

L'EVOLUZIONE DEL FENOMENO MIGRATORIO E L'ACCESSO AL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

1. INTRODUZIONE.

1. Premessa.

Quando si parla di immigrazione si deve sempre tener conto che l'individuo che parte dal proprio paese per cercare fortuna e lavoro in un altro stato, mette in movimento un processo nel quale vi è una complessità di fattori: economici, sociali, culturali e psicologici.

Colui che lascia il proprio paese d'origine per migliorare la propria condizione economica e sociale, prende una decisione che non è mai libera, perché è costretto a fuggire da situazioni divenute insostenibili: povertà estrema, economia disastrosa, degrado ambientale, squilibri demografici, ecc. Il recente e progressivo sviluppo che si è avuto negli ultimi dieci anni nel campo delle comunicazioni, grazie al quale si è accelerata la globalizzazione, ha permesso anche ai migranti di viaggiare con più facilità.

Uno degli effetti perversi della globalizzazione è stata la liberalizzazione di capitali e di informazioni, ma non la stessa libertà per le persone di circolare, infatti per gli individui l'accesso nei paesi stranieri è ancora eccessivamente regolato, restrizione che ha favorito l'aumento di flussi illegali. Questa modalità di affrontare il fenomeno migratorio poi non collima, nei paesi occidentali, con il progressivo aumento dell'anzianità, con l'andamento demografico negativo e con il bisogno crescente di mano d'opera immigrata che sostituisca quella locale, divenuta carente.

2. Le evoluzioni del fenomeno migratorio.

Il fenomeno migratorio si è talmente diversificato in questi ultimi anni che lo schema di Bohning si può ritenere ormai superato. Bohning, infatti, ipotizzava, negli anni '70, che il processo migratorio avrebbe raggiunto la piena maturità in quattro stadi, corrispondenti a gradi diversi di stabilità e consolidamento. Un primo caratterizzato dall'arrivo temporaneo di giovani lavoratori maschi e celibi; un secondo dall'arrivo nel paese di esodo di migranti adulti e sposati, ampliando così la composizione demografica. Il terzo stadio caratterizzato dall'arrivo di donne e bambini, oltre alle giovani coppie e di conseguenza la legittima esigenza da parte di questi nuovi cittadini di infrastrutture e di assistenza. Infine nel quarto stadio il flusso migratorio avrebbe raggiunto la sua maturità grazie ai ricongiungimenti familiari, dunque una forte richiesta di servizi sociali, con una maggiore propensione all'azione rivendicativa da parte dei lavoratori stranieri, che non sono più soltanto produttori, ma diventano anche consumatori. Compagno anche i primi imprenditori "etnici".

Oggi, invece, il fenomeno migratorio non rispetta più i quattro stadi di Bohning, dato che si verifica una mescolanza di questi o una loro successione più accelerata. Questo cambiamento è dovuto non all'immigrazione, ma a tendenze più generali, come il passaggio da un modello di lavoro fordista a quello post-fordista (Macioti e Pugliese 2003), anche perché nei paesi di origine di questi immigrati gli eventi politici e militari accelerano la fuga di queste popolazioni, in modo che ad emigrare sono famiglie intere e non solo la forza lavoro maschile.

3. Caratteristiche dell'immigrazione femminile in Italia.

L'immigrazione femminile caratterizza fortemente i flussi migratori, in particolare in Europa, dove ha raggiunto quasi la metà dei migranti, il 48,9%. Fenomeno in linea con quanto accaduto su scala planetaria, dato che nel periodo 1965-1990 il numero delle donne migranti nel mondo è aumentato, passando da 35 a 57 milioni, (+ 63,18%). Incremento superiore a quello registrato nello stesso periodo dall'immigrazione maschile, passata da 40,2 a 62,6 milioni. La motivazione alla partenza per la maggior parte delle migranti è di tipo economico.

L'immigrazione femminile anche in Italia costituisce quasi il 50% dei migranti, alla fine del 2003 le donne migranti erano il 48,4% (dati Caritas 2004).

Altra caratteristica dell'immigrazione femminile in Italia è che i primi flussi consistenti verso il nostro paese, a partire dai primi anni '70 erano formati proprio da donne. L'elevata componente femminile nell'immigrazione caratterizza i flussi migratori nell'intera zona settentrionale del Mediterraneo, soddisfacendo così la richiesta di manodopera nel welfare di questi paesi.

Il settore lavorativo dove le migranti vengono collocate prevalentemente è quello domestico, nel quale l'incidenza di queste lavoratrici sul totale degli addetti è aumentata negli ultimi tre decenni¹. Il motivo più importante di questa collocazione è il fatto che le migranti rispondono a bisogni che in altri paesi vengono soddisfatti dal welfare. Nei paesi mediterranei dunque la necessità di assumere queste lavoratrici nei servizi essenziali alla persona, è dovuta sia al basso costo di questa mano d'opera, sia alla sua facile reperibilità. Russel King ed Elisabetta Zontini sostengono che: "Quando le donne arrivano nell'Europa meridionale si trovano in un mercato del lavoro fortemente segregato in base al genere e in una società ancora per molti versi patriarcale, che le costringe in lavori "femminili" come cameriera, infermiera, addetta alle cure, entraîneuse. Ma le donne migranti non si rassegnano passivamente a questa situazione e hanno reagito alle varie forme di discriminazione e di abuso di cui sono vittime grazie innanzitutto alle loro reti di solidarietà basate generalmente sul gruppo etnico. In tutte le regioni dell'Europa del Sud le associazioni delle donne migranti stanno sviluppando la loro presa di coscienza dei problemi che li riguardano sia a livello locale, sia a livello nazionale".

4. Difficoltà e percorsi migratori.

Se nei paesi di provenienza di queste migranti, alla donna viene attribuito essenzialmente un ruolo riproduttivo e di accudimento del focolare domestico, per loro partire dal proprio paese d'origine ed arrivare in un paese straniero, sole e prima degli altri familiari, assume significati profondi, particolari e soprattutto diversi in relazione alla provenienza geoculturale, al momento storico e al contesto familiare. Ogni percorso migratorio è motivato da vari obiettivi e progetti: economico, di libertà, di turismo, di fuga, di matrimonio imposto, sovvertimento delle regole, culturale, strategia familiare, temporaneo, di stabilizzazione e di ricongiungimento. Questi obiettivi condizionano fortemente il modo di muoversi delle donne nel nuovo contesto di approdo.

Un ruolo fondamentale, nella prima fase dell'immigrazione femminile in Italia, lo hanno svolto le cosiddette agenzie di connessione, quasi sempre facenti capo alla chiesa, in particolare per donne che provenienti da paesi spesso cattolici: Capo Verde, Filippine, Sri Lanka e Polonia, e dalle ex colonie italiane: Somalia ed Eritrea. Tuttavia le provenienze delle donne migranti nel tempo si sono modificate, anche se resta prevalente la provenienza da paesi cattolici, ciò determina anche una segmentazione della forza lavoro immigrata basata su variabili di genere ma anche su variabili di tipo culturale e di provenienza geografica².

Nei percorsi migratori queste donne si trovano spesso a dover fare i conti con l'irregolarità. Da una ricerca condotta nel 2001 dall'Ires Cgil tra le donne immigrate è emerso che lo status di irregolarità provoca in loro un sentimento di paura, perché temono di essere scoperte e di essere "rispedite" indietro, il che implicherebbe il ritorno nel proprio paese a mani vuote e dunque il fallimento. Nonostante ciò queste donne riescono comunque a lavorare e a muoversi nel contesto urbano, pur non avendo nessun potere contrattuale, almeno fino a quando non ottengono il permesso di soggiorno. Tuttavia non restano passive, ma si muovono in cerca di informazioni, la sofferenza

¹Secondo i dati forniti dall'INPS nel 1996, su un totale di 209.726 persone occupate nel settore del lavoro domestico ben 97.148 (ossia il 46%) erano lavoratori extracomunitari, di cui 68.850 (pari al 71%) sono donne. Il settore fa registrare sia un alto tasso di contratti regolari, sia un'alta percentuale di lavoro nero. (Enrico Pugliese 2001).

² "C'è in Italia, in particolare tra gli immigrati, una sorta di segregazione occupazionale in base al genere di appartenenza. Le donne immigrate sono occupate generalmente nel lavoro di collaborazione domestica. (...) Nell'arcipelago migratorio italiano lavoratori provenienti da paesi diversi hanno collocazione occupazionale diversa: le donne provenienti da paesi cattolici sono prevalentemente concentrate nel lavoro domestico". (Enrico Pugliese 2001)

dunque non genera sempre inamovibilità o impaludamento, ma ansia di riscatto. E' in questa fase che la donna migrante entra in contatto con le associazioni, i sindacati e la chiesa. Grazie a queste agenzie frequenta corsi di lingua ed inizia a capire come funzionano le leggi sull'immigrazione, iniziando a costruire il proprio percorso nell'immigrazione. Questo passaggio non è così scontato, né privo di ostacoli, né risolve tutte le problematiche ben più complesse, ma segna il passo.

