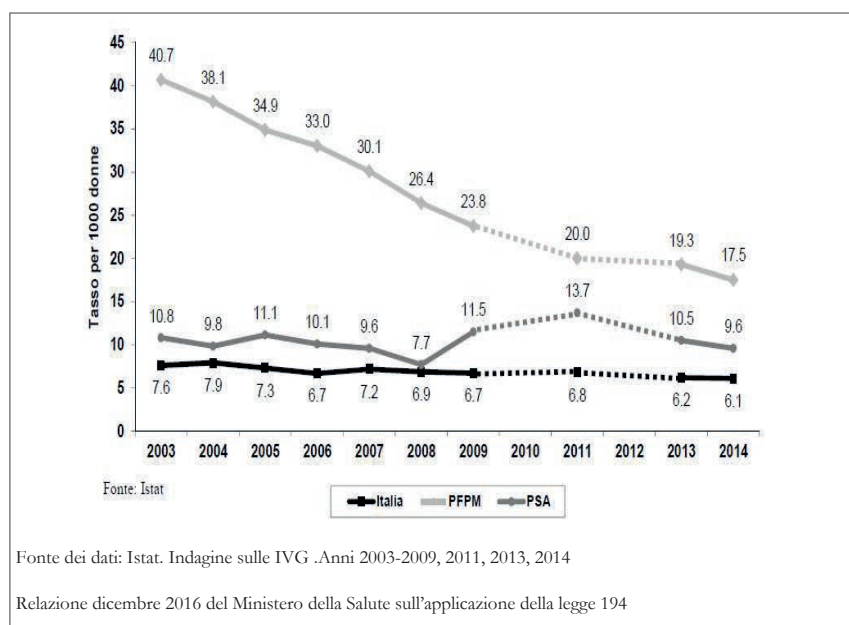


Figura 2- Tassi di abortività per grandi raggruppamenti di cittadinanza, 2003-2014



da questi paesi erano 5,4 volte superiori di quelli delle donne italiane e nel 2014 di 2.9 volte (figura 2) (9).

Questa tendenza alla riduzione delle IVG tra le donne provenienti da PFPM e del divario con le donne italiane può rappresentare un segnale di integrazione da parte delle donne straniere e una modifica nei comportamenti relativi alle scelte di procreazione responsabile, come si è verificato negli anni tra le donne italiane.

Ciò è avvenuto grazie all'azione di presa in carico e accompagnamento da parte degli operatori dei servizi territoriali, alla migliore integrazione della popolazione nel territorio e alla conoscenza dei servizi socio-sanitari da parte delle donne straniere. La modalità operativa adottata nei servizi consultoriali è quella dell'offerta attiva, cioè la capacità da parte dell'operatore di superare le barriere della comunicazione, la capacità di ascoltare e comprendere e cercare insieme alla donna/coppia le possibili alternative alla IVG, ascoltando i bisogni e accompagnando la donna verso una scelta consapevole e serena. L'ascolto attraverso la "lettura" di una mediatrice linguistico-culturale ci ha aiutati a capire le storie, il vissuto delle donne che in altro modo non avremmo mai neppure potuto immaginare, comprendendone il loro significato all'interno di rappresentazioni culturali diverse dalle nostre. Fondamentale per prevenire il ricorrere di queste donne all'aborto ripetuto è la continuità assistenziale tra consultorio e ospedale, prevedendo una presa in carico della donna dal momento della richiesta di IVG, cercando di capire con lei quali sono stati i problemi che l'hanno portata a non utilizzare la contraccezione in maniera corretta e programmando già in questo momento la visita post-IVG nel corso della quale approfondire e fornire informazioni sui vari metodi e prescrivere un metodo contraccettivo condiviso con la donna. Un momento di confronto e di offerta attiva della contraccezione è rappresentato dalla visita programmata per lo screening per il cervico-carcinoma che coinvolge la fascia di popolazione di donne in età fertile residente e nel contesto dei corsi di informazione e educazione sessuale nelle scuole. Nel campo della prevenzione dei tumori delle fasce più deboli di popolazione molto può essere migliorato, promuovendo l'accesso e la fruibilità dei servizi e delle prestazioni anche alle donne non residenti e organizzando incontri dedicati per gruppi di donne di etnie diverse o programmando interventi all'interno delle comunità straniere stesse. Momenti importanti per la condivisione di conoscenze della prevenzione di gravidanze indesiderate e delle malattie sessualmente trasmesse sono i corsi di informazione e educazione sessuale nelle scuole e le "porte aperte" al consultorio nello spazio giovani, che dà spazio alle richieste dei/delle ragazze adolescenti (10).

È fondamentale l'offerta attiva di sistemi contraccettivi nel momento della dimissione dopo il parto in Ospedale, perché quando la donna sarà sola a casa con il suo bambino, l'utilizzo di un contraccettivo sicuro sarà l'ultima delle sue preoccupazioni.

La riduzione del numero dei Consultori e la mancata sostituzione degli operatori che lavoravano nelle strutture esistenti, pregiudica in parte la qualità e l'efficacia della mission dei servizi territoriali. A causa dello scadere della qualità del servizio di mediazione linguistico-culturale,

talora ridotto a mera traduzione effettuata per via telefonica, è molto ridotta l'opportunità di lavorare con MLC formate e competenti, sostituite nel ruolo di traduttrici da vicine di casa e amiche della donna.

Riteniamo che la formazione degli operatori in ambito trans-culturale rimanga un pilastro importante per migliorare la capacità di interpretare linguaggi e relazioni, in un contesto di un fenomeno migratorio in continuo cambiamento.

Dal punto di vista poi di una politica di prevenzione dell'aborto ripetuto è importante ricordare che da luglio 2016 i contraccettivi orali prescrivibili in fascia A sono stati riclassificati in fascia C, a totale pagamento dell'utente. La spesa per la contraccezione orale che le donne ora devono affrontare è di circa 130-140 euro/anno. Anche i condom un tempo distribuiti a titolo gratuito in consultorio nell'ambito delle campagne per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, non sono più disponibili. Inoltre sempre più limitata è la possibilità di offrire l'impianto sottocutaneo – utilizzato soprattutto dalle donne provenienti dal Centro e Sud America – da parte dei Consultori, sia per carenza di personale formato che possa dedicarsi e per mancanza di fondi per l'acquisto dei dispositivi; e si è anche ridotta la disponibilità di 'dispositivi intrauterini' (IUD) – utilizzati soprattutto dalle donne provenienti dall'Est Europa – offerti a titolo gratuito alle donne con difficoltà economiche in questa situazione.

Le ragazze straniere minorenni e le madri straniere pluripare, fasce di popolazione più a rischio per le gravidanze indesiderate, non possono accedere a contraccettivi sicuri ricorrendo all'utilizzo di metodi contraccettivi di minore efficacia.

Ci pare quindi che il solo impegno degli operatori a offrire counselling per la procreazione responsabile, ridotti numericamente dopo i tagli economici effettuati soprattutto a carico dei servizi territoriali, non potrà riuscire a far fronte alla prevenzione secondaria delle gravidanze indesiderate.

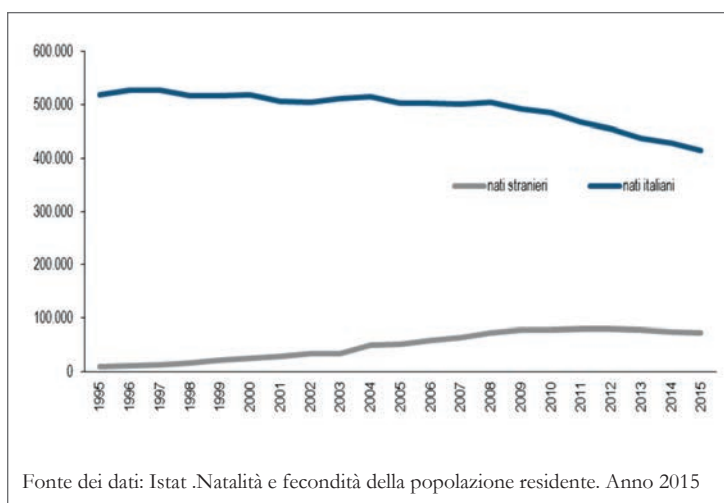
La maternità desiderata

Il numero dei bambini nati in Italia nel 2015 risulta di molto inferiore a quello dei nati negli anni precedenti. La tendenza al calo delle nascite è conseguente alla diminuzione della popolazione femminile in età fertile e del tasso di fecondità, che interessa sia le donne italiane ma anche le donne straniere (11).

Queste ultime rappresentano il 20% delle donne che partoriscono nel nostro Paese, percentuale che arriva al 25% nel Nord Italia dove è maggiormente presente la popolazione immigrata. Al primo posto per numero di figli sono le donne rumene, al secondo le marocchine, al terzo le albanesi e al quarto le donne cinesi. L'età media al parto delle donne straniere è più bassa di quella delle donne italiane e più frequentemente si tratta di donne coniugate e casalinghe, con scolarità bassa (12).

Il tasso di fecondità totale (cioè il numero medio di figli per donna) è sceso tra le donne straniere da 2.65 figli per donne nel 2008 a 1.97 nel 2014 (figura 3) (13).

Figura 3- Nati italiani e stranieri nella popolazione residente in Italia. Anni 1995-2015, valori assoluti.



Le donne straniere in gravidanza che accedono ai nostri servizi rappresentano una popolazione molto eterogenea, composta da donne dell'area Magreb, dell'Albania e Macedonia da molti anni in Italia per ricongiungimento familiare, da donne cinesi, moldave, ucraine, filippine e ecuadoriane che avevano al primo posto il lavoro nel loro originale progetto migratorio. A loro si aggiungono le donne nigeriane giunte in Italia con migrazione forzata, che talora hanno subito violenza durante il percorso.

Difficile trovare fattori che accomunano storie di donne così diverse, però forse la sottovalutazione del proprio stato di salute e la tendenza a non sottoporsi ad accertamenti medici in gravidanza è un fattore comune. Si trovano ad affrontare la gravidanza in un paese straniero, senza l'accompagnamento familiare e sociale tradizionale nei paesi di origine. Rimangono sole a custodire e tramandare i valori della loro cultura.

Frequentemente incontriamo donne in gravidanza o in allattamento che praticano il Ramadan, mentre un tempo erano esentate dal digiuno.

Effettuano mediamente meno visite in gravidanza e meno ecografie rispetto alle donne italiane e effettuano la prima visita più tardivamente, talora compromettendo le possibilità di diagnosticare precocemente e monitorare le condizioni cliniche che deviano dalla fisiologia o di identificare problemi fisici o di carattere sociale pre-esistente (il 2.65% delle italiane e l'11.5% delle straniere effettua il primo controllo dopo la 12° settimana).

Il ricorso al taglio cesareo è più frequente tra le donne italiane ma percentualmente più frequente è il taglio cesareo in travaglio tra le donne straniere perché talora accedono all'Ospedale poco tempo dopo il loro arrivo in Italia, senza documentazione degli accertamenti eseguiti o senza mai averne eseguito nessuno nel Paese da cui arrivano. La chiusura di punti nascita

periferici rende gli ospedali regionali più difficilmente raggiungibili per le donne straniere per mancanza di mezzi e per la difficoltà di organizzare la vita del resto della famiglia senza una rete di sostegno.

Tra gli indicatori di salute neonatale emergono differenze statisticamente significative a sfavore dei bambini stranieri per quanto riguarda i nati prematuri, i bambini fortemente sottopeso e i nati che necessitano di rianimazione e di un ricovero dopo la nascita.

L'impegno richiesto agli operatori dei servizi è la comunicazione dell'importanza di sottoporsi a controlli medici e laboratoristici in gravidanza. Poter esprimere le proprie diverse esperienze e confrontarsi con l'ostetrica all'interno del percorso nascita sui vantaggi degli esami prescritti in gravidanza, soprattutto se in un regime esente da ticket, favorisce la conoscenza dei servizi e l'adesione ai protocolli proposti. Il percorso nascita, a cui le donne straniere aderiscono volentieri per la facilità all'accesso e la sua gratuità, rappresenta un modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica, in collaborazione con il ginecologo, il medico di medicina generale, i consultori e le altre strutture territoriali che costituiscono la rete territoriale di assistenza integrata alla donne in gravidanza. Gli incontri di accompagnamento alla nascita, oltre alle visite post-partum e le visite a domicilio, la visita alla dimissione dopo il parto, rappresentano l'opportunità di costruire relazioni di fiducia con gli operatori e di potersi confrontare in un "luogo sicuro" su temi importanti e delicati come la contraccezione.

La 'regionalizzazione' della maggior parte degli investimenti economici in sanità e la riduzione in molte Regioni del numero dei Consultori, la chiusura dei punti nascita periferici, potrebbero ridurre la fruibilità dei servizi soprattutto nei confronti di donne con minore risorse economiche e maggiori difficoltà allo spostamento, poiché le donne straniere si affidano con più facilità delle donne italiane alle strutture pubbliche per l'assistenza in gravidanza.

La gravidanza impossibile

Tra le donne straniere, soprattutto di età maggiore dei 30 anni, emerge spesso la richiesta di informazioni riguardanti le metodiche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) per ovviare alla difficoltà di iniziare una gravidanza in territorio di immigrazione. Talora questa esigenza nasce dalla richiesta che arriva dal paese dalla famiglia di origine, talora da sterilità non ben indagata a cui la coppia desidera far fronte per realizzare il percorso migratorio. Nella nostra esperienza abbiamo incontrato coppie provenienti da paesi diversi che si sono sottoposte a sofferte ricerche di gravidanza sollecitate dalle madri/suocere, che facevano pressione pur non essendo informate e consapevoli dei rischi di affrontare una gravidanza delle loro figlie/nuore (ad es. dopo molti tagli cesarei precedenti, o in un altro caso per il rischio di trasmettere anomalie cromosomiche nei nascituri). Queste donne sono più giovani delle donne italiane che si rivolgono al servizio PMA e spesso non si sono sottoposte a screening adeguato prima dell'accesso. Talora non risultano ben informate sui rischi della procedura (più alto ricorso a taglio cesareo e aumento % dei parti plurimi e quindi aumento del rischio di prematurità). La discriminante

della difficoltà di far fronte all'alto costo del ticket per le prestazioni in Italia, per di più diverso tra Regione e Regione, impone migrazioni verso centri esteri meno conosciuti (13).

Violenza, tratta nella migrazione: donne richiedenti asilo

Dall'analisi di 141 ricerche effettuate in 81 Paesi (14-15) si evidenzia un quadro allarmante: il 35% delle donne subisce nel corso della vita qualche forma di violenza e il 42% di coloro che hanno subito abusi ha riportato danni alla salute. Una donna su sei che si reca in pronto soccorso per fratture, ha subito violenze domestiche e a quasi nessuna di queste 3.000 donne, erano state fatte domande su eventuali abusi subiti dal partner. La violenza ha conseguenze sulla salute: depressione e alcolismo (sono due volte più probabili in chi ha subito violenze dal partner), infezioni sessualmente trasmissibili, raddoppia la probabilità di aborto volontario e peggiora la salute dei bambini nati in seguito a violenze. Se ci riferiamo al tema della violenza nella donna immigrata, bisogna rilevare che è sempre più frequente l'arrivo ai servizi sanitari di donne immigrate che hanno subito esperienze traumatiche: violenze al paese d'origine e/o nel percorso migratorio. La maggior parte delle richieste di IVG nelle richiedenti protezione umanitaria, sono legate a violenze subite. Ciò nonostante è necessario sottolineare che il tema della violenza di genere nelle donne immigrate non deve generare lo stereotipo che il problema sia specifico delle popolazioni migranti. È necessario, invece riflettere su cosa è percepito come violenza e su come i cambiamenti di carattere culturale, economico e sociale che avvengono all'interno delle nostre società, hanno reso evidente e non tollerato un fenomeno che in altri contesti sociali può non essere sentito come tale neppure dalle donne stesse. Da un lavoro di analisi eseguita presso il Centro per la salute delle donne straniere e loro bambini di Bologna (CSDB) nel 1997/1998 (16) si evidenziava che la maggior parte dei partner delle donne straniere maltrattate era italiano e inoltre, che le donne prostitute straniere, inviate dall'Unità di strada al CSDB, per i normali controlli di prevenzione, riferivano sintomi che l'OMS classifica come indicatori di violenza, facendo emergere, già allora un mondo misconosciuto di violenze legato alla tratta di donne immigrate a scopo di prostituzione. Il fenomeno è in aumento e coinvolge in primis i Consultori Familiari (42 donne negli ultimi sei mesi si sono rivolte al CSDSB di Bologna). Tra le varie forme di violenza di genere, infatti, il traffico di donne e minori è una triste specificità vissuta da questa popolazione. Si tratta di una violenza organizzata, in cui è arduo distinguere i confini tra adattamento a una condizione cui è difficile opporsi, sopraffazione e/o sfruttamento e reale volontarietà. Questo fenomeno si intreccia con vari aspetti: l'età giovanissima delle ragazze, il contesto di fortissimo bisogno in cui vivono, la diffusione della cultura del consumo e il miraggio di una vita migliore. Si stima che il traffico di donne e bambine, ai fini di sfruttamento commerciale del sesso, produca un fatturato annuale che, secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale per le Migrazioni (OIM), arriva fino a 8 miliardi di dollari. Gli enormi profitti che i responsabili traggono da queste attività, sempre più spesso legate al crimine organizzato, hanno trasformato questo commercio in una minaccia