5. Le donne migranti nel contesto familiare italiano.

Le donne migranti fanno i loro primi ingressi nelle famiglie italiane per svolgere mansioni domestiche negli anni '60. Questo decennio è stato uno snodo cruciale per la società italiana ed in particolare per le donne. Nel dopo-guerra in Italia cominciano a delinearsi le famiglie nucleari. I ruoli familiari diventano complementari con il marito che lavora fuori casa e la moglie che, non avendo più l'aiuto di madre, zie e sorelle, si occupa esclusivamente della cura di casa e figli; mentre le ragazze povere avevano come unica opportunità lavorativa quella di fare le domestiche nelle famiglie borghesi delle città. Tuttavia, negli anni '60 queste ragazze che continuano ad arrivare nelle grandi città non fanno più le domestiche, ma le operaie. A quel punto si verifica una situazione di livellamento nella quale tutte le donne, ricche e povere, sono costrette a svolgere tutte le mansioni di casa. Gli anni '60 sono anche gli anni dell'emancipazione femminile, le donne dunque iniziano ad entrare nel mondo del lavoro. La donna dagli anni '70 diventa così la "donna con la doppia presenza", dato che lavora e che si occupa anche della casa. Ad obbligare molte di queste donne a ricorrere a domestiche, badanti ed a baby sitter a pagamento è la mancanza, in Italia, di un efficiente e capillare servizio di assistenza all'infanzia e agli anziani³. Ecco dunque che se le donne povere italiane vanno a lavorare in fabbrica, le mansioni domestiche e di accudimento vengono svolte dalle donne migranti. L'emancipazione femminile ha contribuito ad un innalzamento del budget economico, grazie al quale si possono assumere altre donne che possono aiutare, dato che parallelamente si è anche avuta la svalutazione della figura della donna casalinga.

6. Trent'anni di immigrazione femminile in Italia.

L'immigrazione in Italia, come si è visto, si è caratterizzata nella sua prima fase per essere stata quasi esclusivamente femminile. Questi tre decenni di immigrazione femminile si possono suddividere nei seguenti tre stadi.

6.1. Il primo stadio (gli anni '70).

Come si è visto il primo flusso di migranti in arrivo nel nostro paese è femminile. Queste donne arrivano e restando nell'ombra non provocano quei clamori che il fenomeno migratorio avrebbe destato dalla fine degli anni '80 ad oggi, anche perché molte di loro erano di pelle bianca. Arrivate in Italia, queste donne, grazie ad un passaparola costante, gettano le basi delle catene migratorie. Queste donne se da un lato aiutano il nostro welfare, lavorando come collaboratrici domestiche e dando la possibilità alle donne italiane di lavorare e di gestirsi meglio la doppia presenza casa-lavoro, dall'altro non richiedono alloggi e vitto, forniti dalla chiesa che soddisfa tutti i bisogni di queste donne, quando non sono garantiti dal datore di lavoro, trovandosi così in una segregazione occupazionale e sociale. Il tempo libero poi viene trascorso sempre nelle parrocchie, dove ricostruiscono il loro entourage geoculturale, continuando a svolgere quelle attività casalinghe - artigianali proprie dei loro paesi che permettono loro di mantenere un equilibrio psicologico e di garantire continuità identitaria fra le generazioni. Fino agli anni '80 svolgono l'attività di colf a tempo pieno, per poi iniziare lentamente ad emanciparsi, lavorando presso le famiglie ad ore.

6.2. Il secondo stadio (gli anni '80).

Negli anni '80 si è incrementato in Italia, in seguito alla chiusura delle frontiere dei paesi più attraenti economicamente (Francia, Inghilterra, Germania), il flusso di migranti africani e asiatici.

³ Il nostro paese è quello con la più alta percentuale di ultrasessantenni nel mondo.

Questa immigrazione nonostante sia stata inizialmente motivata da forze espulsive nei paesi di esodo, nel tempo si è dimostrata sempre più capace di rispondere agli squilibri tra specifiche componenti della domanda e dell'offerta, come dimostrato nel caso italiano dalle stesse colf. Il processo migratorio, negli anni '80, appare nel complesso disordinato e poco leggibile rispetto a quello che aveva interessato gli altri paesi europei con una tradizione migratoria consolidata. L'arrivo inaspettato di questi migranti lascia inizialmente disorientate le istituzioni che non erano pronte a questo fenomeno, al punto che non c'erano neanche gli strumenti giuridici affinati.

In Italia, negli anni '80, i lavoratori migranti hanno trovato occupazione in quel segmento del settore della terziarizzazione, allora fortemente segnato dall'informalità, in particolare nel centro-nord nelle mansioni più basse nelle fabbriche, nel terziario e nell'edilizia, con occupazioni più stabili. Nel sud, invece, la precarizzazione del lavoro si fa sentire anche per questi nuovi lavoratori che oltre all'impiego sottopagato nel settore agricolo e temporaneo per sua natura, riescono ad inserirsi soltanto in occupazioni precarie del basso terziario informale: il lavoro di ambulanti. Ciò determina nel nord un'immigrazione più stanziale, mentre nel sud ripetuti flussi di entrata e uscita.

L'immigrazione femminile è anch'essa legata alle caratteristiche dei mercati del lavoro locali, quindi è maggiormente presente nelle aree dove è più stabile l'occupazione maschile, vale a dire nelle aree metropolitane, dove c'è più esigenza nei servizi domestici e alla persona.

Le donne emigrano per cercare libertà e per un bisogno di crescita culturale, tra queste, infatti, molte sono le separate e divorziate. La migrazione è per loro l'unico mezzo per sfuggire ad una cultura con cui non si vuole avere più niente a che fare.

In questo decennio le migranti attivano un doppio processo di emancipazione, da un lato passando dal lavoro domestico a tempo pieno a quello a ore, dall'altro entrando di più in relazione con la società di accoglienza. Nel tempo libero, infatti, non restano più in parrocchia, ma si organizzano per avere la loro casa, svolgendo tutte le mansioni e le attività che ciò comporta. A questo punto si permettono anche di porsi il problema di figli e mariti rimasti al paese d'origine, e sono le artfici di quella rete, relazionale e identitaria di grande protezione dei flussi migratori verso l'Italia.

Il flusso migratorio degli anni '80 si caratterizza per: l'equilibrio numerico tra generi, le provenienze sono più differenziate fra i diversi continenti, c'è una forte presenza di singoli, piuttosto che di nuclei familiari, con una forte caratterizzazione di genere delle diverse comunità presenti. Le donne sono la componente maggiore tra i filippini e polacchi (67%) e tra i brasiliani (70%), mentre sono in minoranza tra i senegalesi (5%), tra gli algerini (9%) e tra gli albanesi raggiungono la quota massima del 30%.

6.3. Il terzo stadio (gli anni '90).

Il flusso migratorio degli anni '90 si caratterizza per l'equilibrio che si instaura fra i generi, per le ricomposizioni dei nuclei familiare e per la maggiore riduzione della segregazione occupazionale, perché pur continuando a fare il lavoro di cura, entrano anche nelle imprese di pulizia o in piccole cooperative, creano poi ditte individuali, lavorano come ambulanti, alimentando in particolare l'ethnic business ed incrementano la loro presenza nell'industria. In questi decennio aumentano i paesi di provenienza, si parla infatti di "policentrismo migratorio" (Giovanna Altieri, 2001), con un netto aumento di presenze dall'Europa orientale, fenomeno tuttora in continuo aumento.

In questo decennio le prostitute straniere iniziano a popolare le strade dell'Adriatico e del Tirreno. Queste donne vivono il paradosso di essere tanto visibili, quanto segregate in quel ruolo, essendo private di documenti, della libertà e sottoposte a forti violenze fisiche e psicologiche. Molte vengono fatte arrivare in Italia, con l'inganno di un lavoro sicuro, ma una volta giunte, vengono private dei documenti e costrette alla prostituzione. Quelle che, invece, arrivano in Italia coscienti che si prostitueranno, sono comunque inconsapevoli dei livelli di sfruttamento, di maltrattamento e delle condizioni lavorative cui saranno sottoposte. Sui marciapiedi italiani si mescolano le ragazze costrette con l'inganno con quelle giunte in Italia per prostituirsi. Le provenienze di queste donne sono: Est europeo (89/90), Nigeria (91/92), Albania e altri paesi dell'Est europeo (93/94), Sud America (dal '95 in poi). Attualmente sulle strade italiane abbiamo ragazze nigeriane (le più

numerose), albanesi, rumene, moldave, ucraine, bielorusse, macedoni, ungheresi e recentemente stanno aumentando quelle dal sud-est asiatico.

Le prostitute nigeriane, quando vengono rimpatriate devono affrontare una situazione pesantissima, perchè vengono incarcerate e la famiglia deve pagare una pena pecuniaria, vengono anche dileggiate in pubblico e devono subire l'ostracismo del proprio villaggio. Queste amare conseguenze fanno preferire a queste ragazze le angherie e le violenze degli sfruttatori, pur di non tornare nel proprio paese con questo stigma. Situazione simile vivono le ragazze albanesi, anche se ultimamente le Ong italiane le aiutano a rientrare, creando situazioni più accettabili e tollerabili. A fianco a queste donne troviamo le "ballerine" e le "cantanti", che lavorano nei locali notturni e negli appartamenti privati. La principale conseguenza di questa visibilità è quella di riferirsi al fenomeno migratorio in modo fortemente negativo, oscurando ancora una volta i percorsi individuali delle donne, per dare visibilità agli stereotipi della migrazione.

7. Le donne migranti in Italia nel nuovo millennio.

Le migranti rispetto ai maschi sono più regolari dei maschi e più capaci di mantenere l'identità culturale, di dare protezione e sicurezza. In molti casi queste donne, a causa dei loro codici culturali tradizionali entrano in conflitto con le seconde generazioni; sono spesso rifiutate dai figli, perché questi sono inseriti in un contesto culturale dinamico e per loro, spesso, il punto di riferimento non è più la famiglia, percepita in modo vincolante, ma il gruppo dei pari. Abbiamo poi le donne dell'acculturazione (Tognetti Bordogna 2003), coloro che si lanciano nella modernità, tagliando i ponti col passato e con la tradizione, causando un grande sconvolgimento nelle famiglie e dentro di sé. Tuttavia, prevalgono donne della trans-cultura, che collegano continuamente due mondi diversi ed estremamente dinamici: quello delle generazioni future e quello della generazione precedente. I ricongiungimenti hanno permesso la stabilizzazione dei progetti migratori e fatto aumentare la presenza di minori, dunque l'avvicinamento alla normalizzazione della struttura demografica, grazie ai matrimoni misti e alle nascite in Italia di bambini da genitori stranieri, fattori che testimoniano le nuove tendenze dell'immigrazione italiana. E' inevitabile dunque il mutamento delle politiche del welfare.

8. I costi del cambiamento.

La condizione di trovarsi sospese all'interno del processo transculturale (tra salvaguardia delle identità personale e nazionale e il desiderio di emancipazione) comporta per queste donne notevoli costi di adattamento, che sono causa di insicurezze ed isolamenti che possono originare disagi psichici e malattie psico-somatiche. Queste tensioni e contraddizioni originano 4 tipi di comportamenti: la lotta contro l'assimilazione; un adattamento temporaneo al cambiamento per raggiungere gli obiettivi economici; un adattamento ai nuovi modelli che resta teorico per l'opposizione del suo entourage; un'articolazione volontaria, non immune da conflitti (M. Tognetti Bordogna, 2003).

Nel passaggio dal loro paese a quello d'accoglienza, le donne pagano, più caro degli uomini, lo scotto della dequalificazione professionale. Tuttavia, molte di loro per evitarla cercano di entrare nell'area della mediazione culturale come possibilità di realizzazione professionale e per promuovere un'immagine diversa e migliore del proprio paese tra gli italiani.

9. I migranti ed il welfare italiano.

In Italia il welfare è stato concepito prima di tutto per i cittadini lavoratori, poi per gli utenti ed ora deve fare i conti con i migranti. Questi attualmente vengono sostanzialmente discriminate, perchè hanno un accesso limitato ai servizi sociali per questioni culturali, di vissuto. Tuttavia, non si può considerare queste persone soltanto per il servizio che possono offrire come lavoratori e non anche in quanto esseri umani con una propria dignità e quindi in possesso degli stessi diritti di chi è nato sul suolo italiano. Alla luce di questi fattori è indispensabile considerare i migranti come utenti a tutti gli effetti dei servizi sociali, se d'altro canto, hanno anche i nostri oneri, come pagare le tasse. I

migranti, in troppi casi, non accedono ai servizi socio-sanitari per mancanza di informazioni. Il nostro welfare poi, nel momento in cui vengono modificate delle norme, non le comunica, perché utilizza come unico veicolo di informazione la Gazzetta Ufficiale.

10. Il senso della malattia per il migrante.

Il significato della malattia per il migrante è legato alla cultura che lo ha formato. Nella relazione tra un operatore sanitario ed un migrante infatti si confrontano due culture ben distinte sui significati di salute e di malattia. Per il migrante la malattia ha ulteriori significati negativi, rispetto all'autoctono, dato che comporta una grave interferenza al progetto migratorio. La malattia, infatti, impedisce al migrante di rispettare il patto, più o meno esplicito, che ha fatto sia con la società di origine che con quella di accoglienza, che consiste nel: migliorare le condizioni proprie e della propria famiglia e nell'essere un lavoratore efficiente. Se viene meno questo secondo aspetto la società di accoglienza rifiuta il migrante, che per evitare ciò tende il più possibile a rinviare il riconoscimento della malattia, quindi il migrante si rivolge ai servizi sanitari soltanto quando la malattia è conclamata, saltando dunque importanti fasi di cura. Questa situazione è amplificata quando il migrante è privo della rete di familiari e amici, rendendo elevata la vulnerabilità psicologica e sociale. Il migrante almeno nella fase iniziale del processo migratorio ha difficoltà a riconoscersi come soggetto che ha diritto alle cure e alle prestazioni, situazione che peggiora nel caso degli irregolari.

Il network "Salute per tutti, tutti in salute" nel 2001 ha svolto una ricerca⁴ il cui obiettivo era conoscere il giudizio dell'utenza migrante sulla qualità della sanità italiana. La ricerca si è svolta tra 108 soggetti residenti in quattro aree: Caserta, Roma, Perugia, Bologna-Modena. Sulla concezione della malattia, sono emerse tre diverse concezioni: a) la salute viene concepita semplicemente come assenza della malattia, dunque si chiede al sistema sanitario soltanto interventi per la cura; b) la concezione di salute è più complessa, perché vengono contemplate anche le influenze ambientali che associano alla cura la prevenzione e la diagnosi; c) una concezione più completa della salute, in quanto lega lo stato fisico, a quello psicologico ed a quello esistenziale. Questa concezione è la più diffusa nel campione, poiché vengono ritenute molto importanti le relazioni sociali e il non soffrire di nostalgia, in particolare per le donne latino-americane. Chi attribuisce alla salute questi significati è più attento alla ricerca di benessere e alla stabilità sia lavorativa che relazionale ed esistenziale. Per questi migranti i principali disagi riferiti, infatti, sono quelli legati alla nostalgia del proprio paese, allo stress di adattamento e al cambiamento dello stile di vita.

Su cosa pensassero del nostro sistema sanitario, molti intervistati hanno dato un giudizio largamente positivo, perché è accessibile a tutti. C'è, infatti, da considerare che a causa delle scarse risorse economiche e di una sanità prevalentemente privata nei paesi d'origine, molti dei migranti, in caso di malattia ricorrevano all'autocura e alle tradizionali terapie locali. Tuttavia, molti intervistati hanno lamentato un generale atteggiamento scostante e spesso razzista del personale ospedaliero, poco incline a farsi capire e percepito freddo e frettoloso nelle visite, senza aver mostrato di capire la vera origine del disagio e dunque la cura giusta. Sono emerse anche lamentele sui tempi di attesa per particolari esami diagnostici o interventi non urgenti e sulla mancanza di comunicazione dovuta alla difficoltà di comprendere la lingua. La buona qualità di servizi e strutture, dunque è passata in secondo piano rispetto all'atteggiamento freddo degli operatori sanitari.

11. I migranti in Abruzzo.

Secondo quanto riportato dal Dossier statistico della Caritas 2004, i cittadini stranieri regolari residenti in Abruzzo, al 31 dicembre del 2003, erano 39.116, pari al 3% della popolazione regionale e rispetto all'anno precedente c'è stato un incremento dell'84%, superiore alla media nazionale che è del 71,8%. L'incremento nazionale è stato favorito dalla sanatoria. Il motivo principale dell'incremento abruzzese è favorito anche dalle buone possibilità lavorative che offre questo

⁴ I risultati della ricerca si possono consultare sul sito internet www.alisei.org. Alisei è una ONG, costituita nel 1998, che collabora con enti e amministrazioni locali e realizza per loro conto programmi e servizi rivolti alla popolazione ed in generale alle fasce marginali della società.

territorio, rivelandosi un'eccezione rispetto al resto del Sud Italia. Nel 2003, infatti, si è registrato anche un netto aumento di permessi di soggiorno per lavoro, a scapito di quelli per ricongiungimento familiare; sono stati assunti 15.051 stranieri, di cui 12.751 a tempo indeterminato, dunque non è vero che gli stranieri evitano le occupazioni sicure. Ciò ci porta a considerare che da parte degli stranieri presenti in regione c'è sempre più l'intenzione di stabilirsi e di integrarsi. Gli oltre dodicimila stranieri neoassunti a tempo indeterminato sono impiegati nei seguenti settori: edilizia (16,9%), agricoltura (14,5%), turismo (11,6%) e attività non determinati, presumibilmente il settore domestico (18,5%). In generale i settori dove gli stranieri trovano maggiormente opportunità lavorative sono: industria tessile, turismo e agricoltura. Le nazionalità principalmente presenti sono: albanese, rumena e macedone. Per quanto riguarda le differenze di genere, invece, le donne straniere sono la maggioranza, con il 51,5%, contro il 48,5% degli uomini. Le nazionalità con una netta prevalenza di donne presenti sono quelle dell'Europa dell'Est, impiegate nei settori domestico e dell'assistenza, con punte dell'87,6% come nel caso delle ucraine.

2. I MIGRANTI ED IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

1. L'accesso dei migranti alla sanità italiana.

Oggi in Italia è garantita l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini stranieri presenti, anche se ci sono delle differenze: gli stranieri presenti regolarmente vengono trattati allo stesso modo degli italiani, mentre ai clandestini sono assicurate soltanto le cure urgenti, essenziali e continuative, in particolare per quanto riguarda la prevenzione, la tutela della maternità e dei minori⁵. Il nostro quadro normativo rispetta la volontà di inclusione ordinaria degli stranieri nel sistema di tutela di salute di tutti i cittadini ed è stato avviato un percorso di approfondimento dei bisogni di salute dei migranti, una maggiore attenzione alle diversità delle condizioni sociali e sanitarie ed ai bisogni che ne conseguono; questo lavoro dovrebbe garantire un livello di assistenza migliore e quindi la promozione della salute per tutti.

2. Le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005 riconosce che nell'utilizzo di alcuni servizi sanitari da parte degli stranieri, vi è pochissima elasticità nell'offerta di servizi, a fronte dei nuovi problemi di salute di questi nuovi utenti. Per superare l'emarginazione degli immigrati indigenti bisogna assicurare loro l'accesso al servizio sanitario nazionale, adeguando l'offerta di assistenza pubblica rendendola visibile, facilmente accessibile, attivamente disponibile e in sintonia con i loro bisogni, ciò in conformità con il testo unico sull'immigrazione. Per raggiungere questo obiettivo sono necessari sia interventi di tipo informativo dell'utenza immigrata sull'offerta dei servizi delle ASL, sia l'individuazione, in ciascuna ASL, di personale esperto e particolarmente idoneo per questo tipo di rapporti. Altre azioni prioritarie, secondo il Ministero della salute riguardano i seguenti aspetti:

- migliorare l'assistenza alle donne straniere in stato di gravidanza e ridurre il ricorso alle I.V.G⁶;
- ridurre l'incidenza dell'HIV, delle malattie sessualmente trasmesse e delle tubercolosi tramite interventi di prevenzione mirata a questa fascia di popolazione;
- vaccinare la popolazione infantile immigrata;
- ridurre gli infortuni sul lavoro tra i lavoratori immigrati, tramite gli interventi previsti a tal fine per i lavoratori italiani.