globale rapidamente crescente. Nella Relazione della Commissione al Parlamento e al Consiglio dell'Unione Europea (17), sui progressi compiuti nella lotta alla tratta di esseri umani, si calcola che nel 2016 siano state registrate 15.846 vittime (4079 azioni penali – 3129 condanne), di cui il 67% per sfruttamento sessuale, il 21% per sfruttamento lavorativo, il 12% per altre forme. Di queste il 76% erano maggiorenni e il 15% minori. Le principali nazionalità extra UE erano: Nigeria-Cina-Albania-Vietnam-Marocco. Un caso specifico e paradigmatico sono le 'donne nigeriane' vittime di tratta (rapporto OIM) (18-19) individuate negli sbarchi in Sicilia. Il rapporto evidenzia un imbarbarimento dei metodi di assoggettamento e un incremento di violenze e abusi ai danni delle vittime, che hanno margini di libertà molto inferiori al passato e vivono un vero e proprio terrore nei confronti dei trafficanti. La migrazione proveniente dalla Nigeria è dal 2015 in grandissimo aumento con un totale di 19.5762 persone sbarcate di cui 901 minori non accompagnati. La maggior parte di queste donne è destinata allo sfruttamento e il rapporto sottolinea come la via dell'immigrazione irregolare, attraverso il Mediterraneo, stia diventando un'importante rotta del traffico di esseri umani. Le caratteristiche esemplificative delle donne nigeriane sono la fotografia più chiara di tutte le donne straniere vittime di tratta. Le donne minori provengono dalle aree più povere della Nigeria (in particolare dai villaggi intorno a Benin City) e da famiglie particolarmente indigenti. Spesso sono orfane o allevate da parenti lontano dalle famiglie di origine. Spesso sono le primogenite, condizione che impone loro, secondo la tradizione e cultura nigeriana, l'obbligo morale di mantenere il genitore vivente e i fratelli minori. Sempre più spesso le ragazze sono "vendute" ai trafficanti dalle famiglie di origine che sperano così di avere una possibilità di riscatto sociale ed economico o in alcuni casi di mera sopravvivenza. Di recente, poi, l'OIM registra un sensibile aumento di vittime di tratta minorenni. Sempre più piccole e inesperte le ragazze sono più facilmente manipolabili e incapaci di chiedere aiuto per sottrarsi allo sfruttamento e alla violenza. La maggior parte delle migranti viene sottoposta a un rituale voodoo, talvolta cruento e, in alcuni casi tale rito viene svolto presso dei templi (i cosiddetti Shrines), modalità che rende l'assoggettamento delle ragazze ancora più forte. Questa ritualità è finalizzata a creare nelle donne una condizione di vero e proprio terrore che le costringe al silenzio e a impegnarsi a ripagare il debito che si assumono per arrivare in Europa senza creare problemi. La somma di denaro che devono restituire è compresa tra i 20 e i 50 mila euro. In alcuni casi la destinazione finale della tratta è la Libia ed è quindi lì che inizia lo sfruttamento. Le più giovani possono essere accompagnate durante il viaggio da complici degli sfruttatori. Il viaggio inizia quasi sempre da Benin City, dove esistono infrastrutture organizzative che facilitano il lavoro dei trafficanti (mezzi di trasporto, possibilità di reperire documenti falsi). Generalmente alle donne destinate all'Europa viene detto che andranno a lavorare in Italia come domestiche o in altre attività lecite (parrucchiera, commessa, cameriera, ecc..). Alcune sono consapevoli del fatto che dovranno prostituirsi per ripagare il debito, ma non hanno alcuna idea del livello di sfruttamento a cui saranno sottoposte e si affidano ai trafficanti con un sentimento di paura misto a gratitudine. La perma-

nenza in Libia, soprattutto negli ultimi tempi, rappresenta una delle parti più dolorose del viaggio. Portate e trattenute presso le “connection house”, in attesa della partenza per l’Europa, le donne subiscono violenze sessuali, torture, sequestri/arresti. Si tratta di esperienze traumatiche spesso organizzate o tollerate dagli sfruttatori, con lo scopo di indebolire la resistenza delle vittime e “piegarle psicologicamente e fisicamente”. Tutte le donne che hanno vissuto l’esperienza del carcere, hanno dichiarato di avere subito violenza sessuale durante la detenzione. L’OIM registra da ultimo anche un aumento di donne in stato di gravidanza a seguito di violenze. Ma è noto ai trafficanti che le donne in gravidanza ricevono un trattamento migliore in alcuni paesi europei e che la presenza di un bambino favorisce spesso la permanenza legale delle donne nei paesi di destinazione, lasciandole più libere di prostituirsi ed essere sfruttate. Accade quindi che le donne dichiarino di essere “fidanzate” o addirittura sposate con uno dei loro accompagnatori e di costituire con il bimbo in arrivo un vero e proprio nucleo familiare. A questo proposito l’OIM ha individuato alcune caratteristiche delle donne/minori immigrati in arrivo con gli sbarchi che sono dei veri e propri indicatori di tratta (Tabella n.1), utili agli operatori per avere almeno il sospetto di trovarsi di fronte ad una donna trafficata.

OIM: indicatori di tratta (19)
• Sesso (sono per lo più donne)
• Età (15 e i 24 anni, ma le minori dichiarano di essere adulte),
• Nazionalità (prevalge la Nigeria, ma ci sono donne del Gana o di altre aree dell’Africa),
• Provenienza (In Nigeria: Edo State, Delta State, Lagos State, Ogun State, Anambra State)
• Luogo di partenza (Edo State)
• Basso livello d’istruzione, l’appartenenza a famiglie particolarmente disagiate e con problemi economici,
• Essere primogenite (dicono di dover raggiungere un parente o un amico in Italia o in Europa)
• Problemi comportamentali (Aggressività, introversione, diffidenza e scarsa collaborazione, paura di visite mediche)
• Segni fisici evidenti di violenza/tortura
• Problemi psicologici (ansia, scarsa autostima, depressione)
• Frequenti allontanamenti, autorizzati o meno controllate da parte di altri coniugi, compagne/i, parenti, veri o fittizi, tramite il telefono)
• Dichiarano di essere orfane
• Dicono che non hanno pagato nulla per il viaggio
• Hanno difficoltà a raccontare il loro viaggio , specie nella parte finale, dalla Libia all’Italia
• Se in gruppo, sono le più sottomesse e silenziose.

Tabella 1- Indicatori di tratta, elaborati da l’OIM. Sono caratteristiche di donne/minori migranti giunti in Italia con gli sbarchi

Assistere queste donne è una impresa ardua perché spesso le vittime di tratta non desiderano, almeno in un primo momento, rivelare la propria situazione. Nei sentimenti della donne prevale l'eccitazione di essere riuscite ad arrivare in Europa che le rende incredule alle parole di chi le assiste e cerca di informarle relativamente ai pericoli cui possono andare incontro. Sembra un paradosso, ma prevale la fiducia e la gratitudine nei connazionali e la diffidenza nei confronti di tutti gli altri. È un dato di fatto che le donne vedono nel trafficante di persone chi le ha "aiutate" ad arrivare in Europa e pensano che lo sfruttamento sia un prezzo da pagare per raggiungere una situazione di benessere. Questo sentimento deve essere contestualizzato rispetto alla condizione di origine delle vittime e al grado di comprensione di ciò che accade loro. La normalità per loro è spesso molto diversa da quella comune nel nostro paese: violenze, abusi, lo stesso sfruttamento non sono a volte percepiti con la stessa gravità e allarme. La prevenzione e la cura della salute di questa popolazione di donne necessita di un cambiamento culturale, in cui la differenza di genere non sia considerata differenza di valore e di diritti. Richiede un importante lavoro di informazione educazione presa di coscienza dei professionisti, per imparare a riconoscere il problema violenza di genere e aiutare la donna a esprimere i sintomi prima e le angosce poi. La relazione terapeutica con donne che hanno vissuto esperienze traumatiche come nel caso della violenza di genere o di tratta ai fini di sfruttamento sessuale è quindi un approccio complesso che richiede insieme alle necessarie competenze tecniche, ascolto e attenzione per individuare e avviare ad un percorso di aiuto. Il professionista, in sintesi, ha il compito fondamentale di riconoscere ciò che la vittima non sa dire, dal linguaggio non verbale e/o dai sintomi fisici, perché la violenza in questi casi parla attraverso il corpo (indicatori di violenza OMS) (14). Parallelamente è necessario altrettanto impegno per informare/formare le donne e le comunità di appartenenza al fine di generare quel cambio di mentalità verso il rispetto tra i generi, che è il vero anticorpo contro la violenza.

Conclusioni

Possiamo concludere che le donne straniere hanno messo in evidenza, processo che forse già un'élite di donne italiane stava già facendo, come, nell'esperienza della maternità e del percorso riproduttivo, c'è bisogno di ricomporre il corpo con la psiche e un accompagnamento sostanziale necessita di una messa in rete, di una relazione reale tra coloro che si occupano del loro corpo gravido e chi si occupa del loro futuro bambino. C'è bisogno che si costruisca quello che Molenat (20) chiama un legame umano. Dice la Molenat: *"Fare vivere a genitori in costruzione, qualsiasi difficoltà presenti il loro percorso genitoriale, un'adeguata qualità di legami, nel rispetto dei limiti e delle competenze, pare semplice a dirsi: sembra l'evidenza addirittura. Eppure quanti sforzi vanno controcorrente rispetto alle abitudini acquisite, in una minuziosa tessitura di interrelazioni che esige vigilanza, tempo, confronto con lo sguardo altrui, resistendo alla voglia di chiudere il caso..."* Questo vuol dire curare i legami fra il personale curante, il legame fra i genitori, i legami con i Paesi e le culture di origine, fra qui e l'altrove: è questo lo sforzo che le donne

straniere ci ‘obbligano’ a fare per cercare di assisterle meglio e questo sicuramente è anche quello che auspicano le donne italiane; in questi anni il passaggio da un parto più tecnologico a un parto ‘naturale’ ha fatto perdere a volte di vista la necessità profonda che intorno all’esperienza della nascita ci sta proprio la sfida di un’esperienza che sia in grado di creare uno dei legami più importanti che una donna possa sperimentare: il legame con suo figlio/a.

L’assistenza alle donne straniere nel percorso di una maternità desiderata o negata è una sfida che ci impegna, attraverso la costruzione di reti fra territorio ed ospedale, sul percorso nascita, a recuperare dei modelli che ci possono sicuramente essere utili anche nell’assistenza alle donne italiane. Il vedere, il dare attenzione alla differenza di cultura, il non omologare, vuol dire dare attenzione a ciascuna donna, valorizzando la sua specificità rispetto alla sessualità e alla maternità, alle tappe della sua vita riproduttiva, riconoscendo le differenze anche all’interno della popolazione italiana.

In questo processo e percorso, ingredienti indispensabili sono la formazione congiunta, multidisciplinare e continua degli operatori, compresi i medici di base ed i pediatri di libera scelta, e la possibilità di un utilizzo e confronto con figure professionali come i mediatori linguistico culturali, che possano migliorare la relazione con le pazienti straniere. Questo processo dinamico, se governato e monitorato correttamente, deve tendere alla creazione di un modello di ‘mediazione di sistema’ che coinvolga anche l’organizzazione e la gestione dei nostri servizi sanitari, psicologici e sociali.

BIBLIOGRAFIA

1. DATI ISTAT 2016.
2. Cattaneo ML, Dal Verme S. Donne e madri nella migrazione. Prospettive transculturali e di genere. Milano: Unicopli; 2005.
3. Moro MR. Bambini di qui venuti da altrove Milano: Franco Angeli; 2005.
4. Cattaneo ML, Dal Verme S. Terapia transculturale per famiglie migranti. Milano: Franco Angeli; 2009.
5. Moro MR, Neuman D, Réal E. Maternità in esilio. Bambini e migrazioni. Milano: Raffaello Cortina ed; 2010.
6. Bruni C. Ascoltare Altrimenti- Adolescenti stranieri a scuola. Milano: Franco Angeli; 2007.
7. Idris I. Dinamiche famigliari e comportamenti a rischio dei figli, maschi e femmine, nella migrazione. Quaderni di formazione alla clinica transculturale” Comune di Milano e Coop. Sociale Crinali onlus; 2006, pp. 139-162
8. Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l’interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). Dati definitivi 2014-2015.
9. Geraci S, Baglio G, Burgio A. Abortività volontaria delle donne straniere in Italia. In: Rapporto Osservasalute 2016, Roma: università Cattolica del Sacro Cuore; 2016; pp. 294-300
10. Spinelli A, Forcella E, Di Rollo S, Baglio G, Grandolfo M. L’interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia. Indagine sull’interruzione volontaria della gravidanza tra le donne straniere. In: Rapporto ISTISAN 06/17; Roma: Istituto Superiore di Sanità, pp. 26-54
11. ISTAT Report ISTAT 28/11/2016 Natalità e fecondità della popolazione residente. ISTAT; 2016

12. Ministero della Salute Direzione Generale della digitalizzazione del Sistema Informativo sanitario e della statistica. Ufficio di Statistica. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita -Anno 2014 23-25; Roma: Ministero della Salute; 2015.
13. Giunta Regionale Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare Regione Emilia Romagna. La nascita in Emilia Romagna 13°Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP); 2015.
14. WHO, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Ginevra: WHO; 2013.
15. <http://www.thelancet.com/series/violence-against-women-and-girls>
16. Lesi G, Fahem A. La Violenza Nel Percorso Migratorio Della Donna, Aicha Fahem Master Medicina delle Migrazioni e delle povertà 2004-2005
17. COMMISSIONE EUROPEA Relazione della Commissione al Parlamento Europeo e al Consiglio che valuta l'impatto sulla prevenzione della tratta di esseri umani, della legislazione nazionale vigente che incrimina l'utilizzo di servizi che costituiscono oggetto dello sfruttamento legato alla tratta, in conformità all'articolo 23, paragrafo 2, della direttiva 2011/36/ 722 Bruxelles: UE; 2016
18. OIM Rapporto sulle vittime di tratta nell'ambito dei flussi migratori misti in arrivo via mare aprile 2014 - ottobre 2015. OIM, UE; 2015.
19. <http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/it/documentazione/pubblicazioni/oim-rapporto-sulle-vittime-tratta-nellambito-dei-flussi-migratori-misti>
20. Molenat F. Prévention précoce – Petit traité pour construire des liens humains. Paris: Ed. éirès ; 2009.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Bambini stranieri, minori migranti: sfida e opportunità per la tutela e la promozione della salute

Foreigners children, migrant minors: challenge and opportunity for health protection and promotion

Simona La Placa, Rosalia Maria Da Rioli

Gruppo di Studio - Gruppo di Lavoro Nazionale del Bambino Migrante della Società Italiana di Pediatria (GLNBM – SIP), Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

Parole chiave: bambini migranti, accesso ai servizi sanitari, multidisciplinarietà, determinazione età, cittadinanza

RIASSUNTO

Obiettivi: oggi più che mai le migrazioni rappresentano una sfida da affrontare in termini di accoglienza, ma soprattutto un'opportunità da cogliere in ambito di sanità pubblica per la "crescita" dei servizi offerti attraverso un approccio multidimensionale.

Metodi: il Gruppo di Lavoro del Bambino Migrante della Società Italiana di Pediatria (GLNBM-SIP) da 25 anni si occupa di salute e, di conseguenza, di diritto alla salute del bambino migrante nell'ambito di un lavoro di rete con la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM).

Risultati: seguendo i cambiamenti che nel tempo hanno caratterizzato la popolazione pediatrica migrante e i suoi bisogni di salute, si è reso necessario modulare l'accoglienza sanitaria al minore migrante tenendo conto sia delle attuali evidenze scientifiche sia del fatto che ogni standardizzazione nell'approccio rischia di rivolgere l'attenzione su aspetti epidemiologici e infettivologici generali con ricadute non positive, sia sui bisogni specifici del singolo sia sulla spesa sanitaria, senza un reale vantaggio in termini di salute pubblica. Inoltre, la particolare vulnerabilità dei minori migranti, dovuta a fragilità sociale ed accoglienza inadeguata, insieme all'incremento delle migrazioni forzate e del numero di minori stranieri non accompagnati, impongono un approccio olistico multidisciplinare e transculturale, sempre più diffuso.

Conclusioni: il tutto nasce e deve essere applicato nella ferma consapevolezza che il fine ultimo dell'accoglienza

Autore per corrispondenza: simonaplaca@libero.it

sanitaria al minore migrante è l'inclusione del bambino, il più presto possibile, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale italiano e il suo regolare accesso ai percorsi dedicati alla popolazione pediatrica, in un'ottica d'inclusione e di equità.

Key words: migrant children, access to health care, multidisciplinary approach, age assessment, citizenship

SUMMARY

Objectives: today more than ever, migrations are a challenge to be addressed in terms of reception but above all an opportunity to be taken in terms of public health. The aim is to improve, through a multidimensional approach, pediatric health services.

Methods: the National Working Group for Migrant Children of the Italian Society of Pediatrics (GLNBM – SIP) has been working for twenty five years for the right to migrant child's health and healthcare, in partnership with the Italian Society of Health and Migration.