3. Dinamiche e loro effetti del contatto tra cittadini migranti ed i servizi sanitari.

I cittadini stranieri accedono ai servizi sanitari con maggiore difficoltà rispetto agli autoctoni e troppo spesso non li utilizzano fino in fondo, dunque non seguono tutte le indicazioni terapeutiche

⁵ Decreto Legislativo del 25 luglio 1998, n.286, ancora in vigore

⁶ Interruzione Volontaria di Gravidanza

per arrivare alla cura definitiva. Si rivolgono poco al medico di base, ancora meno ricorrono a: cure specialistiche, prevenzione, campagne di diagnosi precoce, percorsi di promozione della salute. Da alcune indagini svolte in diversi paesi europei, tra cui l'Italia, è emerso nello stesso funzionamento del sistema, verso i migranti un atteggiamento razzista, oltre ad un'impreparazione da parte del personale sanitario a rapportarsi con pazienti culturalmente diversi, con un approccio al corpo ed alla malattia differenti. Oltre al problema linguistico, a scoraggiare i pazienti stranieri ad affidarsi al sistema sanitario, contribuiscono: prenotazioni, tempi lunghi di attesa, le complesse trafale di prenotazioni per una visita od un esame. Nel rapporto personale sanitario-paziente straniero, quando si innesca un meccanismo di non comprensione o di conflitto, l'interazione diventa difficile perché da un lato i pazienti stranieri lamentano la freddezza del personale, dall'altro questo lamenta una scarsa osservanza delle regole da parte dei secondi. Tuttavia, le due componenti concordano sul fatto che i tempi, spesso incalzanti, non permettano di impostare correttamente un rapporto con pazienti, che in quanto stranieri, meriterebbero una specifica attenzione. Gli intervistati hanno espresso un'esigenza di maggiore chiarezza rispetto al funzionamento del sistema sanitario e la necessità di avere strumenti per comprendere il diverso modo di recepire ed affrontare la malattia dei sistemi sanitari europei.

4. Tempi di malattia del migrante dal suo arrivo in Italia.

Le strutture sociali sia pubbliche, che private hanno constatato che, nella maggior parte dei casi, la prima richiesta di cura si è manifestata temporalmente distinta dall'arrivo in Italia, si tratta del cosiddetto "intervallo di benessere" spesso calcolato ricostruendo, su base anamnestica, il periodo intercorso tra l'arrivo in Italia e la prima richiesta di assistenza sanitaria. Purtroppo questo intervallo di benessere si è molto ridotto, infatti si è passati dai 10 – 12 mesi, che intercorrevano tra l'arrivo in Italia e la prima richiesta di visita medica del biennio 1993-95, ai 2 – 3 mesi del biennio 1998-2000⁷. L'allarme è stato lanciato dal dottor Aldo Morrone, secondo il quale le possibili cause di questo peggioramento della salute dei migranti possono essere varie: dai viaggi sempre più lunghi e drammatici, che mettono a rischio la vita ed intaccano il patrimonio della salute di questi soggetti, al malessere psicologico, al degrado abitativo in un contesto diverso dal paese d'origine, alla mancanza di lavoro, al clima e non ultimo la discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari. Morrone ha anche sottolineato che sono in aumento coloro che partono già malati ed approdano in Italia con la speranza di essere curati, ma in ogni caso, non c'è nessun pericolo che si diffondano tra gli italiani malattie esotiche o debellate da noi da decenni.

5. Le principali malattie dei migranti presenti in Italia.

Le patologie più frequentemente riscontrate nei pazienti stranieri, sono quelle dell'apparato respiratorio, in particolare nei mesi invernali, riconducibili a patologie acute; quelle dell'apparato digerente (per disturbi digestivi ricorrenti, gastropatie, ecc.); quelle dell'apparato osteomuscolare (patologie ortopediche di varia natura: traumatologia leggera, infiammazioni o lesioni muscolari di origine lavorativa, ecc.); quelle della pelle e delle mucose; quelle dell'apparato genito-urinario (in particolare uretriti aspecifiche e cistiti ricorrenti); quelle della sfera ostetrico-ginecologica (in crescita insieme a quella pediatrica). A differenza di quanto ci si aspettava è risultato basso finora il riscontro di diagnosi psichiatriche e limitata è stata anche l'evidenza di patologie infettive, soprattutto di tipo nostrano. Risulta purtroppo alta la percentuale di "sintomi e stati morbosi mal definiti", non collegabile ad una scarsa qualità clinico-diagnostica degli operatori quanto piuttosto alle difficoltà comunicative caratterizzanti il rapporto terapeutico e a volte a vincoli economici relativi alle procedure diagnostiche e ad esami di laboratorio più sofisticati. Le malattie più studiate nella popolazione immigrata sono quelle sessualmente trasmissibili.

⁷ Dati pubblicati su "il Messaggero" dell'8 novembre del 2002

La realtà dell'immigrazione è quella in cui il sociale ed il sanitario si intrecciano indissolubilmente, in quanto la salute del migrante è determinata più da fattori ambientali e sociali che da quelli genetici, vale a dire:

- a) la situazione lavorativa: la mancanza di lavoro accelera lo scadimento delle condizioni di vita e per questo motivo se la disoccupazione si protrae oltre un certo limite, può favorire l'accesso ad attività illegali. La difficoltà di inserimento lavorativo, inoltre, induce il migrante ad accettare occupazioni a rischio, mal remunerate e non tutelate. In questo caso sia la precarietà economica, sia la grave indigenza ostacolano il ricorso alle strutture sanitarie in caso di bisogno;
- b) la situazione alloggiativa: quando è caratterizzata dal sovraffollamento, vi è carenza o inadeguatezza igienica dei servizi ed è più probabile l'insorgere e la trasmissione di patologie infettive contagiose;
- c) l'alimentazione: per le difficoltà che gli organismi dei migranti incontrano nell'adattarsi ad una tradizione gastronomica diversa;
- d) il cambiamento climatico: lo scarto climatico a volte può essere anche di 15° – 20° C, che può influenzare il metabolismo e il complessivo rendimento dell'organismo;
- e) l'assenza di un adeguato supporto psico-affettivo: importante in particolare per i migranti di prima generazione. L'abbandono dei cari coincide con una fase molto delicata della propria vita, quella da cui dipende il proprio futuro. Per questo sono molto importanti comunità di migranti organizzate e solidali che fungono da punto di riferimento nei momenti difficili.

6. La normativa della Regione Abruzzo sulla tutela sanitaria dei migranti.

La legge regionale 79/95, fa un riferimento generico e vago alla tutela della salute dell'immigrato, nell'articolo 19, al punto i) recita: “La Giunta Regionale promuove interventi in favore degli emigrati, degli immigrati e dei rispettivi familiari, aventi lo scopo di promuovere iniziative dirette a rimuovere particolari situazioni di bisogno”. Manca dunque un esplicito riferimento alla tutela della salute ed alla modalità di fruizione del sistema sanitario pubblico. Lo stesso Piano Sanitario Regionale del 1994, inoltre, prende in considerazione alcuni problemi emersi nel tempo come la mancata interazione fra dipartimenti appartenenti alla stessa istituzione ovvero sanità e servizi sociali, il coinvolgimento del volontariato e la tutela del diritto alla salute. Nel Piano Sanitario Regionale 1999 – 2001, invece, tra le competenze essenziali del Servizio di medicina preventiva nelle comunità è previsto il “counseling socio-sanitario per immigrati ed extracomunitari”. La Regione dunque mira a rendere i servizi sanitari più responsabili non più solo della singola prestazione di servizio, ma di tutto il processo assistenziale, soprattutto in casi particolari (malati di cancro o fasce della popolazione in particolari condizioni indigenti, situazione in cui si trovano spesso gli stessi migranti). Questa impostazione di lavoro è appropriata a superare un'ottica emergenziale e punta a garantire a tutti i migranti sia la qualità, sia la reale fruizione dei servizi.

3. I PREGIUDIZI SUI MIGRANTI E SU MALATTIA

1. Il pregiudizio.

Sul fenomeno migratorio in Italia non esiste ancora un modello interpretativo adeguato, sarebbe dunque opportuno rivedere la modalità con cui venivano tradizionalmente definite le condizioni e le appartenenze sociali. In questo contesto l'immigrato può essere funzionale ai messaggi di allarmismo verso le minacce esterne, come è avvenuto in Italia in buona parte degli anni '90, quando tutti quotidiani italiani tranne “il manifesto”, e tutti i politici, tranne quelli della sinistra

radicale⁸, presentavano l'ondata migratoria come una minaccia alla nostra sicurezza e non come una risorsa ed una possibilità di arricchimento culturale. Il brusco e a volte traumatico impatto con il nuovo contesto ambientale, caratterizzato da schemi di vita, valori, modelli socio-culturali, codici comportamentali e comunicativi differenti rispetto al paese di provenienza, colloca i migranti nella categoria di "gruppi a rischio".

Uno dei principali pregiudizi che si crea nella società sui migranti è che questi siano portatori di malattie. Pregiudizio che non ha alcun fondamento scientifico, in quanto nella maggioranza dei casi, i migranti arrivano sani in Italia e, quando si ammalano, come si è visto, ciò avviene almeno dopo tre mesi dal loro arrivo, per motivi legati alle condizioni di vita nelle quali si trovano costretti a vivere nel paese d'"accoglienza". All'inizio dei grandi flussi migratori, infatti, sulla stampa italiana era facile imbattersi in titoli come "Con gli immigrati più rischio infezioni", dando adito a situazioni di panico e di infondati pregiudizi, in quanto questa notizia non ha mai trovato nessun riscontro nelle ricerche della Società di medicina delle migrazioni, che dimostrano, al contrario che il fenomeno migratorio, in Italia, non ha modificato il rischio di salute pubblica, anzi è proprio il migrante ad essere a rischio, a causa delle condizioni in cui si trova a vivere in Italia.