Results: following the changes that have characterized the migrant pediatric population and its health needs, health-reception have been further redefined from time to time, in order to take into consideration both current scientific evidence and to avoid any standardized approach that is likely to focus attention on epidemiological and infectious aspects without any positive effects on both the individual needs and health care costs and without any real benefits in terms of public health. Moreover, the particular vulnerability of migrant minors, due to social fragility and inadequate reception, in turn added to the increase of forced migrations and the growing number of unaccompanied minors, impose multidisciplinary and transcultural approach, increasingly widespread.

Conclusions: all of the above shall be applied, thereby also increasing public awareness, in order to promote – within a framework where inclusion and fairness prevail – foreign children's access to pediatric health services as well as their National Healthcare System registration.

Premessa

Oggi più che mai le migrazioni rappresentano una sfida da affrontare in termini di accoglienza, ma soprattutto un'opportunità da cogliere in ambito di sanità pubblica per la "crescita" dei servizi offerti attraverso un approccio multidisciplinare e transculturale.

Recentemente il *Gruppo di Lavoro Nazionale del Bambino Immigrato (GLNBI) della Società Italiana di Pediatria (SIP)*, riprendendo la definizione di bambino immigrato, coniata da Gianpaolo Salvioli nel 1994, e cioè "ogni soggetto in età pediatrica la cui presenza nel nostro paese sia, a qualsiasi titolo, in relazione con un movimento migratorio", ha cambiato la sua denominazione da GLNBI a GLNBM sostituendo la I di Immigrato con la M di Migrante. Da un lato, la variazione lessicale risulta più aderente al linguaggio delle organizzazioni internazionali (migrant in francese e in inglese) e quindi permette di parlare di minori migranti (MM) in quanto entità portatrice di diritti indipendentemente dal paese in cui sono ospitati, dall'altro il termine "migrante" è stato proposto nell'accezione di colui che "non è più e non è ancora", che è uscito dal suo spazio geografico ma anche sociale e culturale ma non è ancora entrato, in modo completo e soddisfacente, in quello nuovo in cui vorrebbe inserirsi e di cui si sente verosimilmente già parte.

D'altro canto, il quadro venutosi a delineare, nell'ambito dei flussi migratori nel corso degli

ultimi 20 anni, è assolutamente eterogeneo e in continua evoluzione proprio in base al percorso migratorio, direttamente intrapreso da bambini stranieri, minori migranti, con i propri genitori o al fine di ricongiungersi ad essi, o addirittura da soli senza figure adulte di riferimento, con un progetto migratorio non sempre ben definito, sia che fosse “economico”, sia “forzato”, in fuga da povertà, violenza, guerre e persecuzioni. Piuttosto, però, che creare categorie e spazi dedicati, la prospettiva nel pensare percorsi di promozione e tutela della salute dei minori migranti dovrebbe essere di aprire spazi “mentali” che tengano conto tanto delle differenze socio-demografiche, quanto di quelle di status giuridico che non possono non aver conseguenze sulla salute psico-fisica di questi bambini. Il tutto nell’ambito di un approccio bambino-centrico, che difenda i minori migranti da barriere di tipo normativo, burocratico-amministrativo e socio-culturale, che inesorabilmente mettono a rischio i loro diritti (1).

Vulnerabilità e Potenzialità

Questo universo merita un’attenzione particolare alla luce delle loro molteplici vulnerabilità in quanto migranti, minori, soli (quando non accompagnati), irregolari. Se si considera, infatti, la salute come una risorsa per vivere non solo una vita sana ma anche rispondente alle proprie aspettative, è chiaro che la promozione di questa coinvolge non solo il sistema sanitario ma la società nel suo complesso. In generale, ma nel caso dei minori in particolare, la tutela della salute va intesa, secondo l’OMS, come stato di completo benessere fisico, psichico, sociale, e non soltanto assenza di malattie o infermità. A tal proposito, le principali Convenzioni internazionali sanciscono il diritto alla salute come uno dei diritti fondamentali dell’individuo e delle collettività e la sua tutela uno dei doveri degli Stati. Prima fra tutte, la Convenzione per i diritti dell’infanzia e dell’adolescenza, siglata a New York nel 1989, che riconosce, all’art. 3, il minore non come “oggetto di tutela e assistenza”, ma soprattutto “soggetto di diritto”, e quindi titolare di diritti in prima persona, il cui interesse deve essere tenuto in primaria considerazione in ogni circostanza. E all’art. 24, al fine di garantire a tutti i bambini la necessaria assistenza e cure mediche con particolare riferimento al loro sviluppo psico-fisico, viene sancito il loro diritto alla salute con la possibilità di beneficiare dei servizi sanitari di base. Si profila, quindi, come elemento irrinunciabile un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) universalistico e calibrato sui bisogni emergenti delle famiglie e dei bambini (soprattutto quelli a maggior rischio sociale o psicosociale), con percorsi assistenziali ripensati per “fare meglio con meno” in un’ottica di piena inclusione ed equità nell’offerta (2).

A tal proposito, la non univoca interpretazione delle normative nazionali a livello territoriale rappresenta un esempio emblematico di barriere giuridico-amministrative, che minano la concreta realizzazione dei diritti di questi minori, che sono prima di tutto e innanzi tutto bambini, e solo dopo anche migranti. Sulla scia di quanto era già stato sancito con l’Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (3) che a sua volta dava un’interpretazione autentica e univoca della normativa vigente Decreto Legislativo n. 286 del 25 luglio 1998 (Legge Turco-Napoli-

tano), nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza del 18 marzo 2017, all'articolo 63, comma 4, si ribadisce che "i minori stranieri presenti sul territorio nazionale non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale ed usufruiscono dell'assistenza sanitaria in condizioni di parità con i cittadini italiani". Sebbene al momento nel DPCM appena approvato vengano esclusi i minori figli di genitori provenienti da Stati membri dell'Unione Europea in condizioni di fragilità sociale (Europei Non Iscritti - ENI) e non siano state date indicazioni operative compresa nessuna specifica sul codice di esenzione ticket, l'inserimento nei nuovi LEA dell'iscrizione al SSN dei figli di stranieri non in regola con le norme di soggiorno è un ulteriore passo in avanti per l'esercizio del diritto alla salute.

In questa prospettiva, l'individuazione di un percorso sanitario inclusivo ed equo nell'ambito del SSN italiano, accessibile a tutte le tipologie di minore migrante, si poneva come uno degli obiettivi delle Indicazioni per l'accoglienza sanitaria del bambino migrante, elaborate dal GL-NBM-SIP (4), elaborate in seguito al graduale mutamento della componente minorile della popolazione immigrata, determinato dall'arrivo di un numero sempre maggiore di bambini, soli o accompagnati, provenienti da contesti geo-politici e con modalità di viaggio differenti. Valorizzando lo specifico ruolo dell'anamnesi e dell'esame obiettivo, e differenziando le indagini tra primo e secondo livello, quanto indicato si contrappone alla standardizzazione dell'approccio, che rischia di rivolgere l'attenzione su aspetti epidemiologici e infettivologici generali con ricadute negative sia sui bisogni peculiari del singolo sia sulla spesa sanitaria, senza un reale vantaggio in termini di salute pubblica.

I minori, in particolare, richiedono un tipo di assistenza sanitaria articolata in più servizi e in più figure professionali, come risposta ai differenti bisogni di salute. E dal momento che l'esercizio del diritto alla salute è funzione della corrispondenza, quindi congruità, tra il bisogno di salute del minore e l'offerta e fruibilità dei servizi, lo stato di emarginazione legale e sociale, il valore culturale sulla percezione del bisogno da parte delle famiglie con le relative barriere linguistico-culturali, e infine gli ostacoli, propri dell'età infantile, nel suo manifestarsi, sono le ragioni per cui il bisogno di salute spesso non raggiunge la visibilità dei servizi e di contro non se ne giova in termini di fruibilità. Il SSN affida al Pediatra di libera scelta (PLS) l'assistenza specialistica di base, di primo livello, del bambino (dalla nascita fino ai 14-16 anni). In questo modo, il sistema garantisce un'accoglienza socio-sanitaria omogenea su tutto il territorio nazionale, al fine di assicurare continuità e coordinamento tra realtà assistenziali, ospedaliere e territoriali. Il pediatra di famiglia, tutore della salute del bambino intesa come benessere globale psico-fisico, oggi sempre di più, ha un ruolo centrale nella strategia assistenziale del bambino migrante a partire dai controlli periodici di salute al monitoraggio dello sviluppo cognitivo e relazionale, oltre all'attività diagnostica e terapeutica e quindi più propriamente di cura nell'immediato. Si ribadisce, inoltre, la centralità del PLS, non solo come riferimento per la "presa in carico" e la tutela della salute del minore instaurando un rapporto continuativo con le famiglie, nell'attività di prevenzione e educazione alla salute, ma anche come possibile "catalizzatore" dei

processi di integrazione e sostegno alla genitorialità.

Ovviamente tutto questo non può prescindere dal favorire percorsi di formazione al fine di arricchire la “competenza culturale” dei professionisti per quanto riguarda i minori migranti presenti in Italia, le più frequenti problematiche socio-sanitarie e psicologiche, le normative italiane/europee relative a ciascuna di queste. Spesso, infatti, medici e operatori sanitari non conoscono i rischi sullo stato di salute legati al fenomeno migratorio e il più delle volte non sono preparati ad affrontare i bisogni sanitari dei migranti, perché nel loro percorso formativo non sono previsti insegnamenti ad hoc, mentre dovrebbe essere contemplata una formazione che includa l'insegnamento di temi sanitari legati ai fenomeni migratori. Inoltre, attraverso un approccio multidimensionale e quindi il coinvolgimento di diverse figure professionali tra i docenti e i discenti, non solo medici pediatri ma anche medici di sanità pubblica, psicologi, mediatori culturali, assistenti sociali, l'obiettivo dovrebbe essere raggiungere più operatori possibili coinvolti nell'accoglienza sanitaria dei bambini migranti, provenienti da contesti diversi, e sollecitare un'interazione tra i partecipanti con dibattiti vivaci, propositivi per lo scambio di buone prassi e condivisione delle problematiche.

Se da un lato non si può negare, inoltre, che persistono falsi miti e luoghi comuni che creano “resistenze” da parte di alcuni operatori anche in ambito socio-sanitario, dall'altro indipendentemente dal grado di accesso ai servizi sanitari, la mancanza di campagne di sensibilizzazione e informazione porta a una scarsa consapevolezza dei propri diritti da parte della popolazione immigrata.

In questo quadro, si riconosce l'importanza del riconoscimento della cittadinanza come diritto ad avere diritti e punto di partenza per ogni possibile percorso di inserimento sociale, piuttosto che come riconoscimento per una avvenuta integrazione (5). Da questo punto di vista, la “questione della cittadinanza” è un'altra opportunità che l'Italia, al momento, rischia di perdere, mantenendo la legislazione nazionale ferma al 1992, quando gli stranieri erano 356.000 (0,6% della popolazione residente) e le concessioni di cittadinanza 4.204 a confronto degli attuali 5.026.150 (8,3% della popolazione residente), di cui 1.085.274 minori (21,2%), e 178.035 concessioni di cittadinanza, rispettivamente nel 2015. Facendo un passo indietro, già nel 2010, ancor prima della campagna “L'Italia sono anch'io” che prese avvio nel 2012, in occasione di un Convegno Congiunto SIMM - SIP veniva presentato quello che è stato denominato Decalogo di Chieti in riferimento a quali diritti, e quindi norme che li regolassero, ci fosse bisogno a favore dei minori stranieri (6): al primo punto, come assolutamente prioritario, un nuovo concetto di cittadinanza per un'Italia più inclusiva e meno discriminatoria nei confronti di chi nato in questo Paese intravedeva in esso l'unico contesto di vita e socializzazione (7). Da allora, l'iter della riforma della legge sui diritti di cittadinanza ha portato all'approvazione alla Camera, oramai da oltre un anno, del testo “Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 91, e altre disposizioni in materia di cittadinanza”, che unisce il principio di *ius soli* a quello di *ius culturae* concedendo la cittadinanza ai bambini nati in Italia da stranieri titolari di carta di soggiorno e

a quelli che, nati o arrivati qui entro i 12 anni, hanno frequentato uno o più cicli scolastici per almeno cinque anni. Purtroppo, la riforma rimane bloccata al Senato e la sua votazione ancora una volta rinviata a data da destinarsi.

Quale accoglienza per i minori stranieri non accompagnati ...

Nel 2016, sono stati 25.846 mila i minori stranieri non accompagnati (MSNA) sbarcati sulle nostre coste, più del doppio rispetto al 2015. Considerando il numero totale dei minori sbarcati (accompagnati e non) si osserva come il peso relativo della componente di non accompagnati sia anch'esso andato crescendo nel tempo: nel 2014 essi costituivano il 49% del totale, nel 2015 il 75% (su 16.500) mentre nell'anno appena concluso sono il 92% dei 28.223 minori sbarcati, a testimonianza di una migrazione individuale prevalentemente di ragazzi ma anche di ragazze (93% vs 7%) originari soprattutto dal continente africano (Egitto, Gambia, Albania, Nigeria ed Eritrea). Parallelamente, ci sono voluti più di tre anni, per vedere finalmente approvata con larga maggioranza alla Camera una nuova legge (Legge 7 aprile 2017 - n. 47, Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati), la prima in Europa! Viene così delineato in un testo unico il sistema di protezione e accoglienza dei MSNA, in risposta a quanto è stato rilevato nel corso di questi ultimi anni come criticità del sistema stesso in riferimento ai diritti mancati finora in Italia per questi minori (accoglienza, tutela, scuola, formazione, salute, ecc.) (8). Di fatto cosa cambierà per la loro accoglienza? In prima istanza, si ribadisce l'assoluto divieto di respingimento alla frontiera dei MSNA che quindi non possono essere espulsi e devono essere collocati in un luogo sicuro, con un'attenzione particolare alla componente più vulnerabile rappresentata dagli irreperibili e dai minori in transito, a rischio di tratta e sfruttamento. A tal proposito, si predispone un sistema organico di raccordo tra strutture di prima e seconda accoglienza con l'obiettivo di provvedere all'accoglienza dei MSNA nell'ambito del Sistema per la Protezione di Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR), indipendentemente dal fatto che siano richiedenti asilo. Ne dovrebbe conseguire una riduzione dei tempi di permanenza previsti all'interno dei centri di prima accoglienza (da 60 a 30 gg) e la presenza di strutture diffuse su tutto il territorio nazionale. Inoltre, per garantire una tutela legale in quanto minori, si prevede l'istituzione di elenchi di tutori volontari su tutto il territorio nazionale e la promozione dell'affido familiare. Mentre, per gli operatori sanitari, si segnala l'adozione delle procedure per la determinazione e accertamento dell'età, al fine di armonizzare l'approccio ed evitare accertamenti diagnostici invasivi, oltre che inutili, a vantaggio di una valutazione globale multidisciplinare. Infine, la legge prevede di attivare una banca dati nazionale dove confluisce la "cartella sociale" del minore, che lo accompagnerà durante il suo percorso e di garantire maggiori tutele per il diritto all'istruzione e alla salute, nonché per i diritti del minore durante i procedimenti amministrativi e giudiziari.

Nello specifico, si rende non più procrastinabile la messa in atto a livello territoriale del "Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori

non accompagnati” (2014), a cura del Tavolo interregionale “Immigrati e Servizi sanitari” del Coordinamento Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 3 marzo 2016, che fornisce indicazioni chiare, fattibili e condivise per la valutazione dell’età dei MSNA. In linea con l’ampia letteratura sia scientifica che giurisprudenziale disponibile sull’argomento, si definisce che la determinazione dell’età di un presunto minore debba essere disposta solo quando ci sia fondato dubbio su quanto dichiarato e dopo l’esecuzione delle altre possibili pratiche d’identificazione (i.e. l’esame della documentazione anagrafica o richiesta di questa alle Autorità del Paese di provenienza ...). Inoltre, tale procedura dovrebbe essere affidata a esperti del settore (pediatra, neuropsichiatra infantile/psicologo, mediatore culturale, assistente sociale) con un approccio olistico multidisciplinare nell’ambito del quale il ricorso alle indagini diagnostiche, in particolare radiologiche, rappresenti l’*extrema ratio*. In questo contesto il minore, tutelato da apposite figure di sostegno, dovrebbe non solo essere reso edotto del percorso che gli viene proposto, ma anche avere facoltà di opporsi o di contestarne, nelle opportune sedi, il risultato. Purtroppo, nei diversi ambiti di accoglienza, la prassi attuale evidenzia, prima di ogni altra valutazione sociale e clinica, un eccessivo e ingiustificato ricorso ad accertamenti strumentali - in particolar modo radiologici, quale la radiografia del polso e mano sinistra. Quest’ultima è spesso richiesta dall’autorità giudiziaria e/o di polizia, in evidente violazione dell’articolo 13 del codice di deontologia medica: “la prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico”. In una lettera, a firma congiunta SIMM-SIP, indirizzata alla Federazione Nazionale Ordini dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri si sottolinea, in aggiunta a quanto sopra riportato, che il referto relativo alla valutazione della presunta età di un soggetto da parte del team di esperti, debba sempre riportare il margine di errore (+ o - x anni). Se il range indicato dovesse ricadere, anche solo in parte, sotto ai 18 anni dovrebbe essere dato il beneficio del dubbio, riconoscendo di conseguenza il soggetto come minore.

Conclusioni

La particolare vulnerabilità dei minori migranti, dovuta a fragilità sociale e accoglienza inadeguata, insieme all’incremento delle migrazioni forzate e del numero di MSNA, impongono un approccio multidimensionale sempre più diffuso. Tra gli obiettivi futuri, si auspica di implementare le attività di ricerca e raccolta dati sul profilo di salute dei minori stranieri in Italia al fine di fornire, nell’immediato, risposte per il loro benessere fisico-psichico e sociale, e quindi pianificare, nel tempo, le politiche socio-sanitarie. Inoltre, fondamentali risultano le azioni di advocacy, attraverso un lavoro di rete su tutto il territorio nazionale e le numerose collaborazioni con Istituzioni, società scientifiche, associazioni di volontariato coinvolte a vario titolo per la promozione e tutela della salute dei minori stranieri, che hanno permesso finora il superamento delle “distanze” e lo scambio di buone prassi.

BIBLIOGRAFIA

1. Da Riol RM, Sereni F. Il Bambino Migrante: Interventi alla Tavola Rotonda. Prospettive in Pediatria 2015; 45/180: 315-332.
2. Trillò ME. La salute dei bambini e delle bambine in Italia. Per una nuova pediatria. Il punto di vista e le proposte dell'ACP guardate al caleidoscopio dell'immigrazione. Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere. Atti del XIII Congresso Nazionale SIMM. Bologna: Pendragon; 2014.
3. Geraci S. Se il Ministero e le Regioni disattendono le regole. Il punto sull'applicazione dell'accordo Stato-Regioni del 201 Dicembre 2012. Il Sole24Ore-Sanità, Feb-2014.
4. Da Riol RM. Nuove indicazioni per l'accoglienza sanitaria del minore migrante. Pediatria, 2014; 4(11).
5. Colombo E. La cittadinanza alla prova dei figli dei migranti. Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere. Atti del XIII Congresso Nazionale SIMM. Bologna: Pendragon; 2014.
6. Geraci S, Mazzetti M. Buone leggi fanno buona salute. Il Mondo Domani, Unicef 2010; 30: 8-9.
7. Giovanetti M, Nicotra V. Da residenti a cittadini Roma: Cittalia -Fondazione Studi e Ricerche Anci; 2012.
8. La Placa S. Accoglienza dei minori stranieri non accompagnati: una nuova legge. Pediatria Magazine 2017; 7(3).

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

La salute dei lavoratori stranieri in Italia *Work-related health problems among immigrant workers in Italy*

Erica Eugeni, Flavia Sesti, Anteo Di Napoli, Giovanni Baglio

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Parole chiave: lavoratori immigrati, infortuni, malattie professionali, discriminazioni

RIASSUNTO

Introduzione: la salute dei migranti in relazione al lavoro e ai settori e alle condizioni di impiego nei quali più comunemente essi si trovano a essere arruolati, costituisce un'importante questione di salute pubblica, sebbene i dati a disposizione siano frammentari e il tema sia scarsamente affrontato nella letteratura scientifica.

Obiettivi: offrire un quadro generale sulle condizioni di salute lavoro-correlate degli immigrati presenti nel nostro Paese.

Metodi: è stata condotta una revisione narrativa di studi sulla salute in ambito occupazionale.

Risultati: i lavoratori stranieri in Italia rappresentano una categoria particolarmente vulnerabile, in ragione di un più alto rischio infortunistico rispetto ai lavoratori italiani e di una maggiore esposizione a condizioni di discriminazione. Il lavoro precario, la carenza di formazione, il ridotto utilizzo di dispositivi di protezione individuale, la scarsa conoscenza della lingua sono da ritenersi tra i principali fattori che influenzano le condizioni di salute dei lavoratori stranieri. Per quanto riguarda la discriminazione, emerge una maggiore esposizione ad atti di prepotenza e vessazione sul lavoro, soprattutto tra gli uomini in contesti di lavoro manuale, quali cantieri o fabbriche. Tra le donne, viene invece segnalata una discriminazione più legata a un differente accesso alle opportunità di avanzamento nella carriera o a un mancato riconoscimento delle proprie capacità professionali.

Conclusioni: alla luce dei dati attualmente disponibili, emerge la necessità di sviluppare interventi orientati alla formazione e alla tutela della salute negli ambienti di lavoro, soprattutto a vantaggio dei gruppi sociali più deboli. È, inoltre, auspicabile intraprendere un maggior numero di studi volti a indagare i meccanismi sociali e culturali che accrescono il rischio di malattie riconducibili al lavoro.

Keywords: immigrant workers, work-related injuries, occupational diseases, discrimination

Autore per corrispondenza: baglio.giovanni@yahoo.it

SUMMARY

Introduction: work-related health problems among immigrants in Italy is an emerging concern, even if available data are fragmentary and the topic has not received nearly enough attention in scientific literature.

Objectives: this paper intends to offer a depiction of work-related health conditions of migrant workers in our Country.

Methods: a non-systematic review has been carried out on occupational health.

Results: in Italy immigrant workers represent a vulnerable category, exposed at higher risk of injuries and discrimination compared to Italian workers. Precarious work, lack of training, inadequate use of individual protection equipment, limited knowledge of the language are the principal determinants of work-related health conditions. With regard to discrimination, available data suggest an increased exposure to abuses and bullying among men, in particular in work environment such as building sites or factories. Among women, the discrimination is more related to advancement opportunities or professional skills recognition.

Conclusions: there is a need to develop initiatives for training of immigrants and protection of their health in the work environment. Furthermore, more studies should be carried out to investigate social and cultural factors that increase the risk of work-related health problems.

Le dinamiche di salute della popolazione straniera in Italia

Tracciare il profilo di salute della popolazione immigrata è un'operazione che presenta limiti e difficoltà, soprattutto per quanto riguarda la porzione rappresentata dai migranti irregolari. È tuttavia possibile tracciare un quadro complessivo sulla base delle evidenze disponibili e fare alcune considerazioni a margine, tenendo anche in conto l'azione di spinte selettive che agiscono all'inizio e alla fine del percorso migratorio e di altri fattori che influenzano la condizione generale di salute dei migranti, come la qualità della relazione con i servizi sanitari – in termini soprattutto di accessibilità a questi ultimi – e l'efficacia dei processi di integrazione.

Tra le spinte selettive è necessario considerare, in primo luogo, il cosiddetto effetto “migrante sano”: coloro che decidono di emigrare sono, infatti, principalmente individui in buone condizioni di salute. L'espressione fa riferimento a una dinamica evidenziata nell'ambito dell'epidemiologia occupazionale e nota come “effetto lavoratore sano – *healthy worker effect*”, per cui i soggetti che vengono normalmente assunti risultano complessivamente in buona salute o comunque non affetti da patologie croniche e/o disabilità. Tale situazione si riflette sui tassi di morbosità/mortalità dei lavoratori, che risultano essere, nelle fasi iniziali, più bassi rispetto alla popolazione generale (1).

Un ulteriore meccanismo selettivo si attiva, invece, al termine del percorso migratorio ed è noto, nella letteratura epidemiologica internazionale, come “effetto salmone”, in analogia con il comportamento di questo animale che risale il fiume per deporre le uova e lasciarsi morire. L'espressione fu utilizzata per la prima volta da Pablo-Mendez (2) per descrivere l'abitudine degli immigrati anziani di far ritorno nel proprio Paese d'origine, specie se malati.

Le spinte selettive sin qui descritte tendono a mantenere complessivamente alto il livello di salute della popolazione immigrata. Su tale popolazione, tuttavia e soprattutto sulla quota ir-

regolare, incidono anche fattori che operano in direzione opposta e che dipendono in larga parte dalla qualità e quantità delle tutele garantite dal SSN e dai singoli contesti regionali e locali (accesso alle cure e alle misure di prevenzione) e dal livello di integrazione (socio-culturale, economica ed evidentemente lavorativa) raggiunto dal migrante. La relazione con i servizi socio-sanitari, in particolare, rappresenta un aspetto che contribuisce in maniera significativa a modificare lo stato di salute generale dei migranti. Benché in Italia l'accesso al SSN sia garantito da una legislazione complessivamente inclusiva, in questi anni il progressivo decentramento politico-amministrativo avviato con la riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001 ha determinato forti disomogeneità territoriali rispetto alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nelle diverse regioni italiane: un aspetto del fenomeno che Zincone (1994) ha definito "il localismo dei diritti" (3). A distanza di oltre quattro anni dalla pubblicazione dell'Accordo Stato Regioni del 20 dicembre 2012, si rileva ancora una forte disomogeneità nelle politiche di accesso all'assistenza sanitaria per gli stranieri, sia tra le regioni, sia talvolta all'interno di uno stesso contesto territoriale, con interpretazioni locali delle norme che limitano l'inclusione e talora determinano forme di discriminazione (4-12).

Questi fattori possono favorire l'insorgenza di quella condizione comunemente nota come "migrante esausto", a indicare la perdita progressiva dello stato di benessere e salute posseduto all'origine, a causa della ripetuta esposizione a condizioni di vita e lavoro sfavorevoli, nei contesti di arrivo (13).

Particolarmente rilevante risulta attualmente il tema della salute mentale, dal momento che sono sempre più numerose le testimonianze relative al carico di difficoltà psichica dei migranti. In particolare, uno studio condotto in Italia a partire da dati ospedalieri ha evidenziato, a livello nazionale, un aumento considerevole dei ricoveri nei servizi psichiatrici di pazienti stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria (Pfp), soprattutto tra gli uomini (14). Tali dati, tuttavia, necessiterebbero di maggiore approfondimento, dal momento che una pluralità di fattori tra cui le differenze linguistiche e culturali e le difficoltà manifestate dagli operatori dei servizi di prima e seconda accoglienza nella relazione con i migranti, potrebbero aver indotto a un ricorso improprio ai servizi di salute mentale (13).

In questo articolo, in particolare, si intende affrontare il tema della salute dei migranti in relazione al lavoro e, nello specifico, ai settori e alle condizioni di impiego nei quali più comunemente essi si trovano a essere arruolati. La precarietà delle condizioni occupazionali e le disparità alle quali gli immigrati sono sovente esposti costituiscono, infatti, un importante problema di sanità pubblica, sebbene la letteratura scientifica in merito sia ancora scarsa e i dati sulle malattie lavoro-correlate siano disponibili solo a livello nazionale.

I lavoratori stranieri: una categoria vulnerabile

L'Organizzazione internazionale del lavoro (ILO) ha stimato che i lavoratori immigrati, nel mondo, sono circa 150 milioni. Il settore dei servizi assorbe circa il 71% di tali lavoratori,

mentre il 18% è impiegato nel manifatturiero e nelle costruzioni, l'11% in agricoltura (15). Per quanto riguarda l'Italia, secondo i dati riportati nel Sesto Rapporto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali "*Gli immigrati nel mercato del lavoro in Italia*" (16), nel 2015 i lavoratori con cittadinanza extracomunitaria erano 1.578.648 (pari al 7% del totale degli occupati di età maggiore o uguale a 15 anni). La comunità più rappresentata era quella albanese (13%), seguita dalla ucraina, dalla marocchina e dalla filippina (ciascuna intorno al 9%), e dalla moldava (7%). Sono queste le uniche comunità a superare la soglia delle 100 mila presenze. Rispetto alla tipologia di attività economica, i lavoratori immigrati risultano essere impiegati soprattutto nel settore dei servizi (57%), nell'industria in senso stretto (18%), nel commercio (10%), e in misura minore nelle costruzioni (8%) e nell'agricoltura (5%). È emersa, inoltre, la tendenza da parte degli immigrati a concentrarsi in specifici ambiti occupazionali sulla base della provenienza: ad esempio, più dei 2/3 dei filippini e degli ucraini si dedicano ai servizi alla persona, il 58% dei ghanesi trova impiego nell'industria, il 29% degli indiani nell'agricoltura, il 41% dei cinesi nel commercio e il 27% degli egiziani nel settore alberghiero e della ristorazione. Indipendentemente dall'attività svolta, tende a delinearsi a carico dei lavoratori immigrati una condizione di particolare vulnerabilità, per diverse ragioni che li espongono a situazioni di rischio e discriminazioni, come anche recentemente documentato da un'indagine conoscitiva dell'INAIL (16). In primo luogo, è necessario considerare come essi occupino spesso una posizione precaria nel mondo del lavoro, sebbene con differenze significative legate alla cittadinanza e ai settori di impiego. I lavoratori immigrati, inoltre, trovano spesso impiego in settori per i quali è richiesta una bassa qualificazione e spesso risultano eccessivamente qualificati per le posizioni ricoperte, anche in ragione delle difficoltà a ottenere il riconoscimento del proprio titolo di studi. Ad esempio, secondo i dati del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (17), la percentuale di lavoratori stranieri in possesso di un livello di istruzione equivalente alla laurea che svolge un lavoro manuale non qualificato corrisponde al 15%, a fronte dell'1,3% degli italiani; mentre è laureato il 14% degli addetti alle vendite e ai servizi personali con cittadinanza extracomunitaria, a fronte del 11% degli italiani. Gli stranieri, infine, sono spesso ingaggiati per lavori pesanti dal punto di vista fisico e rischiosi per la salute, in condizioni generali di sicurezza precarie, e vincolati a orari e turni gravosi (17).

Gli infortuni sul lavoro

Diversi studi internazionali indicano che il rischio di infortuni sul lavoro (mortalità e non mortalità) tra gli immigrati è più elevato che tra gli italiani (18-21), soprattutto in ambiti specifici a prevalente attività manuale e caratterizzati da elevati livelli di rischio, come l'edilizia e l'industria manifatturiera (22). Peraltro, i dati disponibili si riferiscono agli immigrati regolari e non includono gli irregolari, il cui profilo di rischio è presumibilmente ancor più elevato (23).

In Italia, nel 2015 si sono registrate 636.766 denunce di infortuni sul lavoro, con una diminuzione di circa il 4% rispetto all'anno precedente; di queste, 24.781 (3,9%) relative a stranieri nati in paesi

dell'Unione Europea e 67.675 (11%) in un Paese extra-europeo (17). Una percentuale di infortuni superiore al 77% ha riguardato i settori dell'industria e dei servizi, e il 6% l'agricoltura. Nello stesso anno, sono stati riscontrati circa 1.246 decessi a seguito di infortunio: di questi, 193 (16%) hanno coinvolto lavoratori stranieri, con un incremento pari a circa il 36% rispetto al 2014 (16).

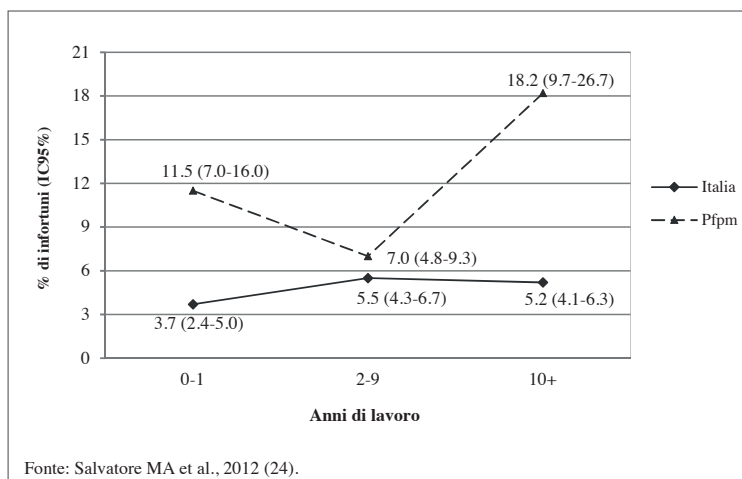
Secondo i dati del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (16), nonostante sia stata documentata nel 2014, rispetto all'anno precedente, una riduzione degli infortuni nei settori tradizionalmente considerati a maggior rischio, sia sulla totalità dei lavoratori (-4,5%) sia sugli stranieri (-5,7%), l'incidenza infortunistica tra questi ultimi (calcolata come rapporto tra il numero di infortuni denunciati e il totale degli occupati) si è mantenuta più elevata rispetto alla media. Se si considera l'età dei lavoratori, i dati rivelano che nel 2014 circa il 70% degli infortuni si è verificato a carico della fascia compresa tra i 25 e i 49 anni, con una diminuzione del 6,8% rispetto all'anno precedente. In controtendenza, la fascia d'età compresa tra 50 e 64 anni ha registrato un incremento di circa il 6%, con un significativo aumento dei casi mortali (+42,4%). Per quanto riguarda le modalità di accadimento degli infortuni, tra le principali cause riscontrate – tanto per i lavoratori italiani quanto per gli stranieri – si annoverano la perdita di controllo di macchinari e attrezzature, lo scivolamento o inciampamento con caduta di persona, i movimenti del corpo (con o senza sforzo fisico). Con riferimento alla provenienza dei lavoratori stranieri infortunati, tra i cittadini UE il 61% era originario della Romania, mentre tra quelli provenienti dall'area extra-UE prevalevano i marocchini (16%) e gli albanesi (13%).

Uno studio di Salvatore ha valutato la frequenza di infortuni sul lavoro tra gli immigrati regolarmente presenti in Italia rispetto ai lavoratori autoctoni, utilizzando le informazioni raccolte dall'Istat nell'ambito dell'Indagine sulle forze di lavoro – secondo semestre 2007 (24).