A coloro che portano avanti la tesi del rischio di contagio di malattie esotiche o il risorgere di malattie debellate, va chiarito che i migranti che giungono sulle nostre coste sono generalmente uomini in buona salute con un'età compresa tra i 20 ed i 40 anni: in caso contrario non affronterebbero un viaggio estenuante per cercare lavoro. Piuttosto il migrante si ammala soltanto dopo un po' di tempo che è arrivato in Italia e che viene emarginato da ogni servizio, costretto a vivere in condizioni pessime. Per frugare ogni dubbio è sufficiente consultare i dati epidemiologici disponibili sia nella "Relazione sullo stato sanitario del paese 2000", presentato dal Ministero della Sanità, sia nel "Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia", pubblicato nel dicembre 2000, in entrambi i documenti si afferma che i migranti presenti nel nostro paese sono in maggioranza sani. Ad avvalorare questi dati c'è il fatto che la maggior parte degli stranieri svolgono lavori manuali ad alto impegno fisico, che presuppone dunque un ottimo stato di salute, sia per quanto riguarda gli uomini: operai, manovali edili, operai agricoli, sia per quanto riguarda le donne nei loro principali lavori di badanti e di collaboratrici domestiche. Il cittadino migrante dunque è una persona da tutelare e proteggere dal punto di vista sanitario. Siamo quindi certi, grazie ai dati oggettivi e scientifici, che i migranti non portano malattie. E' necessario quindi che le strutture sanitarie tranquillizzino gli italiani in modo chiaro ed evidente a tutti, che intraprendano, inoltre, un programma di lavoro per abbattere uno stigma che non ha alcun fondamento di esistere.

4. I PRINCIPALI PROBLEMI SANITARI DELLE DONNE MIGRANTI

1. Come in Italia scompare l'effetto migrante sano.

Tra le donne migranti della prima generazione si è verificato l'effetto migrante sano: nei paesi d'origine avviene l'autoselezione tra coloro che godono di buona salute e di adeguate capacità caratteriali, sono dunque donne in grado di massimizzare la possibilità di successo migratorio. Tuttavia, la donna deve spesso affrontare condizioni dure nel paese d'accoglienza, come essere costretta in abitazioni piccole o fatiscenti, con molti bambini. Queste situazioni sono alla base di malesseri psico-sociali, di patologie da sradicamento, che spesso hanno risvolti psico-somatici, e di patologie della povertà, che la donna già si porta come retaggio dal proprio paese d'origine, nel paese ospitante poi deve affrontare malnutrizione, malattie respiratorie, parassitosi e la tubercolosi

La tubercolosi.

⁸ Cfr. Dal Lago, 2004

La tubercolosi è una malattia che in Italia purtroppo sta riaffiorando proprio tra i cittadini stranieri, perché, per motivi economici, sono spesso costretti a vivere in situazioni di sovraffollamento, in condizioni igieniche spesso ai limiti della decenza.

La malaria.

Negli ultimi anni si è avuto un incremento di malaria nei migranti: ciò indica come questi, una volta giunti in Italia, si adattino perdendo quel minimo di protezione immunitaria che avevano acquisito nei propri paesi. Quando vi fanno ritorno non sanno che la malaria li può colpire sono stati abituati a convivere per trent'anni e tornano in Italia con questa malattia. Ciò è un indice di come questi cittadini si siano insediati, perché il migrante non arriva con la malaria, ma la prende quando torna dal suo paese d'origine, dove è stato a far visita ai suoi familiari.

Problemi e malattie riguardanti la sfera della sessualità.

L'utilizzo di metodi contraccettivi nei rapporti sessuali e la formazione della famiglia hanno forti risonanze legate ad aspetti culturali, psicologici e relazionali cui bisogna necessariamente tener conto, quindi, nel momento in cui è elevato il numero delle donne migranti ricorre alle I.v.g. e non ricorre ai contraccettivi, è un segnale che si debba riflettere su ciò che non ha funzionato e che è opportuno trovare altre strategie comunicative.

Dal 1998 stanno emergendo dati preoccupanti sul ricorso alle I.v.g. delle donne migranti. Tra il 1995 e il 1998 (secondo l'ISTAT), mentre le donne italiane che hanno fatto ricorso alle I.v.g. sono diminuite da 130.000 a 123.000, tra le donne migranti c'è stato un incremento da 8.802 a 13.832. Sette anni fa poi, considerando le migranti provenienti da paesi non ricchi, l'aborto indotto rappresentava il 56% di tutti i ricoveri in day hospital per le straniere non residenti ed oltre il 27% per quelle residenti, mentre per il ricovero ordinario (superiore ad un giorno) l'aborto indotto rappresentava oltre il 2% di tutti i ricoveri per le straniere non residenti e l'1,7% delle migranti residenti. La situazione non è cambiata di molto nel 2000, quando dei 196 mila ricoverati stranieri, più di un quarto (51.000, pari al 26%) era costituita da donne ricoveratesi per patologie relative a complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio. Lo scenario è simile se analizziamo i ricoveri in day hospital, dove il 42% dei dimessi totali sono donne che hanno avuto complicazioni al parto ed al puerperio; di queste il 38% si è ricoverata per sottoporsi ad un'operazione di aborto indotto. Ciò ci spinge a ritenere che tra le donne migranti è molto precaria la cultura contraccettiva e che molte di loro preferiscono ridurre al minimo indispensabile il rapporto con le strutture sanitarie pubbliche; tra queste, inoltre, molte sono prostitute, costrette ad abortire per continuare ad esercitare la loro attività (tra le prostitute è stata riscontrata una bassa percentuale di contagiate dal virus del HIV, a differenza di quanto ci si aspettava). Da non sottovalutare neanche i casi le migranti che lavorano come domestiche e che ricorrono alle I.v.g. per non perdere il lavoro, inoltre, molte, come le maghrebine, non sono abituate ad andare dal medico durante la gravidanza.

Altro problema importante è quello delle mutilazioni sessuali, anche perché spesso il ginecologo occidentale è impreparato ad accogliere questa problematica. Questo fenomeno riguarda oltre 90 milioni di donne nel mondo, in particolare in Africa, è un rito purtroppo molto radicato, che implica risvolti etici, perché viene violata l'integrità della donna, anche se in alcuni paesi questa pratica viene punita dalla legge. La mutilazione sessuale crea anche complicazioni nei parti.

Le donne migranti sono accomunate dalla modalità con cui vedono e percepiscono il proprio corpo, in quanto soprattutto quelle provenienti da: Africa, Asia e America Latina tendono a nascondere a loro stesse ed agli altri, in quanto vengono educate in questo modo nei paesi d'origine; gli stessi cambiamenti adolescenziali ed il menarca vengono vissuti in assoluta solitudine, senza che vengano preparate a questi importanti cambiamenti psico-fisici. Purtroppo la sessualità viene vissuta come un tabù religioso e culturale ed i desideri vengono rimossi, se non repressi, dato che tutta l'iniziativa affettiva e matrimoniale viene riservata agli uomini e alle rispettive famiglie. La gestazione ed il parto, invece nel paese d'origine assumono una connotazione simbolica e rituale, accompagnata dalla presenza della famiglia, che rappresenta per la donna un periodo di sacralità e bellezza, di

unione mistica con Dio e con gli uomini. Divenire madri in terra straniera dunque comporta per queste donne un grande senso di frustrazione, perché non hanno più quelle attenzioni. Il parto viene così vissuto, spesso, in solitudine, assumendo gli aspetti di una malattia. La maggior parte delle donne migranti presenti in Italia vengono da società nelle quali è ancora diffuso il modello della famiglia allargata, per cui viverci la gravidanza in solitudine, senza parenti femminili in grado di sostenerla, con in più le difficoltà di comprensione della lingua del paese ospitante e la necessità di riprendere a lavorare il più presto possibile, sono tutti fattori che possono contribuire alla mancanza o all'interruzione precoce dell'allattamento materno, sovvertendo spesso molti costumi dei paesi d'origine. A ciò si aggiunge una grave sottoesposizione assistenziale di queste donne, che si sottopongono, rispetto alle italiane, molto meno e con la media di un mese di ritardo ai vari esami⁹, come le ecografie ed i prelievi di sangue.

5. IL LAVORO DI MEDIAZIONE

Le ondate migratorie hanno permesso la ridefinizione dei contorni delle società locali in chiave multiculturale, soprattutto in virtù del fatto che in Italia si è ormai consolidato il passaggio dalle immigrazioni temporanee a quelle durevoli, se non definitive. In due decenni in Italia si è verificato il rapido passaggio dalla condizione di paese di emigrazione a quella di paese di immigrazione (Macioti e Pugliese, 2003). I problemi che i migranti devono affrontare nel paese d'arrivo sono anche la cartina di tornasole degli esiti dell'incorporazione di popolazioni straniere nella società in cui si inseriscono, partendo dai gradini più bassi della stratificazione sociale. Lo stesso personale sanitario ha ormai raggiunto un buon livello di consapevolezza delle mutate necessità dei servizi sanitari, sempre più rivolti alla risoluzione di emergenze e richieste provenienti da persone portatrici di diverse percezioni del sintomo, della malattia e delle soluzioni terapeutiche. Tuttavia, come è emerso dalla ricerca del network "Salute per tutti, tutti in salute", questa consapevolezza, non è sufficiente affinché gli operatori sanitari compiano il loro lavoro con la massima professionalità. Quando gli operatori sanitari si mostrano incapaci di ascoltare e di soddisfare le esigenze del paziente migrante, mostrando anche un rifiuto, questo viene automaticamente, in maniera più o meno velata, allontanato dal servizio sanitario, con tutti i rischi che tale scelta può comportare per la salute del paziente e della collettività. In questo modo il cittadino migrante viene privato di uno dei suoi diritti fondamentali, quello alla salute gratuita, sancito anche dalla nostra Costituzione¹⁰.

Il mediatore culturale deve fare da filtro tra la società d'accoglienza ed il migrante, soprattutto quando nella prima sono ancora presenti sacche di forme di comunicazione etnocentrica. La comunicazione etnocentrica, nelle grandi società complesse come la nostra, è la più comune e la più resistente e si caratterizza per il fatto che gli autoctoni ritengono impensabile un comportamento diverso dalle forme contestuali e prefigurative della società. La comunicazione etnocentrica considera tutti i partecipanti come nativi. Trattare qualcuno come nativo significa ritenerlo responsabile in base ai propri criteri interpretativi e valutativi, mentre trattare qualcuno come non nativo implica scoprire ed utilizzare i suoi criteri interpretativi e valutativi, anche se diversi dai propri. Mettere le proprie risorse a rischio implica leggere le proprie storie con una volontaria sospensione delle credenze, comparandole ad un modello emergente di comunicazione ed intendendo cambiarle se sembra appropriato farlo. E' ciò che devono fare i mediatori culturali, nel loro lavoro di filtro.

⁹ Secondo la *Relazione sullo stato sanitario del Paese 1999* nei primi tre mesi di gravidanza il 42,5% delle migranti non si era sottoposto ad alcun controllo, rispetto al 10,7% delle italiane. Queste ultime hanno effettuato in media 4,8 ecografie a testa, contro l'1,7 delle migranti.

¹⁰ L'art. 32, comma 1 afferma: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

1. Le caratteristiche del mediatore culturale.

La figura del mediatore culturale nasce dall'esigenza di favorire una politica di integrazione che non contrapponga le persone straniere agli autoctoni. L'introduzione del mediatore culturale nel sistema della comunicazione può offrire ai servizi socio-sanitari strumenti di incontro e confronto che consentono di superare il disagio e le eventuali resistenze di molti operatori nelle relazioni con l'utenza immigrata. Questa figura ha il compito di aiutare a far capire agli operatori sanitari quando, per esempio, una donna cinese non si presenta ad una visita, non perché vuol svaloriare il servizio, ma al contrario perché in Cina ci si rivolge ai servizi senza appuntamento. La mediazione è dunque un processo duplice e reciproco di decodifica della comunicazione che esplica a tre livelli: di ordine pratico, linguistico-comunicativo, psico-sociale.

Nel livello pratico rientrano i compiti e le funzioni che il mediatore svolge verso il proprio gruppo di appartenenza e verso gli operatori del servizio in cui opera. Il mediatore informa, traduce le informazioni e rende il servizio più accessibile. Contemporaneamente, informa gli operatori del servizio rispetto a specificità culturali, differenze e tratti propri della comunità d'origine.

Nel livello linguistico-comunicativo ha un ruolo di traduzione, interpretariato, prevenzione e gestisce fraintendimenti, malintesi, blocchi comunicativi.

Al livello psico-sociale il mediatore può svolgere il ruolo di cambiamento sociale, di stimolo per la riorganizzazione del servizio, di arricchimento della programmazione e delle attività che il servizio conduce. Il servizio così oltre a diventare più accessibile ed accogliente, diventa anche un luogo di riconoscimento delle minoranze, di visibilità delle differenze e degli apporti culturali diversi.

La mediazione è un processo che oscilla tra due estremi: l'"advocacy" e l'"empowerment". L'"advocacy" è la difesa dei diritti di un utente che subisce forme di razzismo istituzionale e ha difficoltà a far riconoscere i propri bisogni e a farli valere, difesa fatta parlando in sua vece e rappresentandolo. L'"empowerment" è il sostegno e l'aiuto fornito ad una persona affinché utilizzi al meglio le informazioni o le strategie più efficaci per risolvere i propri problemi e raggiunga la maggiore autonomia possibile nel difendere le proprie posizioni.

La mediazione culturale facilita la comunicazione e la comprensione, sia linguistica che culturale fra l'utente straniero e l'operatore del servizio sanitario, in un contesto di poteri impari, rispettando i diritti di entrambe le parti interessate. Tuttavia, il mediatore è una figura molto ambigua per l'eccessivo carico di conoscenze e competenze di cui dovrebbe disporre. Il mediatore, infatti, deve avere le seguenti caratteristiche: essere stato immigrato, prima di essere diventato cittadino residente nel paese d'accoglienza (questa caratteristica è il presupposto per una comprensione profonda dei problemi degli altri migranti, oltre a rappresentare un grande potenziale di risposta); l'appartenenza ad una cultura "altra" che entra in relazione con la cultura maggioritaria della società di accoglienza essendo in possesso della capacità di far interagire i due sistemi, valorizzando per entrambi i loro punti di forza e creando un sistema di reciprocità e di scambio tra le diverse regole di vita e di organizzazione sociale; il mediatore è tale quando il suo ruolo è esplicito e consapevole e improntato a regole condivise, quindi quando il suo ruolo viene legittimato e viene abilitato in virtù di una formazione e di esperienze specifiche dovrà essere in possesso di una conoscenza almeno sufficiente della cultura del paese di accoglienza e della struttura della società.

2. Le funzioni del mediatore culturale.

In una situazione di colloquio clinico, lo scopo del mediatore è in primo luogo la traduzione da una lingua ad un'altra e viceversa, in maniera più fedele possibile, in ogni caso l'importante è che renda comprensibili i disturbi accusati dal paziente al medico. Il mediatore, possedendo metodi e strumenti socio-antropologici, decodifica il bisogno di salute, da indicazioni utili e scegliere la strategia di intervento che ritenga più adeguata e, nel contempo, tiene conto dell'esperienza e dei riferimenti culturali del paziente riguardo la salute e la malattia (Castiglioni, 1997). Il mediatore deve sempre saper rispondere alle esigenze comunicative dell'operatore autoctono, trasmettendo prescrizioni e regole specifiche del servizio all'utente e conoscere la normativa, il funzionamento e

l'organizzazione del SSN e di tutti i servizi presenti nel territorio rivolti alla popolazione immigrata per facilitare e permettere pari opportunità nell'accesso e nella fruibilità a questi.

Le funzioni principali che il mediatore culturale dovrebbe svolgere nei servizi sanitari, sono le seguenti:

- a) saper interpretare in termini culturali il disagio psico-sociale che il processo di immigrazione comporta, facendo in modo che questo disagio diventi visibile all'operatore italiano, creando le condizioni perché il paziente migrante possa esprimere questo disagio;
- b) dovrebbe porsi come agente attivo nel processo di integrazione. Questa competenza comporta anche saper dare informazioni approfondite sulle caratteristiche e sul funzionamento del SSN, dei servizi specificamente rivolti alla popolazione immigrata e della relativa normativa, essere poi in grado di orientare i cittadini stranieri attraverso percorsi praticabili, adatti ad ogni tipo di problematica;
- c) dovrebbe essere in grado di accogliere e di cogliere la diversità del vissuto di benessere e di malessere, la differenza in termini culturali di ciò che si pensa riguardo la malattia e la salute, decodificandoli e trasmettendoli in modo comprensibile all'operatore italiano. Si tratta dunque di costruire uno spazio simbolico di riconoscimento, perché gli esclusi hanno soprattutto bisogno di luoghi di riconoscimento.

Fortunatamente gli ospedali pubblici dell'Abruzzo si sono preoccupati di inserire nel proprio organico la figura del mediatore culturale, per facilitare il lavoro di tutti gli operatori sanitari che quotidianamente si trovano ad affrontare i problemi di salute di un'utenza sempre più variegata.

6. QUALCHE PROPOSTA PER L'ASL

Obiettivo di questo capitolo è fornire alle Asl della Regione Abruzzo delle indicazioni per fare in modo che il rapporto tra il servizio sanitario e gli utenti stranieri migliori, soprattutto per questi ultimi. Saranno presi in considerazione i processi comunicativi, sia per quanto riguarda il rapporto medico-paziente, sia per quanto riguarda il rapporto tra l'istituzione e l'utente, oltre alla situazione attuale con un riferimento diretto alle barriere comunicative, non mancheranno, infine, delle comparazioni o dei richiami alle realtà milanese e della Regione Emilia Romagna, dove da più tempo le rispettive Asl si sono attivate per rendere maggiormente accoglienti le strutture sanitarie per i cittadini stranieri.

1. La comunicazione.

Il lavoro di tutti gli operatori delle strutture sanitarie dovrà concentrarsi sulla comunicazione a più livelli. Da quella più di carattere empatico tra il medico ed il paziente all'informazione sui diritti degli utenti Asl.

L'empatia sta alla base del contatto umano, dunque anche nel rapporto tra personale sanitario ed utenti. Questo rapporto anche se dovrebbe essere il più asettico possibile, non può prescindere da certe dinamiche che inevitabilmente si innestano quando ad entrare in contatto sono due esseri umani. L'empatia, infatti, comporta: partecipazione, autenticità, accettazione, confini, inclusione, ascolto, rispetto, flessibilità, rilassamento, tempo, messaggio, emotività, azione, alleanza. Come si è già visto, gran parte di questi aggettivi manca nel rapporto tra dottori ed utenti migranti.