Mentre per le lavoratrici immigrate non sono emerse differenze significative in confronto alle italiane, per quanto riguarda gli uomini la percentuale di coloro che riferivano almeno un infortunio negli ultimi 12 mesi è risultata circa doppia (6,0% rispetto a 3,4% negli italiani). Limitatamente a particolari ambiti lavorativi, la distanza tra stranieri e italiani si è dimostrata ben più elevata: ad esempio, per gli stranieri edili non specializzati la probabilità di infortunio è risultata quasi nove volte più elevata rispetto agli italiani (OR=8,6; IC95%: 2,9-26,2). Analogamente, accade ai lavoratori impegnati nella lavorazione del pellame (OR=8,3; IC95%: 1,6-43,3) e del legno (OR=3,6; IC95%: 1,2-11,1). Tra i fattori analizzati, l'anzianità lavorativa è risultata in grado di modificare significativamente i pattern di rischio tra immigrati e italiani. In particolare, tra gli stranieri il rischio di incorrere in un infortunio è risultato essere più elevato nel primo anno di lavoro (11,5%), più basso dopo 2-9 anni (7%) e poi di nuovo alto (18,2%) dopo 10 o più anni. Per contro, l'andamento tra gli italiani rimane piuttosto stabile nel tempo, passando da 3,7% nel primo anno a 5,2% dopo 10 anni o più (figura 1).

Tale diverso pattern suggerisce una maggiore vulnerabilità degli stranieri al logoramento dovuto alla prolungata esposizione a lavori particolarmente usuranti (vedi "effetto migrante esausto"); gli italiani invece sembrano essere maggiormente protetti rispetto a tale effetto, anche in ragione del

Figura 1- Percentuale (e IC95%) di infortuni in lavoratori edili non qualificati, per numero di anni di lavoro. Stranieri da paesi a forte pressione migratoria e italiani (maschi), Italia, 2007.



fatto che, con il passare del tempo, i più anziani generalmente si ritraggono dalle attività “di prima linea”, mentre questo probabilmente non accade (o almeno non in egual misura) per gli stranieri (24). Infine, per quanto riguarda il ricorso alle strutture di emergenza, uno studio condotto nella regione Lazio ha mostrato un più alto rischio di ospedalizzazione per infortuni sul lavoro da parte degli stranieri provenienti dai Pfp, rispetto agli italiani ($OR=1,6$), come possibile conseguenza di una maggiore gravità delle lesioni riportate. Più nello specifico, tra i lavoratori nati in Italia sono state più frequentemente riscontrate contusioni senza soluzione di continuo, distorsioni e distrazioni articolari, fratture, schiacciamenti, artropatie e disturbi correlati; mentre tra i lavoratori nati all'estero, ferite aperte, infortuni da penetrazione di corpo estraneo, ustioni, traumatismi e patologie oculari (25).

Le malattie professionali

Le malattie professionali tra gli immigrati sono state in Italia meno indagate degli infortuni sul lavoro, per via delle criticità presentate dallo specifico sistema informativo. Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (16) sottolinea come il fenomeno sia ampiamente sottostimato, per diverse ragioni. In primo luogo, l'elevata mobilità dei lavoratori immigrati non consente spesso di far maturare le condizioni per la denuncia. Inoltre, le malattie professionali hanno tempi di latenza molto lunghi e si manifestano in genere quando i lavoratori stranieri hanno già lasciato l'Italia (vedi “effetto salmone”). Occorre, infine, considerare che l'immigrazione nel nostro Paese ha assunto solo di recente proporzioni numericamente rilevanti e l'esiguo numero di anni a disposizione non è sufficiente a valutare, con la necessaria affidabilità, l'entità del fenomeno (16).

Nel complesso, le denunce di malattie professionali nel 2015 sono state 58.925 (+2,7% rispetto al 2014), e di queste il 6% ha riguardato lavoratori stranieri (17).

I dati relativi al biennio 2013-2014 (16) hanno mostrato un incremento delle malattie professionali nei lavoratori stranieri, pari a circa il 9%, analogamente a quanto registrato per gli italiani (+11%). Il sistema osteomuscolare e tessuto connettivo rimane quello maggiormente colpito, con il 70% dei casi e un incremento nel 2014 rispetto all'anno precedente pari a +11%. Incrementi rilevanti si sono registrati anche relativamente ai disturbi psichici e comportamentali (+21%, anche se i numeri assoluti restano particolarmente bassi, intorno a 50 casi/anno) e alle malattie del sistema nervoso (+15%); si è invece determinato un calo delle malattie del sistema respiratorio (-18%) e delle malattie del sistema circolatorio (-16%).

Uno studio condotto nel Lazio, riferito al periodo 2000-2009, aveva confrontato lavoratori italiani e stranieri, evidenziando a carico dei primi più frequentemente neoplasie (2,2% *vs* 0,9%), asbestosi (1,9% *vs* 0,2%) e silicosi (1,5% *vs* 0,2%), e meno frequentemente malattie cutanee (1,2 *vs* 2,5%). Per quanto riguarda il comparto, tra gli italiani le malattie professionali riguardavano prevalentemente i trasporti (11% *vs* 4,6%, $p<0,01$), l'elettricità-gas-acqua (6,4% *vs* 1,8%, $p<0,01$), la sanità (3,3% *vs* 2,3%, $p=0,03$), l'industria chimica (2,0% *vs* 0,2%, $p<0,01$), e con minor frequenza comparti non determinati (0,3% *vs* 3,0%, $p<0,01$). È stato inoltre evidenziato che, rispetto agli italiani, gli stranieri avevano ottenuto con più difficoltà il riconoscimento di una malattia come professionale (15% *vs* 28%, $p<0,01$); più spesso denunciavano malattie classificate tra quelle non tabellate, per le quali l'onere della prova dell'origine professionale è a carico del lavoratore (2,9% *vs* 0,9%, $p<0,01$) (26).

Un'analisi condotta in Italia su dati Istat del 2007 (27) ha stimato una prevalenza di malattie professionali del 5,8% tra gli immigrati e del 7,0% tra gli italiani. Nel complesso, il rischio di malattie correlate al lavoro per gli migranti non è risultato statisticamente più elevato rispetto agli italiani. Per quanto riguarda il settore produttivo, lo studio ha rilevato un rischio più elevato tra gli immigrati nell'industria (OR=1,2; IC95%: 0,94-1,60) e minore nei servizi (OR=0,81; IC95%: 0,69-0,94). Considerando le singole patologie riportate, si è evidenziato un maggior rischio di malattie cutanee tra gli immigrati (OR=1,49) seppur non statisticamente significativo (27).

L'esposizione alle discriminazioni

Con il termine "discriminazione" si intende un trattamento non paritario messo in atto nei riguardi di individui o gruppi, in ragione della loro appartenenza a una specifica categoria. La Legge 125/91 ne ha definito con precisione il concetto e ha introdotto, con riferimento all'ambito lavorativo, la distinzione tra forme discriminatorie dirette e indirette. In particolare, per "discriminazione diretta" si intende l'esito di atti o comportamenti con effetto pregiudizievole nei riguardi dei lavoratori, in conseguenza dell'appartenenza etnica e religiosa o di genere. Con l'espressione "discriminazione indiretta", invece, si intende l'esito di un medesimo comportamento o di un comportamento neutrale, attuato nei riguardi di soggetti che si trovano in condizioni differenti.

È, inoltre, necessario sottolineare come il significato attribuito al concetto di discriminazione e la percezione di essere vittima di episodi riconducibili a tale ambito possa risentire di fattori culturali e sociali.

Nell'ambiente di lavoro sono state individuate diverse forme di discriminazione subite dagli stranieri: sottoinquadramento contrattuale e mancato riconoscimento dei titoli di studio e delle qualifiche professionali, mancato rispetto degli oneri contrattuali e delle condizioni di lavoro, assenza di formazione e addestramento (23). Sono stati inoltre rilevati, soprattutto in contesti lavorativi quali cantieri e fabbriche, atteggiamenti offensivi caratterizzati dall'uso di appellativi razzisti e dalla mancanza di rispetto per la religione e le usanze connesse alla cultura d'origine (28). Uno studio pubblicato nel 2012 da Salvatore et al. ha analizzato il fenomeno della discriminazione percepita nell'ambiente di lavoro tra gli stranieri regolari provenienti da Pfpm, rispetto agli italiani (29). Emerge come, tra gli uomini, la discriminazione sia prevalentemente riconducibile ad atti di prepotenza e vessazione sul lavoro, soprattutto in ambiti quali cantieri o fabbriche in cui viene segnalata da parte degli immigrati, specialmente africani e asiatici, l'attribuzione di mansioni più faticose e turni di lavoro molto più disagiati. Per contro, tra le donne sembra emergere una diversa tipologia di discriminazione, più legata a un differente accesso alle opportunità di avanzamento nella carriera o a un mancato riconoscimento delle proprie capacità professionali. Non a caso, a sentirsi discriminate sono soprattutto le lavoratrici più istruite e che svolgono professioni maggiormente qualificate. Sembra, inoltre, influire sul fenomeno la ripartizione geografica: in particolare, nelle regioni centro-meridionali, dove le condizioni di lavoro sono in genere meno stabili e vi è un minore grado di integrazione sociale, si rilevano per entrambi i generi rischi più elevati di sentirsi esposti a fenomeni di prepotenza o discriminazione rispetto alle regioni del Nord (29).

Diversi studi hanno evidenziato, inoltre, come la percezione della discriminazione legata allo status di immigrato sia in grado di influire sulle condizioni di salute, alterando l'equilibrio psicologico (30) o aumentando il rischio di malattie cardiovascolari (31). La discriminazione subita dagli immigrati sul luogo di lavoro può essere causa di ansia e insicurezza, e agisce negativamente sullo stato di benessere psico-fisico delle persone, specie di quelle a più alto rischio di esclusione sociale (32).

Uno studio in via di pubblicazione, basato sui dati dell'indagine Istat "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri" del 2011-2012, ha analizzato l'associazione tra discriminazione nell'ambiente di lavoro e salute mentale percepita tra gli immigrati regolarmente residenti in Italia. Tra gli intervistati, il 16% ha riferito di aver subito discriminazione sul luogo di lavoro in quanto straniero. Una probabilità più elevata di avere una peggiore salute mentale è stata osservata tra chi dichiarava di aver subito discriminazione sul lavoro perché straniero e tra chi era arrivato da più tempo in Italia (33).

Conclusioni

Alla luce dei dati sin qui riportati, emerge una condizione di particolare vulnerabilità dei lavoratori stranieri, in ragione di un più alto rischio infortunistico rispetto ai lavoratori italiani e di una maggiore esposizione a condizioni di discriminazione. Tale quadro si profila ancor più allarmante, se si considera che tra i lavoratori stranieri potrebbe essere più frequente il fenomeno della sotto-notifica degli infortuni più gravi e della non emersione delle malattie professionali. Il lavoro precario, la carenza di formazione, il mancato riconoscimento delle competenze, il ridotto utilizzo di dispositivi di protezione individuale, la scarsa conoscenza della lingua sono da ritenersi tra i principali fattori che influenzano le condizioni di salute dei lavoratori stranieri (16-17, 23). Una percentuale elevata di lavoratori immigrati, inoltre, è assunta con contratti a breve termine, il che significa che è suscettibile di ricevere meno formazione ed è probabilmente meno consapevole dei rischi.

È, tuttavia, necessario considerare come possano interagire negativamente con il rischio lavorativo anche alcuni fattori riconducibili alle condizioni sociali e al contesto culturale di provenienza: la percezione del rischio; l'investimento in termini economici e di aspettative fatto sul progetto migratorio individuale dal migrante stesso e dal suo *entourage* familiare e sociale; e il ruolo fondamentale ricoperto dalla dimensione economica e da quella lavorativa nel processo di riconoscimento del migrante nel paese di arrivo (34). Tutti questi aspetti, infatti, possono indurre a sottostimare o far passare in secondo piano fattori legati alla qualità dell'ambiente di lavoro e di vita, a fronte della necessità di rispondere alle aspettative, ai bisogni materiali e agli investimenti individuali e della comunità d'origine.

Alla luce dei dati attualmente disponibili e dei risultati degli studi sul tema della discriminazione, emerge la necessità di avviare interventi orientati alla formazione e alla tutela negli ambienti di lavoro, a vantaggio dei gruppi sociali più deboli e in particolar modo degli immigrati che risultano particolarmente esposti. Tali interventi sono contemplati dalle legislazioni europea e nazionale che riconoscono il ruolo dei fattori psicosociali nell'influenzare le condizioni di salute e di sicurezza in ambito lavorativo, e che individuano, tra le categorie particolarmente esposte al rischio di discriminazione, i lavoratori provenienti da altri paesi (35). Sarebbe, inoltre, auspicabile intraprendere un maggior numero di studi volti a indagare i rischi per la salute lavoro-correlati tra i migranti. In particolare, analisi più approfondite sui meccanismi sociali e culturali che accrescono il rischio di malattie riconducibili al lavoro sarebbero estremamente rilevanti ai fini di una migliore comprensione del fenomeno e per orientare le strategie di prevenzione, in particolare nei riguardi dei lavoratori ad alto rischio.

La tutela della salute dei lavoratori stranieri nella legislazione italiana

Il quadro normativo internazionale in materia di tutela della salute dei lavoratori stranieri fa riferimento agli atti emanati dall'Organizzazione Internazionale del Lavoro, e in particolare la Convenzione concernente i lavoratori migranti (n. 97), la Convenzione concernente le migrazioni nelle condizioni abusive e la promozione dell'eguaglianza di opportunità e di trattamento dei lavoratori migranti (n. 143) e le Raccomandazioni concernenti i lavoratori migranti (n. 86 e n. 151).

A livello nazionale, la normativa specifica di riferimento si inserisce nel più ampio quadro delle leggi sanitarie e di quelle relative alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, a partire dal diritto sancito dall'articolo 32 della Costituzione italiana che definisce la tutela della salute *"come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività"*. Nella Costituzione italiana, peraltro, il diritto alla tutela della salute è connesso al principio lavorista, di cui all'articolo 1 *"L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro"*. Tale principio va analizzato congiuntamente agli articoli 3 e 4, i quali sanciscono il principio di eguaglianza, chiarendo che *"Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali"* e che *"compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese"*; e quello lavorista, affermando che *"La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto. Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società"*. Inoltre, in riferimento alla salute del lavoratore, l'articolo 38 della Costituzione prevede che *"Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria"*.

In materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, particolare attenzione deve essere posta al c.d. *"Testo Unico in materia di salute e sicurezza sul lavoro"* - Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, che introduce degli espliciti riferimenti al lavoratore straniero. Nel dettaglio, infatti, a partire dall'art. 1 del Decreto, che ne descrive le finalità, viene stabilito che si garantisce *"l'uniformità della tutela delle lavoratrici e dei lavoratori sul territorio nazionale attraverso il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, anche con riguardo alle differenze di genere, di età e alla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati"*.

Inoltre, all'articolo 11 si afferma che *"Nell'ambito dei rispettivi compiti istituzionali, le amministrazioni pubbliche promuovono attività specificamente destinate ai lavoratori immigrati o alle lavoratrici, finalizzate a migliorare i livelli di tutela dei medesimi negli ambienti di lavoro"*.

Particolare rilievo assumono gli articoli 36 e 37 del medesimo Decreto, che disciplinano le attività di informazione e formazione in materia di salute e sicurezza che il datore di lavoro deve assicurare a ciascun lavoratore, e prevedono che l'informazione *"oltre ad essere sufficiente ed adeguata, deve rispettare le conoscenze linguistiche"* e che il contenuto *"deve essere facilmente comprensibile per i lavoratori e deve consentire loro di acquisire le relative conoscenze. Ove l'informazione riguardi lavoratori immigrati, essa avviene previa verifica della comprensione della lingua utilizzata nel percorso informativo"*.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie, UN 1990.
- Convenzione concernente le migrazioni nelle condizioni abusive e la promozione dell'eguaglianza di opportunità e di trattamento dei lavoratori migranti n. 143, ILO 1975.
- Convenzione concernente i lavoratori migranti n. 97, ILO 1949.
- Costituzione della Repubblica Italiana, 1948.
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".
- Raccomandazione concernente i lavoratori migranti n. 86, ILO 1949.
- Raccomandazione concernente i lavoratori migranti n. 151, ILO 1975.