Le difficoltà relazionali tra queste due figure si innestano nel quadro più generale della crisi di comunicabilità tra medico e paziente che da diversi anni si sta verificando nei nostri ospedali. Alla base di questo problema c'è un processo generale di crisi della comunicazione che sta avvenendo in tutta la società, nonostante il proliferare di telefonia mobile e di internet, dunque medico e paziente sono vittime di un processo generale che sfugge ad entrambi. Abbiamo dunque da un lato il medico, sempre più invischiato in una struttura organizzativa maggiormente amministrata che lascia sempre meno spazio alla comunicazione interpersonale e dall'altro il paziente, che nonostante sia più

informato sulle problematiche sanitarie ha difficoltà nel riferirsi a tradizioni culturali, e ad un minimo di competenza tecnica adeguate a fornirgli capacità di codificazione e decodificazione dei messaggi che gli provengono dal medico e dal sistema socio-sanitario. Il risultato è che queste due figure stanno diventando l'uno per l'altro, reciprocamente, "scatole nere", di cui entrambi percepiscono soltanto l'esterno dell'altro, nonostante entrambi cerchino, attraverso giochi linguistici e strategici di indagare su come è fatta la scatola "al di dentro" (Donati, 1987).

Per uscire da questa crisi bisogna che si riparta proprio da un affinamento della qualità degli scambi tra medico e paziente (compresa l'empatia), tenendo conto che essi riguardano tutti i livelli della comunicazione umana, da quelli affettivi ed espressivi, a quelli cognitivi e dell'informazione, a quelli pratici del comportamento. Per questo il medico ha bisogno di coordinarsi con altre professionalità mettendosi in rete, in particolare con quelle presenti nei servizi sociali. Il primo passo per uscire da questo impasse lo deve fare il medico mostrando un sincero e profondo interesse per il paziente sofferente, utilizzando anche atteggiamenti e modi di fare apparentemente poco importanti, che possono rivelarsi molto significativi per il paziente: dal tipo di contatto fisico allo sguardo, dalla voce all'espressione facciale, ecc. Parallelamente a ciò si rende sempre più indispensabile una mediazione culturale centrata sulla solidarietà come mezzo simbolico a valore generale capace di attivare nuove reti di sociabilità, in particolare per i pazienti stranieri.

Una migliore comunicazione poi dovrebbe essere finalizzata ad una maggiore conoscenza da parte dei migranti dei propri diritti e delle strutture esistenti, che consenta a questi un più facile accesso grazie a guide e cartelli multilingue o al lavoro di interpreti, che si potrà sul serio pensare di rendere più semplice il rapporto tra cittadini migranti e sistema sanitario, con giovamento per lo stato di salute dell'intera popolazione.

2. La comunicazione interculturale.

Nella ricerca del network "Salute per tutti, tutti in salute" si è visto che il problema maggiormente sentito dai migranti intervistati è il rapporto con i medici. La causa dell'impasse che si viene a creare in questo rapporto è dovuta a problemi di comunicazione e, in questo caso, si tratta di comunicazione interculturale. In un primo momento c'è il problema della lingua, anche se quasi in tutti i centri sanitari pubblici o privati si trovano interpreti multilingue. C'è da considerare che gran parte dei migranti oltre alla propria lingua, ne parla correttamente un'altra (inglese o francese), e questo facilita il lavoro di traduzione.

Straniero ed autoctono fanno riferimento a competenze comunicative differenti, efficaci per la comunicazione nei contesti di appartenenza e non automaticamente anche in altri nei quali vigono regole, norme, codici e comportamenti diversi. In questo modo viene fuori l'idea di comunicazione interculturale come processo dinamico, in continua modificazione, essendo all'opera in esso competenze comunicative che si intrecciano dando luogo a sempre nuovi equilibri. Straniero ed autoctono partecipano a processi di cambiamento reciproco più o meno intensi e consapevoli. Il processo comunicativo quindi si incentra sulla relazione ed è un'operazione di integrazione di reciproco adattamento.

La capacità di comunicazione interculturale deve essere estesa in tutte le strutture che coinvolgono gli stranieri: scuole, mondo del lavoro, strutture sanitarie, dove il superamento dell'ostacolo comunicativo rappresenta un passo in più per l'accessibilità agli stessi servizi. Per un corretto rapporto tra medico e paziente straniero è necessario per il medico partire dalla fase del "criticismo sanitario", vale a dire che si riappropria dell'esperienza fatta e si pone in termini critici rispetto ai propri possibili pregiudizi, analizzando in modo costruttivo le sue attuali possibilità operative. Per un medico italiano rapportarsi ad un paziente straniero significa mettere in crisi la propria identità professionale. D'altra parte, molto spesso il migrante è convinto di trovare in Italia una medicina ipertecnologica. Questa aspettativa spesso va delusa e ha quindi bisogno di una rinegoziazione all'interno di una dinamica e autocritica nell'ambito della relazione transculturale. L'incontro con il paziente straniero si dimostra dunque molto difficoltoso.

Il lavoro del medico richiede una continua capacità di adattamento, perché i pazienti che visita quotidianamente sono tutti unici ed irripetibili, quindi quando arriva un paziente con una cultura molto diversa dalla sua, il medico deve necessariamente potenziare la propria capacità di adattamento transculturale.

Il medico per giungere ad una diagnosi e ad indicare la cura efficace del disturbo del paziente straniero dovrebbe porsi con un atteggiamento di ascolto rilassato e libero, prestando attenzione alle parole del paziente e focalizzandosi sulla comprensione della persona che ha davanti, con tutto il suo sistema di riferimento culturale, oltre che dei suoi sintomi.

I problemi linguistici si ripropongono quando il dottore deve formulare la diagnosi, che, a sua volta, necessita dell'anamnesi e della verbalizzazione dei sintomi. Tuttavia, resta, in riferimento alla lingua, la difficoltà di cogliere il valore semantico dei termini utilizzati perché c'è una diversa simbolizzazione nelle culture di provenienza del medico e del paziente. L'unica soluzione è che il medico comunichi nella maniera più semplice possibile evitando sfumature simboliche e metafore in modo da evitare fraintendimenti, facendosi anche aiutare dal mediatore culturale-linguistico. Condurre un dialogo il più possibile chiaro serve anche ad avviare un ascolto empatico e partecipe del paziente in modo da farlo sentire a proprio agio. Instaurare un dialogo fondato su una comunicazione interpersonale, quindi di tipo "amichevole" può essere anche uno strumento per migliorare la conoscenza reciproca e comprendere le differenze. Il medico, in questo modo, non si limiterà a chiedere solo i sintomi, ma farà anche domande riguardanti le relazioni interpersonali, i legami familiari e le sue condizioni di vita. Interessarsi anche alla persona del paziente è importante anche sul piano dell'efficacia curativa, in particolare per capire se il disturbo del paziente è da ricondurre ad una vera patologia o è dovuto a difficoltà di inserimento sociale, di insoddisfazione o di un vero fallimento del progetto migratorio.

Nel quadro della comunicazione interculturale il medico non può non tener conto delle malattie psicosomatiche che spesso possono rappresentare un modo per parlare di sé, una ribalta attraverso cui il paziente migrante trova il modo per esprimersi al di là della sua invisibilità sociale, con l'utilizzo del codice del malessere e del ricorso alla potenza tecnologica dei nostri mezzi di cura fortemente espressiva della cultura occidentale. Vi è dunque un forte legame tra la salute ed il disagio culturale, legame che può essere determinato da due ordini di fattori: uno esterno, il cosiddetto "spaesamento" o shock culturale che si riflette sullo stato di salute del migrante, si tratta di un male cognitivo, spirituale che può sfociare in somatizzazioni di carattere dermatologico o psicologico; l'altro interno (in cui le condizioni di vita spesso precarie, sia per tipo di abitazione e di lavoro, sia per condizioni igieniche o di sovraffollamento nell'abitazione o per mancanza proprio di abitazione, portano a contrarre malattie come la scabbia).

3. L'integrazione sociale e la soddisfazione delle esigenze dei migranti.

Secondo la sociologia, l'integrazione sociale consiste nella disponibilità degli individui, che compongono una società, a coordinare regolarmente ed efficacemente le proprie azioni, mantenendo a un livello tollerabile i conflitti, risolvendoli per lo più pacificamente. Se dunque per integrazione si intende la garanzia dei diritti di cittadinanza, connessi alla residenza in un dato luogo, il modello politico di società è necessariamente interculturale, vale a dire che più culture vi interagiscono nel rispetto reciproco.

Per giungere all'integrazione sociale bisogna costruire le premesse affinché si possano creare relazioni positive tra cittadini italiani e stranieri, sia attraverso la comunicazione, sia attraverso la garanzia di pari opportunità d'accesso a tutti i servizi essenziali alla persona (servizi socio-assistenziali, lavoro, alloggi e settore dell'educazione e della formazione) agli stranieri. Le azioni positive dirette agli stranieri devono dunque rientrare nel quadro più ampio di lotta all'esclusione sociale. Ciò può avvenire soltanto nel momento in cui c'è da parte della società accogliente la predisposizione alla comprensione di chi arriva; queste due entità: la società accogliente ed il migrante sono in grado di comunicare quando possiedono entrambi un codice di conversione che legge la loro organizzazione.

Per rendere più universali gli interventi del nostro SSN sono state intraprese molte iniziative, ma resta ancora molto da fare sia sul versante della preparazione multi-culturale degli operatori sanitari, sia su quello delle informazioni specificamente mirate ad una migliore comprensione, da parte degli stessi migranti, del funzionamento del nostro SSN e del linguaggio opportuno da utilizzare per facilitare la comprensione e l'interpretazione dei loro bisogni di salute.

L'arrivo dei migranti nel nostro paese e nei nostri servizi ha apportato necessariamente dei cambiamenti, che devono essere previsti, programmati e coordinati da parte della società accogliente. L'azione del cambiamento si può ricondurre essenzialmente ad un bisogno sociale, alla domanda di quest'ultimo ed alla sua offerta. Affinché la società accogliente riesca a dare una risposta efficace a questo bisogno deve prima conoscere il bisogno sociale del migrante che arriva, quindi essere in grado di cogliere la domanda sociale che può essere espressa o inespressa ed alla fine occorre strutturare un'offerta, giungendo così alla soddisfazione dell'esigenza.