BIBLIOGRAFIA

1. Baglio G. Bias e confondimento. In: Mele A, Spada E, Tosti ME (eds). *Epidemiologia per la clinica e la sanità pubblica*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2009; 139-64.
2. Pablo-Méndez "Mortality among Hispanics". *JAMA* 1994; 271(16):1237-8.
3. Zincone G. (Uno schermo contro il razzismo, Roma: Donzelli; 1994.
4. Bonciani M, Geraci S, Martinelli B. Politiche nazionali e locali: fruibilità per tutti o disuguaglianze? In *Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi... costruire traiettorie*. Atti dell'XI Congresso Nazionale SIMM. Bologna: Lombar Key, 2011; 71:83.
5. Geraci S, El Hamad I. Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre. *Italian Journal of Public Health*. 2011; 9, Volume 8, Number 3, Fall 2011, Suppl.3; S14:S20.
6. Marceca M, Geraci S, Baglio G. Immigrants' health protection: political, institutional and social perspectives at international and Italian level. *IJPH* - 2012, Volume 9, Number 3; e7498-1:11.
7. Mladovsky P, Rechel B, Ingleby D, McKee M. Responding to diversity: an exploratory study of migrant health policies in Europe. *Health Policy* 2012; 105:1-9.
8. Geraci S, Baglio G. Politiche sanitarie in materia di salute degli immigrati. Rapporto Osservasalute 2013. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Università Cattolica del Sacro Cuore. Milano: Prex SpA 2013; 223:230.
9. Geraci S. Diritto compiuto o occasione mancata? Advocacy per forza!. In: Atti dell'XVI Congresso Nazionale SIMM: "Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute." Torino, 11/14 maggio 2016. Bologna: Pendragon; 2016; 51:59.
10. Geraci S. La dimensione regionale: prossimità o discriminazioni? In Atti dell'XIII Congresso Nazionale SIMM: "Migrazioni, salute e crisi. Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere". Agrigento, 14/17 maggio 2014. Bologna: Pendragon; 2014 pp 95:109.
11. Baglio G, Eugeni E, Geraci S. La salute dei migranti: emergenza o pari opportunità? In: Centro Studi e Ricerche IDOS. Dossier Statistico Immigrazione 2016. Arezzo: Inprinting s.r.l. 2016: 236-41.
12. Geraci S, Arrivi F, Pettinicchio V, Civitelli G. Minori diseguali: la legge, e il diritto all'assistenza sanitaria, non è uguale per tutti. Comunicazione in Atti del XVI Congresso Nazionale SIMM: "Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute." Torino, 11/14 maggio 2016. Bologna: Pendragon; 2016: p.114.
13. Baglio G, Di Palma R, Eugeni E, Fortino A. Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute? *Epidemiol Prev* 2017 (*in press*).
14. Mazzetti M, Geraci S, Burgio A, Baglio G. Salute psichica degli immigrati: cosa sta accadendo? In: Rapporto Osservasalute 2016. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2017:306-7.
15. ILO global estimates on migrant workers. Results and methodology. Geneva: International Labour Office, 2015 http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms_436343.pdf

16. INAIL. Salute e sicurezza in agricoltura. Un'indagine conoscitiva su lavoratori immigrati 2016. <https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/pubblicazioni/catalogo-generale/salute-e-sicurezza-in-agricoltura-indagine-conoscitiva2016.html>
17. Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Sesto rapporto annuale "I migranti nel mercato del lavoro in Italia" 2016. <http://www.lavoro.gov.it/priorita/Pagine/Sesto-Rapporto-Annuale-I-migranti-nel-mercato-del-lavoro-in-Italia-2016.aspx>
18. Loh K, Richardson S: Foreign-born workers: trends in fatal occupational injuries, 1996–2001. *Mon Labor Rev* 2004;127:42–53.
19. Richardson DB, Loomis D, Bena J, Bailer AJ. Fatal occupational injury rates in southern and non-southern States, by race and Hispanic ethnicity. *Am J Public Health* 2004; 94(10):1756–61.
20. Ahonen EQ, Benavides FG Risk of fatal and non-fatal occupational injury in foreign workers in Spain. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60:424–26.
21. Schenker M: Work-related injuries among immigrants: a growing global health disparity. *Occup Environ Med* 2008;65:717–8.
22. Wu TN, Liou SH, Hsu CC, Chao SL, Liou SF, Ko KN et al: Epidemiologic study of occupational injuries among foreign and native workers in Taiwan. *Am J Ind Med* 1997; 31: 623–30.
23. Rosano A. Aspetti epidemiologici della salute dei lavoratori immigrati in Italia. Atti del XII Congresso nazionale Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Viterbo, 10–13 ottobre 2012: pp.71–8.
24. Salvatore MA, Baglio G, Cacciani L, et al. Work-Related Injuries Among Immigrant Workers in Italy. *J Immigr Minor Health*. 2013; 15(1):182–7.
25. Marchetti A, Mantovani J, Di Lallo D, Di Napoli A, Guasticchi G. Epidemiologia degli infortuni sul lavoro nella Regione Lazio. *La Medicina del Lavoro* 2011; 102(6):473–483.
26. Marchetti A, Di Napoli A, Di Lallo D, Mantovani J, Guasticchi G. Analisi delle malattie professionali nel Lazio. Confronto tra lavoratori italiani e stranieri. *G Ital Med Lav Erg* 2011; 33(3):148–51.
27. Rosano A, Ronda E, Benavides FG, Cacciani L, Baglio G, Spagnolo A. Work-related health problems among resident immigrant workers in Italy and Spain. *Italian Journal of Public Health* 2012; 3: e7528_1–7.
28. Galossi E, Mora M. Terzo rapporto IRES-FILLEA. I lavoratori stranieri nel settore edile. Rapporto di ricerca IRES-FILLEA; 2008.
29. Salvatore MA, Baglio G, Cacciani L, Spagnolo A, Rosano A. La discriminazione nell'ambiente di lavoro tra gli immigrati in Italia. *Med Lav* 2012; 103(4):249–58.
30. Gee GC, Ryan A, Laflamme D, Holt J. Self-reported discrimination and mental health status among African American descendants, Mexican americans, and other Latinos in the New Hampshire REACH 2010 initiative: the added dimension of immigration. *Am J Public Health* 2006; 96: 1821–5.
31. Wyatt SB, William DR, Calvin R, et al. Racism and cardiovascular disease in African americans. *Am J Med Sci* 2003; 325: 315–31.
32. Agudelo-Suarez A, Gil-Gonzalez D, Ronda-Perez E, et al. Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Soc Sci Med* 2009; 68: 1866–74.
33. Di Napoli A, Gatta R, Rossi A, Perez M, Costanzo G, Mirisola M, Petrelli A. Discriminazione percepita sul luogo di lavoro in quanto straniero: uno studio sulla salute mentale percepita dagli immigrati in Italia. *Epidemiologia & Prevenzione* 2017 (*in press*).
34. Sayad A. La double absence. Paris: Éditions du Seuil; 1999.
35. Costa G. Inquadramento dello stress lavorativo per la valutazione e la gestione del rischio. *G Ital Med Lav Erg* 2009; 31 (2): 188–190.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Spunti e riflessioni per la formazione dei professionisti come strategia per la promozione e la tutela della salute dei migranti

Considerations for the training of professionals as a strategy for the promotion and protection of migrants's health

Emma Pizzini, Maria Laura Russo

Società Italiana Medicina delle Migrazioni

Parole chiave: partecipazione, riflessività, competenza culturale, apprendimento trasformativo

RIASSUNTO

Obiettivi: questo articolo ha lo scopo di illustrare, da un lato, come la formazione dei professionisti della salute intercetti i fondamenti della promozione della salute in diversi punti, dall'altro, quanto il sostegno alle competenze dei professionisti sanitari possa fare la differenza nel contrasto alle disuguaglianze di salute che coinvolgono le popolazioni migranti. Si richiama l'attenzione su costrutti, quali "pratica", "comunità di pratica", "apprendimento trasformativo", "riflessività", per evidenziare alcuni aspetti emergenti del dibattito sulla formazione dei professionisti della salute e per fornire agli stessi nuove prospettive per re-interpretare e "trasformare" le proprie pratiche professionali.

Metodi: l'articolo rilegge ed evidenzia alcuni elementi fondamentali delle teorie dell'educazione degli adulti alla luce delle sollecitazioni che provengono dalle esperienze di formazione nel campo della salute dei migranti.

Risultati: si propongono alcune direttrici (impianto partecipativo, coinvolgimento di tutti gli attori come soggetti, sostegno alla *cultural competence*) a partire dalle quali la formazione dei professionisti della salute possa essere realmente una strategia di promozione della salute.

Conclusioni: nella cornice dei cambiamenti e delle tendenze in atto, la formazione deve porsi l'obiettivo di promuovere nuovi strumenti e modelli formativi capaci di considerare l'individuo come protagonista del proprio apprendimento, mediante lo stimolo alla partecipazione, consolidando le competenze legate al riconoscimento dell'importanza della riflessività nella pratica dell'incontro con l'alterità.

Autore per corrispondenza: formazione@simmweb.it

Key words: participation, reflexivity, cultural competence, transformative learning

SUMMARY

Objectives: This article aims to illustrate how the training of professionals is able to approach the fundamental principles of health fostering from different point of views, and, on the other hand, how the training of health professionals can make the difference in how the inequalities that involve migrant populations are tackled. It is important to analyse constructs such as “practice”, “community practice”, “transformative learning” and “reflexivity”, in order to highlight some of the emerging aspects regarding the debate about the training of health professionals and to provide them new perspectives to re-interpretate and evolve their own professional procedures.

Methods: This article re-evaluates and highlights some of the basic elements of adult educational theory, in line with the recent developments that came from the training experiences in the field of migrant’s health.

Results: We propose several paths (participative implant, involvement of all the actors as subjects, support to cultural competence) to craft an effective trainership for health professionals that can deliver a solid strategy for the promotion of health.

Conclusions: In the framework of changes and the recent trends, the training has to aim at promoting new tools and teaching templates capable of viewing the individual as protagonist of his own learning, through stimulating participation, strengthening the know-how related to recognizing the importance of self-awareness in the daily practice with diversity.

*La Educación no cambia el mundo,
cambia a las personas que van a cambiar el mundo*
P. Freire

Le idee e le dialettiche relative alla formazione dei professionisti della salute intercettano i fondamenti della promozione della salute in diversi punti. A partire dalla carta di Ottawa, si delinea – infatti – un sistema di azioni di promozione della salute che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro e in cui soprattutto gli operatori sanitari devono rivestire il ruolo trainante e strategico (advocacy) di “catalizzatori” d’interventi di prevenzione e promozione della salute in diversi ambiti della comunità, costruendo una “rete” di azioni nei diversi contesti che contribuiscono alla salute.

Il successo delle politiche sanitarie e del miglioramento delle cure, infatti, dipende fortemente da coloro i quali erogano le cure, la *performance* complessiva dei sistemi sanitari è criticamente correlata alla *performance* dei suoi professionisti.

Tale nesso è particolarmente visibile per quel che riguarda la salute delle popolazioni migranti, infatti, l’OMS – nell’invitare i paesi membri a perseguire politiche di miglioramento dello stato di salute della popolazione migrante – da anni richiama gli Stati Membri a impegnarsi per migliorare la qualità della formazione degli operatori sanitari¹. Difatti, nel perseguimento dei *Millennium Development Goals* (conclusi nel 2015), uno dei fattori strategici per conseguire i risultati attesi è rappresentato dalle risorse umane, dalle loro competenze e, quindi, dalla

1. Organizzazione Mondiale della Sanità (2008). Risoluzione “*Salute dei Migranti*” n. WHA61.17 del 24 maggio 2008, in occasione della 61^{ma} Assemblea Mondiale della Salute.

formazione fornita agli operatori.

Questa impostazione va aggiunta alla lettura delle disuguaglianze di salute della popolazione migrante, dove è importante cogliere la dinamica esistente tra un sistema sanitario come il nostro - improntato ai principi di universalità - e l'applicazione di tali principi, che pone in primo piano le implicazioni che derivano dalla traducibilità operativa degli ideali di riferimento della programmazione sanitaria. L'impegno per il miglioramento della salute delle popolazioni migranti deve essere accompagnato dalla consapevolezza dei meccanismi alla base dei processi di disuguaglianze, ossia la presa in considerazione di un complesso intreccio di variabili - non solo epidemiologiche cliniche ed economiche, ma soprattutto socio-culturali e psico-sociali - che generano condizioni di non equità. Gli studi sulle disuguaglianze hanno generalmente posto l'accento sugli indicatori socioeconomici, tuttavia le variabili economiche di per sé non sono sufficienti a fornire una spiegazione adeguata del fenomeno. Difatti, malgrado i legami tra il reddito e le traiettorie individuali di salute e malattia siano molto complessi, è stato dimostrato come in questo meccanismo la componente 'etnica' concorre a delineare una condizione sfavorevole che va al di là dello svantaggio di classe (1-2). Questa dinamica appare caratterizzata da una pluralizzazione delle fonti di disuguaglianza che vede la compresenza di variabili tradizionali (come il reddito) e aspetti relativi alle situazioni di vita dei soggetti, come l'esistenza di specifici eventi e processi sociali che conducono a più situazione di svantaggio rispetto ai determinanti sociali della salute (3).

Migliorare l'accessibilità e la qualità dei servizi sanitari per migranti e minoranze etniche e ridurre le disuguaglianze di salute, si lega indissolubilmente alla capacità del sistema salute di formare professionisti sanitari che siano in grado di conoscere e ri-conoscere, comprendere e rispondere in modo adeguato ai cambiamenti che le migrazioni generano nel contesto sociale e nei luoghi di cura.

In linea con quanto detto, anche nel momento in cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità-Regione Europa, si è preoccupata di identificare gli interventi da mettere in atto per contrastare le disuguaglianze di salute, come vediamo in fig. 1, il ruolo delle politiche che si fondano sulla formazione è più che evidente.

La formazione e l'aggiornamento degli operatori sociosanitari rappresentano, infatti, un elemento rilevante e strategico per la promozione e la tutela della salute delle popolazioni immigrate, in coerenza con i principi, gli obiettivi e le caratteristiche del sistema sanitario e delle professioni che lo animano.

Formazione e educazione

Secondo alcuni linguisti, "educare" viene sì dal latino ma non da *educere* (= tirar fuori), bensì da un verbo latino arcaico, poi caduto in disuso, almeno rispetto al senso originario, cioè educare, che nella società e nella lingua vetero-latina aveva il significato di piantare dei pali terminanti a forcella vicino alle viti così che i tralci, crescendo, allungandosi, si potessero appoggiare alle

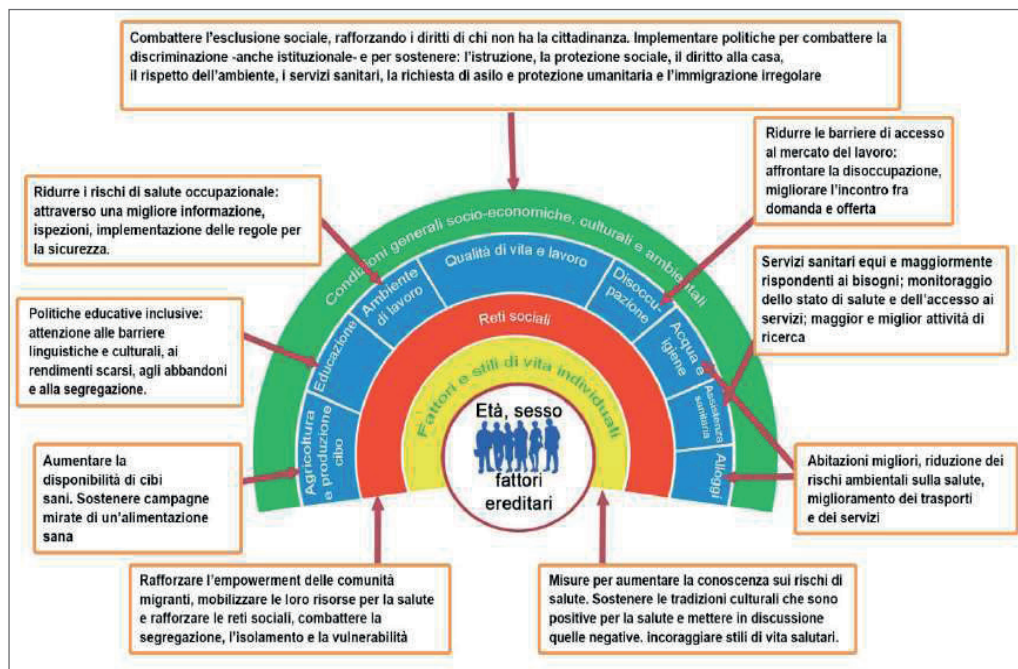


Figura 1- Le misure politiche per affrontare i determinanti socioeconomici di salute per migranti

forcelle e, in tal modo non cadere a terra sotto il peso dei grappoli (4).

Pur non interessandoci qui di questioni linguistiche, le metafore generate dalle due etimologie sono significative. Solida e consolidata quella dell'*educere* "tirar fuori"; ma ancor più significativa quella della vite, in particolare, perché in questo caso non c'è un soggetto dal quale un'altra persona tira fuori qualcosa che è dentro di lui, bensì un soggetto che cresce e si sviluppa 'autonomamente', che è causa efficiente del proprio sviluppo.

La visione richiamata dalla metafora della vite ha un valore potente nell'ambito della formazione degli adulti, in particolar modo nel momento in cui si ragiona di come questa possa essere una strategia di promozione di salute e di contrasto alle disuguaglianze.

Difatti uno degli elementi che fa la differenza in questo ragionamento è il rapporto dei soggetti coinvolti nel processo formativo, che significa ripensare l'impostazione della formazione a partire dalla consapevolezza che solo attraverso metodologie partecipative, volte a promuovere l'autoriflessività degli attori coinvolti, si possa essere artefici di un cambiamento che possa incidere su dinamiche più ampie e articolate come i processi di produzione delle disuguaglianze. L'errore più ricorrente in ambito formativo è quello di travisare il significato stesso dell'educazione/formazione, per utilizzare le parole di Freire, è la "contraddizione educatore-educando";

si polarizzano le posizioni, si eleva una parte declassando l'altra, assegnando all'una il protagonismo assoluto e l'assoluta responsabilità delle decisioni, dei contenuti e delle azioni, mentre l'altra ha come unica possibilità quella di adottare una ricezione passiva. A questo si associa ciò che Freire chiama l'educazione "depositaria" che "fa 'comunicati' e depositi", nega qualsiasi protagonismo negli educandi e "li trasforma in vasi, in 'recipienti' che l'educatore deve 'riempire'". Caratteristica fondante di questo sistema educazione, il cui compito è 'riempire', è l'asimmetria anti-dialogica, che dicotomizza la realtà con un'iniqua distribuzione delle parti "l'educatore [...] è il soggetto del processo; gli educandi puri oggetti" (5).

La formazione diviene una narrazione di contenuti, che per ciò stesso tendono a fossilizzarsi, sia che si tratti di valori sia che si tratti di dimensioni empiriche della realtà, "Esiste una specie di malattia dell'esporre, del narrare. L'accento dell'educazione cade fondamentalmente sul narrare, sempre narrare" (5). Si parla della realtà come qualcosa di fermo, statico, suddiviso.

Di contro, l'educazione che rispetta la soggettività dialogica e creativa dei soggetti è quella che non li considera meri "vuoti" da riempire, bensì "corpi coscienti", portatori di una "coscienza in rapporto intenzionale col mondo". In questa prospettiva la formazione assume un significato "problematizzante", supera la dogmatica e predefinita dicotomia educatore/educandi e assume le caratteristiche della dialogicità, reimpostando creativamente e in modo sempre nuovo sia la relazione interpersonale-sociale sia il rapporto con il mondo e con i contenuti. Una formazione problematizzante implica un nuovo rapporto con i "contenuti" dell'educazione, che non devono essere considerati come statica "proprietà" dei detentori del sapere, "ritagli della realtà" da trasferire ma sono i "mediatori" di una relazione dinamica e vitale.

L'ambito dell'educazione degli adulti diviene così un ambito cruciale, dove processi transizionali e trasformativi possono incidere in maniera profonda. Il rinnovamento della formazione - sul piano dei ruoli, dei contenuti ma non solo - va di pari passo con il superamento del dualismo insegnamento - apprendimento: il primo centrato sulla trasmissione verticistica dei contenuti da chi li detiene a chi li deve apprendere; il secondo, invece, fondato sulla centralità del soggetto e della sua capacità di apprendere dall'esperienza seguendo selettivamente le sue inclinazioni e i suoi interessi. La logica dell'insegnare propone metodi classici che sono caratterizzati soprattutto sulla centralità dell'aula, che contribuisce a rinforzare modalità trasmissive delle conoscenze fondate sulla gerarchia, sulla riduzione dei discenti a contenitori, sulla trasmissibilità meccanicistica del sapere. Viceversa, il cambio di paradigma favorisce la logica dell'apprendere che si basa sulla capacità, di chi è chiamato ad apprendere, di elaborare l'esperienza che diventa principale fonte di conoscenza, ma apre anche a nuove prospettive metodologiche "oltre l'aula". In questa macrocornice, gli approcci che si stanno consolidando sono molteplici e diversificati ma sono tutti riconducibili alla promozione dell'apprendere mediante lo stimolo alla partecipazione, il coinvolgimento degli attori, il riconoscimento della loro soggettività, della rilevanza dell'azione e della "riflessività in azione". Per questo tali metodi sono cumulativamente definibili come approcci orientati allo sviluppo di pratiche riflessive.

Il presupposto alla base di tale visione è la persistenza di una potenzialità trasformativa, oscillante tra educabilità e progettualità continue, che si concretizza in un processo estensivo di apprendimento permanente. Ne deriva la necessità di una formazione che, caratterizzata da livelli differenziati di formalizzazione e d'intenzionalità, coinvolga tutti i professionisti della salute, formati a mobilitare la conoscenza e a impegnarsi in un ragionamento critico nel rispetto di una condotta etica, in modo da essere al contempo competenti e partecipativi all'interno dei sistemi sanitari.

Spesso la pedagogia, per assumere la portata radicale della sua funzione sociale, ha bisogno di sguardi che vengano da altri mondi.

Strategie formative

Da quanto esposto fin ora, si comprende quanto sia necessario un nuovo sguardo verso la formazione – intesa come educazione di professionisti della salute competenti.

Si tratta di un processo che ha come principale punto di riferimento una grande varietà di pratiche che maturano in una prospettiva di radicale superamento degli schemi ancorati alla tradizione codificata dell'azione formativa. Questa proiezione verso le dinamiche della vita organizzativa assume un tratto del tutto nuovo, caratterizzato dall'affermarsi della consapevolezza di due "fattori" cruciali: da un lato, il riconoscimento della centralità della conoscenza e, soprattutto, che la conoscenza utile è quella che ha origine nelle pratiche degli attori impegnati nelle loro attività; dall'altro, il prevalere di una visione secondo cui assumono rilevanza le dimensioni soggettive, intersoggettive e contestuali dell'apprendere. L'apprendimento trova il suo fondamento sia nella pratica sia nelle relazioni degli e tra gli attori.

Tuttavia, la formazione attuale, continuando a proporre mappe di saperi statiche che non riescono a interagire con altre proposte di esperienze formative, finisce con il "produrre" professionisti appesantiti di nozioni, incapaci di connettere tra loro i differenti significati locali con un contesto globale più ampio e di concepire una visione integrata delle proprie esperienze professionali.

I limiti di una simile visione sono ancora più evidenti nel momento in cui il sistema salute incontra persone provenienti da contesti socio-culturali differenti e si evidenzia con maggiore forza l'esigenza di una formazione che possa essere realmente un punto di riferimento nella transizione verso un sistema salute culturalmente competente. Non si tratta di rincorrere un sapere precostituito, con la pretesa di conoscere e riconoscere gli elementi propri di ciascuna nazionalità e cultura ma è saper disseminare gli strumenti necessari a esporsi e predisporre, in prima persona, alla comunicazione e alla contaminazione reciproca.

Difatti, a partire dalla consapevolezza che l'identità di ciascuno non è un dato precostituito, acquisito o un contenuto statico da trasmettere o da difendere ma il risultato di una co-costruzione attiva e dipendente dalle interazioni con altri, ne consegue che strutturare i processi formativi basandoli su elementi nozionistici inerenti quello che si ritiene che siano le

“culture altre”, oltre che rendere queste – erroneamente – monolitiche, rischia di consolidare stereotipi e pregiudizi preesistenti. Impostare meccanicamente relazioni isomorfe tra etnia, lingua e cultura non permette di vivere “equilibratamente” nelle differenze. Ciò che chiamiamo “cultura” risente usualmente di una sovrabbondanza di significati, come se le differenze che contraddistinguono tutti noi si cristallizzassero in recinti chiusi “invalidabili” e si ponessero come un elemento biologico, predeterminato. Difatti, se adottassimo l’idea secondo cui la cultura è un bagaglio che semplicemente abbiamo, in quanto membri di un gruppo, i soggetti culturali sarebbero meccanicamente determinati dalla loro appartenenza (6).

La formazione degli operatori è – in questa prospettiva - sicuramente un contesto privilegiato per mettere in discussione le potenziali derive culturaliste e lasciare dipanare i processi utili a sostenere la capacità di decentramento cognitivo dei professionisti fondamentali per costruire una buona competenza culturale.

Koehn e Swick sostengono l’importanza e l’applicazione concreta della “competenza transnazionale” (*transnational competence*) nella formazione degli operatori della salute (7). In quest’epoca caratterizzata dall’accelerazione e dall’imprevedibilità delle relazioni e dei saperi, la creazione continua di nuove e impensabili connessioni interdisciplinari disarticola le tradizionali suddivisioni delle discipline tradizionali. In questo contesto di mutamenti, i sistemi formativi devono presupporre una riforma epistemologica volta alla comprensione dei contenuti in dimensione planetaria e del tutto svincolati da categorie, retaggio di una tradizione arcaica e superata nei fatti; alla costruzione di nuove forme d’interconnessione tra saperi diversi, chiave di volta della creatività culturale e scientifica. Il concetto di creatività nei processi formativi è sostenuto anche da Freire, secondo il quale, non può esserci una formazione autentica senza autentica creatività: una creatività che si manifesta nelle relazioni feconde che si stabiliscono, nella critica ricostruzione dei saperi, nell’ascolto delle novità continue della vita reale, nell’attitudine a “svelare il reale”, nell’intuizione e nell’attitudine didattica-formativa a rinunciare a schemi stereotipati e ripetitivi (8).

Ed è la stessa idea di creatività che si può ritrovare nell’epistemologia della pratica professionale riassunta nella figura del “professionista riflessivo” proposta da Schön (9). Si tratta di un’impostazione che cerca di definire come i professionisti, compresi quelli socio-sanitari, affrontano le situazioni caratterizzate dalla necessità di agire, dall’incertezza e, spesso, anche da conflitti di valore. Schön la definisce “la riflessione nel corso dell’azione”, in altre parole la componente creativa nei professionisti. Le conoscenze tacite accumulate nel tempo sono insufficienti a fronteggiare situazioni nuove così si sente la necessità di attingere ad altre risorse, riflettere sulle criticità, mettere a confronto le proprie conoscenze pratiche con le nuove circostanze, per approntare una risposta soddisfacente. È in queste situazioni che emergono quelle “competenze” e “attitudini” personali e professionali che non possono essere spiegate solo sulla base di un repertorio tecnico-scientifico e che non sono governate da regole prefissate. Se l’operatore socio-sanitario, quindi, è chiamato a essere un professionista esperto in grado

di riflettere sulle proprie pratiche per individuare nuove e appropriate strategie volte alla risoluzione delle criticità, occorre che la formazione sia in grado di far emergere *expertise*, attitudini, “creatività”, espressione del connubio tra teoria e pratica.

In questa prospettiva la formazione è chiamata, quindi, a sviluppare e valorizzare tali competenze trasformandole in un *habitus* professionale, funzionale alla necessità di fronteggiare la dinamicità delle conoscenze, dei saperi e dei contesti. In questa azione trasformativa non si può escludere l’esperienza dei professionisti che, però, non è sufficiente se non passa attraverso un processo di rielaborazione e riflessione, poiché se si vuole che la conoscenza della pratica si trasformi in pensiero e professionalità consapevole è indispensabile che si arrivi a un’esplicitazione del significato dell’esperienza, alla sua reinterpretazione per trasformarla in apprendimento intenzionale (10).

Ne consegue che la formazione non può essere sterile e a-storica ma deve porsi criticamente in un rapporto di dialogo costruttivo con la realtà. Quindi non può non essere anche “educazione politica”, impegno attivo a “partecipare”, ad essere attore protagonista di cambiamento del e nel mondo, riprendendo le parole di Freire, gli individui sono chiamati, attraverso una formazione concreta a superare la “schizofrenia storica”, che li vuole distanti dal mondo e ad essere veramente “bagnati di realtà” (5). In quest’ottica, la stessa esperienza di apprendimento è soggetta a un mutamento radicale giacché, da mera acquisizione di contenuti precostituiti in ambiti disciplinari distinti secondo criteri statici, diviene essa stessa azione d’interconnessione disciplinare e creazione di nuovi percorsi cognitivi.

In quest’ottica di “comunicazione e contaminazione reciproca” s’iscrive la cosiddetta “competenza culturale”² in ambito socio-sanitario. Nei primi anni duemila, in ambito statunitense due Report pubblicati dall’Institute of Medicine (11-12), hanno evidenziato l’importanza di una formazione *patient centered* e della *cultural competence* come strumenti per migliorare la qualità dell’assistenza sanitaria per tutti ed eliminarne le disparità.

La competenza culturale è da intendersi come un insieme di conoscenze, capacità di comprensione e abilità che permette al professionista della salute di fornire un’assistenza coerente con le diverse necessità del paziente (13), evitando standardizzazioni (14). In assenza di un’adeguata *cultural competence*, si rischia di basare l’assistenza su una valutazione superficiale, stereotipata ed etnocentrica (15) o di pensare, erroneamente, che tutti i soggetti appartenenti a un dato gruppo culturale abbiano le medesime esigenze (16). La *cultural competence* è quindi, soprattutto, un’attitudine positiva del soggetto a vivere le differenze, dove il punto di partenza

2. Sebbene esista più di una definizione del concetto di competenza culturale, vi è una generale convergenza su quella fornita da Cross nel 1989: “La competenza culturale è un insieme di comportamenti, atteggiamenti e politiche che diventano patrimonio comune di un sistema, di un’agenzia o fra professionisti e che mette in grado quel sistema, quell’agenzia o quei professionisti di lavorare efficacemente in un contesto interculturale. La parola cultura è usata perché comporta il modello integrato di comportamenti umani che comprende il modo di pensare, di comunicare, di agire, le tradizioni, le credenze, i valori e le istituzioni di un gruppo sociale. La parola competenza è usata perché implica la capacità di operare in modo efficace” (17).

diviene il riconoscimento della pari dignità dei diversi portati culturali e la messa in discussione della propria cultura come chiave universale con la quale si interpreta la realtà e si organizzano le professioni. Un'organizzazione socio-sanitaria culturalmente competente, ha la capacità di rispondere in modo adeguato e sensibile ai bisogni e al *background* socio-culturale dei pazienti stranieri e delle minoranze etniche.

In alcuni casi si sostiene che la conoscenza delle caratteristiche e degli elementi distintivi delle diverse culture possa essere considerata un modo adeguato di fornire un'assistenza sanitaria individualizzata. Di fatto, negli ultimi anni, molti degli sforzi volti a migliorare la relazione tra il sistema salute e le persone straniere, hanno portato allo sviluppo di programmi formativi finalizzati a dotare i professionisti della salute di maggiori conoscenze sulle caratteristiche delle diverse culture, con l'idea preconcepita che tale preparazione potesse garantire automaticamente equità di accesso e qualità dell'assistenza sanitaria. Tuttavia, questo genere di conoscenze – come abbiamo visto – nasconde il rischio di rafforzare gli stereotipi proprio perché propongono una sorta di “ricette culturali” per risolvere ogni situazione. Al contrario, le esperienze di cura sono caratterizzate da interazioni che intercorrono tra la cultura del servizio sanitario, la cultura degli operatori e la cultura del paziente. Inoltre, tali interazioni avvengono in un ambiente temporale specifico che in parte contamina e trasforma tali esperienze. Essere competente da un punto di vista inter-culturale non significa ricorrere a “ricette”, piuttosto è l'individuo che deve essere al centro, con la sua storia individuale e la sua sfera di vita personale. La diversità tra le persone è tale che basare lo sviluppo delle competenze degli operatori socio-sanitari su presupposte conoscenze delle culture non consente di comprendere appieno la diversità individuale, né tanto meno di tenere conto dell'ambiente sociale. È necessario iniziare a guardare oltre la cultura e analizzare le sue intersezioni con il genere, la classe sociale, l'appartenenza etnica, l'età e le altre distinzioni sociali, sviluppando un atteggiamento che si contraddistingua per apertura, curiosità, condivisione e rispetto (*curiosity, empathy, and respect*) nei confronti dei vissuti dei migranti (18). Per rendere possibile l'attivazione del cambiamento, occorre investire sulla competenza culturale degli operatori, per i diversi aspetti positivi che comporta, in particolare, la consapevolezza nei confronti di persone portatrici di culture diverse e di bisogni specifici di salute; l'occasione di ripensare all'aspetto relazionale della professione sanitaria e mettere in campo interventi di orientamento, informazione e accompagnamento nei confronti del paziente migrante.

Sviluppare le competenze culturali, secondo la declinazione proposta da Cross, intesa come “un insieme di comportamenti, atteggiamenti e politiche che diventano patrimonio di un sistema o un'agenzia o fra i professionisti e che mette in grado quel sistema, quell'agenzia, o quei professionisti di lavorare efficacemente in contesti interculturali” richiede un apprendimento complesso e un'attenzione forte all'accompagnamento del cambiamento dei comportamenti dei professionisti (17).

Apprendimenti e riflessività

Il punto di vista educativo sulla relazione di cura deve concentrare la propria attenzione sulla tensione dialogica dominata dal continuo ricostituire l'altro come portatore di una prospettiva autonoma, altrettanto sensata della nostra e non riducibile alla nostra.

Si tratta, dunque, di costruire modelli di formazione medica e sanitaria nei quali è fondamentale la capacità del professionista di decentrarsi dai propri modelli di costruzione socio-cognitiva della realtà senza, però, annullarsi nella prospettiva del paziente. È quello che da M. Bachtin chiama "*exotopia*" (19). Nell'empatia, infatti, si isolano e si decontestualizzano alcuni tratti dell'esperienza dell'altro per comprenderla in base alla propria esperienza, quindi conservando immutate le proprie cornici di pensiero e rafforzando il proprio punto di vista. Simula, in qualche modo, di "mettersi nelle scarpe dell'altro", ma in realtà, all'ultimo momento, "mette l'altro nelle proprie scarpe" (20). Nell'*exotopia*, invece, la ricerca inizia quando, avendo cercato di mettersi nelle scarpe dell'altro, ci si accorge che non vanno bene. Per accorgersi di questo bisogna «esporsi», mettersi in discussione. Bisogna, cioè, attivare un atteggiamento riflessivo rispetto alla propria epistemologia professionale ed al proprio sapere implicito che determina fortemente le pratiche di cura.

In particolare, si richiama l'attenzione su costrutti, quali "pratica", "comunità di pratica", "apprendimento trasformativo", "riflessività", per delineare alcuni aspetti emergenti del dibattito sulla formazione dei professionisti della salute e per fornire agli stessi nuove prospettive per re-interpretare e "trasformare" le proprie pratiche professionali.

Nei contesti di pratica i professionisti agiscono e operano integrando conoscenze di senso comune, definibili come tacite e implicite e conoscenze accademiche e scientifiche, formalizzate e sistematizzate sul piano teorico ma comunque rielaborate in situazione e riorganizzate in funzione operativa. Si conferiscono così dignità e valenza formativa a forme di conoscenza non sistematizzate ma derivate dai contesti di pratica. Stando così le cose, l'epistemologia della formazione professionale, che attribuisce valenza formativa unicamente alle forme di conoscenza organizzate e sistematizzate, trasferibili nei contesti di pratica attraverso procedure applicative sostanzialmente tecniche, perde di significato e lascia il posto a un nuovo modello di epistemologia riflessiva che guarda allo sviluppo e all'esercizio di razionalità critiche. In altre parole, rendere doppiamente consapevoli i professionisti della salute sia del valore delle conoscenze scaturite dai contesti di pratica sia della valenza formativa della circolarità azione-riflessione-conoscenza. I contesti di pratica hanno, così, una doppia valenza: da una parte possono essere intesi come luoghi in grado di produrre saperi professionali e sistemi di significato attraverso i dispositivi riflessivi che ogni professionista attiva, dall'altra sono luoghi di attività culturalmente situate. In questo senso, i contesti di pratica sono sia spazi di costruzione e produzione di significati e saperi frutto di negoziazioni tra diversi soggetti sia sistemi che possono facilitare o ostacolare la produzione di conoscenze e saperi.

In questo senso la formazione può diventare un dispositivo riflessivo e trasformativo funzionale

alla problematizzazione di situazioni di pratica e al loro ripensamento in chiave critica, attivando così processi di riflessione nel corso del proprio operare e sul proprio operare. In questa nuova epistemologia la capacità dei professionisti di esercitare una “riflessione in azione”, permette di generare forme di apprendimento e di conoscenze profondamente trasformative (21).

Se, da un lato, le “competenze culturali” vanno assunte come motore d’innovazione dei processi d’insegnamento/apprendimento prima che come criteri di misurazione e certificazione dei risultati; dall’altro, l’approccio per competenze può cambiare il modo di rappresentare, verificare e certificare gli apprendimenti dei professionisti, solo se prima modifica il modo di progettare i percorsi formativi. Criteri e strumenti di certificazione delle competenze, che non siano preceduti dall’assunzione di metodologie d’insegnamento coerenti, risultano inappropriati e controproducenti. Un approccio per competenze, per essere coerentemente praticabile, deve coinvolgere tutti i livelli dell’iter progettuale della formazione: dal piano formativo all’attività del singolo docente, alla pratica didattica, alla valutazione e certificazione finali. Le competenze culturali, come altre competenze, non sono raggiungibili con procedure “automatiche”, sono il frutto di un lavoro d’insegnamento/apprendimento lungo e complesso che spesso coinvolge più ambiti disciplinari; sono parte perciò del tempo della formazione che è riflessione, approfondimento, esercizio, ritorno.

In quest’ambito, difatti, non si tratta di aggiungere nuovi elementi tecnici, quanto di stimolare quello che viene chiamato ‘apprendimento complesso’ (o deuteroapprendimento) che comporta la modifica dei precedenti campi cognitivi dei soggetti (22-23). Questo cambiamento non avviene attraverso procedure automatiche o meccaniche ma richiede attenzioni che sottendano e sostengano la dimensione processuale dell’apprendimento volto all’acquisizione di capacità riflessive e consapevolezza critiche.

Da diversi anni il termine riflessività ha assunto un ruolo centrale nel dibattito sulle scienze umane lasciando però aperto il problema di definire tale costrutto base tenendo conto delle diverse professionalità. La riflessività è legata, da questo punto di vista, alla capacità di modificare l’azione, dunque, alla capacità di apprendere e di generare, attraverso questo processo, il cambiamento. Nell’ambito della formazione il tema della riflessività ha dato origine a un variegato universo di pratiche: *action learning*, narrazione autobiografica, formazione alle metacompetenze, *experiential training*, apprendimento collaborativo e organizzativo (comunità di pratica e di apprendimento), *coaching*. Tuttavia, in primo piano c’è il valore attribuito all’esperienza la quale rappresenta il luogo privilegiato da cui partire per costruire nuovi saperi e nuovi scenari di cambiamento per il singolo professionista e per il contesto in cui egli opera. Dare valore alla riflessione sull’esperienza, significa superare la tradizionale separazione tra teoria e pratica che vede l’esperienza unicamente come il luogo in cui si applicano saperi e schemi d’azione appresi in altro luogo. Significa favorire la partecipazione in prima persona al processo d’indagine, di discussione e di formulazione di risposte che l’agire solleva. Attraverso il riflettere è possibile, di fatto, realizzare il passaggio dal *know how* al *know that*, da un sapere

incorporato e tacito a un sapere dichiarativo. Operazione quanto mai necessaria giacché osservare, analizzare, valutare e trasformare in modo intenzionale una pratica significa arrivare a 'fare con la consapevolezza di cosa si fa e del perché lo si fa'. Lo sguardo riflessivo, infatti, non è rivolto solo all'indietro, al passato, ma è uno sguardo trasformativo che guarda in avanti, al futuro, per dare avvio a nuovi comportamenti, nuovi saperi, nuove pratiche professionali.

In quest'ambito, la riflessione è pertanto funzionale a ricostruire e riattualizzare i processi di apprendimento e di costruzione delle conoscenze che sottendono l'agire dei professionisti socio-sanitari; a identificare e promuovere gli elementi di crescita e trasformazione che attraverso tali processi si definiscono. L'introduzione di un dispositivo riflessivo all'interno delle pratiche formative può produrre circuiti riflessivi situati, generativi di nuovi saperi che possono dar luogo a una rielaborazione e trasformazione delle pratiche stesse. Tuttavia, nei contesti di pratica i circuiti riflessivi si attivano solo se i professionisti diventano consapevoli dei problemi che incontrano, se sono in grado di posizionarsi rispetto ad essi e li analizzano in un'ottica interpretativa e risolutiva. I processi di apprendimento si attivano dal confronto con situazioni problematiche e chiamano in causa conoscenze e saperi pregressi che devono, però, essere ripensati e contestualizzati in relazione alla situazione in atto. Come rilevato da Schön, la riflessione in azione ("reflection-in-action") ha una funzione critica, sottopone a riesame le conoscenze, le strategie d'azione e di comprensione dei fenomeni (9). Attraverso questo processo si producono nuove conoscenze e apprendimenti che vengono poi socializzati, confrontati e in qualche modo validati sul campo.

I contesti di presa in carico/relazione con le persone migranti – per esempio - sono spesso luoghi d'incertezza e dubbio, ciò comporta il ripensamento e la trasformazione delle prassi procedurali e operative apprese e praticate come risposta a situazioni nuove e impreviste. I professionisti della salute devono essere "educati/formati" a (ri)-pensarsi, a riconoscersi e a proporsi proprio come "agenti riflessivi" capaci, da un lato, di applicare le conoscenze già formalizzate al di fuori dei contesti di pratica; dall'altro di realizzare e utilizzare, ricorrendo a processi riflessivi in corso di azione, nuove forme di conoscenze e di saperi che derivano dalle "zone indeterminate" della pratica (9).

Attraverso la riflessività si possono definire nuove traiettorie di attribuzione dei significati alle situazioni lavorative all'interno delle quali si agiscono "le pratiche" intese come "unità di attività" socialmente e istituzionalmente organizzate all'interno delle comunità di pratica. L'apprendimento e le conoscenze si configurano così come processi cui è possibile partecipare attivamente; in questo senso le comunità di pratica sono spazi di co-costruzione delle conoscenze all'interno dei quali i diversi professionisti assumono una posizione consapevole e interagente. E, soprattutto, sono processi, cioè viene riconosciuto il valore del tempo come elemento fondamentale in cui poter sciogliere i nodi presentati dalla pratica interculturale quotidiana.

Il tema della riflessività nella formazione e nell'apprendimento in riferimento alle 'comunità di pratica', quali luoghi privilegiati di apprendimento attraverso l'esperienza, la cooperazione e lo

scambio, evidenza come la formazione avviene sempre in termini di sostegno, di facilitazione, di esercizio dell'apprendimento all'interno di una comunità.

Il divario tra ciò che a priori si definisce e si convalida attraverso pratiche scientifiche e ciò che i diversi professionisti mettono in pratica, rimanda a un rapporto che va indagato riconoscendo pari dignità a due universi, quello dei significati scientificamente validati e quello della pratica in cui conoscenze e competenze sono definibili in termini di sapere pratico, situato e contestualmente validato (21). In altre parole, riprendendo il cambio di paradigma suggerito da Gherardi, le pratiche lavorative dovrebbero essere concepite sia come pratiche situate sia come «[...] modalità di azione e conoscenza emergenti *in situ* dalla dinamica delle interazioni» (24). In questo modo diventano rilevanti le cosiddette conoscenze tacite di chi lavora, vale a dire sia le conoscenze incorporate nelle pratiche sia la conoscenza prodotta mentre si lavora.

La riflessione nel corso dell'azione rimanda al patrimonio esperienziale dei soggetti che consente ai professionisti di riconoscere e gestire i caratteri di complessità, indeterminatezza e conflitto - se presente - che caratterizzano la relazione tra il sistema salute e la popolazione migrante. La pratica riflessiva rende possibile l'apprendimento in virtù della sequenza che dal vivere un'esperienza conduce alla sua integrazione, attraverso riflessione e confronto, con il sapere personale. In questo senso, la riflessività è la capacità del pensiero di retroagire continuamente sull'azione realizzando un circolo virtuoso tra *azione-sapere-azione*. La formazione ha il compito di intercettare questi processi e configurarsi come una nuova traiettoria di partecipazione a pratiche riflessive e trasformative. La riflessività e la flessibilità d'azione e di pensiero, secondo Quaglino, sono, infatti, qualità necessarie affinché l'adulto possa 'riconoscersi' nei suoi cambiamenti professionali ed esistenziali, valutando e rivalutando molteplici punti di vista e provando e riprovando differenti corsi d'azione (25). Tutto ciò implica la necessità di ripensare i contenuti e le forme dei percorsi di formazione, ritrovando la via maestra per iniziare a colmare il divario fra ciò che sappiamo e ciò che facciamo, fornendo a tutti i professionisti della salute le competenze e gli strumenti per essere attori strategici nel contrasto alle disuguaglianze di salute che coinvolgono le popolazioni migranti.

Nella cornice dei cambiamenti e delle tendenze in atto, la formazione si deve, quindi, porre l'obiettivo di promuovere nuovi strumenti e modelli formativi capaci di considerare l'individuo come protagonista del proprio apprendimento nel corso di tutta la sua vita. Inoltre, promuovendo l'apprendimento attraverso lo stimolo alla partecipazione, il coinvolgimento degli attori implicati, il riconoscimento della loro soggettività, della rilevanza dell'azione e, soprattutto, della riflessività in azione può davvero essere l'elemento catalizzatore del processo di acquisizione e disseminazione della competenza culturale all'interno del sistema salute.

BIBLIOGRAFIA

1. Nazroo J. Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. *Sociology of Health & Illness* 1998; 20 (5): 710-730.
2. Stefanini A. Disuguaglianze sociali nella salute: da dove vengono e ruolo di un sistema sanitario. *Salute e Società* 2006; : 233-42.
3. Paugam S. a cura di L'exclusion. L'état des savoirs. Paris: La Decouvert ; 1996.
4. Cortese A. Appunti sulla formazione dei formatori. L'esperienza e i pensieri di un educatore degli adulti, Roma: Edizioni Lavoro; 2007.
5. Freire P. La pedagogia degli oppressi. Torino: EGA; 2002.
6. Quaranta I, Ricca M, Malati fuori luogo. *Medicina interculturale*. Milano: Raffaello Cortina Ed; 2012.
7. Koehn P, Swick HM, Medical education for a changing world: moving beyond cultural competence into transnational competence. *Acad Med*. 2006; 81: 548-56.
8. Freire P, Gadotti M, Guimarães S. *Pedagogia: dialogo e conflitto*. Torino: SEI; 1995.
9. Schön DA. *Formare il professionista riflessivo. Per una nuova prospettiva della formazione e dell'apprendimento nelle professioni*. Milano: Franco Angeli; 2006.
10. Mezirow J. *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2003.
11. Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
12. Institute of Medicine, *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, DC: National Academy Press; 2002.
13. Purnell L, Davidhizar RE, et al. A guide to developing a culturally competent organization. *J Transcult Nurs* 2011; 22(1): 1-7.
14. Wood M. Cultural safety and the socioethical nurse. *Nurs Ethics* 2010; 17(6): 715-725.
15. Papadopoulos I. *Transcultural health and social care. Development of culturally competent practitioners*. Beijing: Elsevier Limited; 2006, pp. 7-24.
16. Misra-Hebert AD, Isaacson JH. Overcoming health care disparities via better cross-cultural communication and health literacy. *Clev Clin J Med* 2012; 79(2): 127-133.
17. Cross T, Bazron B, Dennis, Isaacs M. *Towards a Culturally Competent System of Care, Volume I*, Washington, DC: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center; 1989.
18. Betancourt JR. Cultural competence and medical education: many names, many perspectives, one goal. *Acad Med*. 2006 Jun; 81(6): 499-501.
19. Bachtin M. *L'autore e l'eroe*. Torino: Einaudi; 1988
20. Sclavi M. *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Milano: Bruno Mondadori; 2003.
21. Fabbri L. *Comunità di pratiche e apprendimento riflessivo. Per una formazione situata*. Roma: Carocci Editore; 2007.
22. Bateson G. *Verso un'ecologia della mente*, Milano: Adelphi; 1977.
23. Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R. *Change*. Roma: Astrolabio; 1974.
24. Gherardi S. *Organizational Knowledge: The Texture of Workplace Learning*. Oxford: Blackwell; 2005.
25. Quaglini GP. *Scritti di formazione 3, 1991-2002*. Milano: Franco Angeli; 2006.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Marco Cremaschini

con la collaborazione di Roberto Moretti,
Marinella Valoti, Giorgio Barbaglio,
Giuseppe M. Masanotti, Roberto Fiandri

Promuovere la salute nei luoghi di lavoro

L'esperienza della Rete WHP Bergamo

Basi teoriche, aspetti operativi, risultati e prospettive di un programma
con oltre cinque anni di esperienza e cento luoghi di lavoro aderenti



Cultura e Salute Editore *Perugia*



Cultura e Salute Editore Perugia
Cartaceo 20.00€, e-book 5.00€
per informazioni rivistecespes@gmail.com

Finito di stampare nel mese di settembre 2017

Per gli autori

La rivista pubblica

Editoriali, contributi di impostazione concettuale, rassegne, rapporti di ricerche, esperienze, atti di congressi, dibattiti, notiziario.

Gli Editoriali sono pubblicati solo su invito da parte del Comitato di Redazione.

L'accettazione degli Articoli per la pubblicazione è soggetto alla valutazione dei referee.

Gli Autori sono invitati a modificare i documenti in relazione alle eventuali osservazioni dei referee, altrimenti l'articolo non verrà pubblicato. I nomi dei referee non sono comunicati agli Autori. Gli Autori sono pienamente responsabili dei loro scritti.

Il testo degli articoli, in formato word, non deve superare i 40.000 caratteri (spazi inclusi), oltre a riassunti e bibliografia.

La prima pagina deve contenere:

- il titolo (inglese e italiano)
- 3/5 parole chiave (inglese e italiano)
- riassunto (inglese e italiano)

I riassunti devono essere organizzati come segue: obiettivi, metodi, risultati, conclusioni.

Nome del/degli Autore/i (nome per esteso e cognome) e affiliazione. La Bibliografia deve essere redatta secondo il Vancouver Style. Per la corrispondenza, deve essere indicato indirizzo completo, numero di telefono, numero di fax ed e-mail dell'autore di riferimento.

Tabelle e figure (al massimo sei) devono essere inviati come file individuali in formato Pdf, numerati progressivamente nell'ordine in cui sono citati, completati dalla didascalia. Devono essere prodotti esclusivamente in scala di grigio. Tabelle e dati provenienti da documenti che sono stati già pubblicati devono essere accompagnati dall'autorizzazione scritta dell'autore.

Diritti d'autore

La proprietà letteraria e artistica di quanto pubblicato è riservata alla Rivista. È autorizzata la riproduzione, anche parziale di quanto pubblicato purché ne sia citata la fonte.

Conflitto d'interesse

Alla fine del testo, nella voce "Conflitti d'interesse dichiarati" gli autori devono indicare eventuali rapporti finanziari e personali con altre persone o organizzazioni che potrebbero influenzare impropriamente il loro lavoro. Esempi di potenziali conflitti d'interesse: lavoro, consulenze, partecipazione azionaria, onorari, testimonianze di esperti pagati, domande di brevetto/registrazione, sovvenzioni o altri finanziamenti.

Tutti i contributi devono essere inviati via e-mail a: paola.beatini@unipg.it