Investire sul diritto alla salute per i migranti significa migliorare non solo l'accesso ai servizi sanitari e sociali, ma anche l'integrazione scolastica, la sicurezza sul lavoro, la previdenza e l'assicurazione contro gli infortuni. Lo stato di salute dei migranti e delle persone a rischio di emarginazione esprime l'efficacia del SSN e delle sue scelte politico-economiche che determinano il complessivo stato della salute pubblica di ogni paese.

4. La situazione attuale nei servizi sanitari con utenza straniera.

In Italia sul fronte sanitario, come si è visto c'è ancora molto da fare, soprattutto in virtù del fatto che la situazione non è uguale in tutto il paese, in quanto in alcune zone, in particolare nel centro-nord i processi di integrazione si sono avviati molto prima che nel centro-sud. Di seguito presentiamo una panoramica, con le sue luci e le sue ombre, della nostra realtà sanitaria, in rapporto agli stranieri.

Tutte le strutture di servizio si sono attivate per rimuovere l'ostacolo della lingua, per fare in modo che la comunicazione sia fluida, tuttavia, questa difficoltà permane con i gruppi etnici meno disponibili all'integrazione, o giunti in Italia non grazie ad una rete sociale di sostegno, che spesso è la catena migratoria, o che si trovano in situazione d'urgenza. Resta abbastanza critico l'aspetto più strettamente culturale, in quanto le varie specificità culturali tendono il più possibile ad evidenziare la parte fondante delle proprie differenze rispetto agli autoctoni, con l'intento di rivendicare una propria identità di stranieri, richiedendo così una maggiore attenzione e abilità di lettura. Gli stranieri non sempre si rivolgono alle strutture ufficiali italiane, a volte perché c'è l'ostacolo informativo ed organizzativo della stessa struttura ed in altri casi perché i migranti preferiscono rivolgersi alle reti sociali di appartenenza.

5. Le barriere all'accesso dei servizi e le risposte manageriali.

Nel momento in cui nei servizi sono presenti barriere di tipo informativo, linguistico ed organizzativo, potrebbero risultare maggiormente efficaci strumenti di comunicazione alternativi come volantini, affissioni, relazioni con le comunità immigrate e l'impiego di facilitatori della comunicazione.

Le barriere linguistiche che i pazienti stranieri trovano nei nostri servizi sanitari sono di vari livelli: di front-office, in quanto tutto il personale, sia sanitario che amministrativo, è generalmente in condizione di parlare solo le lingue più diffuse come l'inglese ed il francese, ed in casi più rari lo spagnolo, risultando privo della conoscenza di altri idiomi come l'arabo o quelli dell'est europeo; di strumenti, poichè in quasi tutti i casi osservati gli strumenti di comunicazione (Carte-Guide dei Servizi, la segnaletica interna, newsletter, ecc.) sono disponibili solo in italiano o al limite in inglese e francese; di modulistica, in quanto tutta la modulistica utilizzata per la raccolta dell'anamnesi del paziente, della diagnosi per la registrazione dei dati in cartella e per la richiesta del "consenso informato", nel caso in cui il paziente debba subire un intervento a rischio, la lingua utilizzata è l'italiano o al limite l'inglese ed il francese.

Le barriere di tipo organizzativo che i pazienti stranieri trovano nei nostri servizi sanitari riguardano la formazione degli operatori, in quanto il punto fondamentale di tutto il processo è la formazione del personale sia dal punto di vista normativo, che culturale, dunque formare il personale sanitario all'incontro ed al confronto con una cultura altra dalla propria.

Altra barriera è quella del reperimento di risorse finanziarie, senza un'adeguata copertura finanziaria da parte dei vertici delle Asl per realizzare i diversi progetti, infatti, l'accesso ai servizi è di fatto precluso all'utenza straniera.

La definizione delle regole di erogazione del servizio, dunque la progettazione del servizio, può tradursi in reali barriere organizzative all'accesso o, al contrario, nella loro rimozione, come per esempio erogare i servizi per l'utenza straniera soltanto nelle ore serali o nei giorni festivi; inoltre si rende indispensabile la presenza del mediatore linguistico-culturale.

Rispetto a queste barriere i servizi sanitari milanesi hanno attuato degli interventi significativi, soprattutto in virtù del fatto che sono gestiti in modo sinergico ed integrato, questi interventi sono:

- 1) predisposizione di materiale diagnostico ed informativo in differenti lingue: l'ospedale San Carlo di Milano, nel reparto di Pronto Soccorso, ha adottato due moduli diversi per facilitare l'interazione medico-paziente, in caso di incidente sopravvenuto o patologia preesistente; questi moduli oltre ad essere tradotti nelle principali lingue, presentano una serie di figure e disegni in grado di guidare visivamente il paziente nella comunicazione del problema sanitario che lo riguarda.
- 2) Ricorso ad interpreti esterni e "schedatura" del personale interno: nell'area milanese per fare fronte a questo problema ci sono stati diversi tipi di intervento; nell'ospedale Maggiore-Policlinico per risolvere il problema delle barriere linguistiche si è ricorso ad interpreti esterni; in altri contesti (Fatebenefratelli) si è effettuata una schedatura volontaria delle conoscenze linguistiche del personale medico-infermieristico; questo accorgimento, estremamente semplice e a basso costo di realizzazione, ha in sé un ampio potenziale di efficacia e può servire per cominciare a costruire una sensibilità condivisa a livello organizzativo sul tema della multiculturalità.
- 3) Impiego di mediatori linguistico-culturali: è la più tradizionale e specifica risposta alla gestione di un'utenza multi-etnica.
- 4) Attività di formazione: sono ancora circoscritti i processi di formazione e di aggiornamento rivolti al personale ospedaliero e dedicati ai temi della diversità culturale in ambito sanitario.
- 5) Attivazione di ambulatori e centri ad hoc: la soluzione più complessa è rappresentata dall'apertura di centri dedicati a categorie specifiche, come l'area materno-infantile e ginecologica.

6. La necessità della programmazione.

Per superare le barriere e le difficoltà analizzate nel precedente paragrafo e per gestire l'eventuale conflitto culturale che il migrante può, inconsapevolmente ed involontariamente, instaurare con l'operatore sanitario è necessario che si attivino con urgenza contributi formativi sistematici e continuativi. Le risposte che bisogna dare a queste nuove esigenze e ad un'utenza in via di cambiamento continuo dovrebbero essere diverse: preparare dei professionisti nei servizi, aumentare i servizi che si occupano specificamente di questa utenza e fare in modo che si instauri una fiducia tra l'operatore autoctono ed il paziente migrante.

Per soddisfare questa esigenza è indispensabile programmare un intervento e strutture trasparenti nel loro funzionamento: dal ruolo degli operatori, alle procedure, ecc.

Il migrante che si rivolge al servizio sanitario ha bisogno di una risposta immediata e semplice, oltre che facilmente comprensibile, dunque i servizi devono avere questi due requisiti.

Nel momento in cui ci si occupa di servizi sociali, il cui accesso legittima la cittadinanza, rivolti ai migranti, si parla implicitamente di culture che si confrontano, dal punto di vista organizzativo, culturale e relazionale. Tutto ciò comporta la costruzione di percorsi inclusivi, lavorando sia su ciò che già esiste, sia sulle inevitabili novità che questa inclusione comprende, attraverso un lavoro di scomposizione e ricomposizione di procedure, eliminando prassi non più attuabili ed inserendone di nuove, inserendole in un contesto di rete e di collegamento con il territorio.

A dover modificare sono in primo luogo modalità e metodologie di intervento, allargando la base dei servizi e degli operatori che possano agire in contesti non più rigidi, ma elastici.

Per raggiungere questi obiettivi bisogna eliminare barriere, attivando percorsi facilitanti nei servizi per tutti, lavorando sulla cultura organizzativa e degli operatori, agendo anche sul contesto sociale, uscendo dunque fuori dal ristretto ambito della sanità. Uno dei primi passi da fare per dirigersi in questa direzione è il pieno coinvolgimento delle comunità di immigrati, dato che nella maggioranza dei casi gli stranieri che giungono in Italia, vengono grazie alle catene migratorie. Coinvolgendole nella fase di programmazione si attiva da subito l'inclusione degli stranieri nel nostro SSN.

7. La riorganizzazione dei servizi.

Un valido aiuto alla messa in pratica di quanto detto finora, è una riorganizzazione dei servizi sanitari, nella quale si devono prevedere servizi dedicati esclusivamente all'utenza straniera, facendo un notevole salto di qualità rispetto alla situazione attuale.

Nella ricerca svolta nel 2000 dal gruppo Inte.Mi.Gra., sui flussi migratori nell'Adriatico, agli stranieri presenti in Abruzzo è stato chiesto quali proposte volessero fare per migliorare l'accesso ai servizi. Questi hanno indicato le seguenti proposte: una minore burocrazia, degli orari più flessibili, un'informazione più chiara e più completa, una maggiore disponibilità di alloggi, un personale multilingue e la presenza di mediatori culturali, la possibilità di accedere gratuitamente ad un corso di italiano, una minore discriminazione ed una maggiore organizzazione dei servizi.

Alcune regioni, come l'Emilia Romagna, sulle cui politiche sanitarie è dedicato il paragrafo n.9, hanno già sperimentato questi percorsi con gli spazi consultoriali per donne e bambini stranieri. Queste regioni dovrebbero diventare un modello da seguire. Nell'area milanese, per esempio, la domanda di salute dei migranti si è espressa con le seguenti modalità: centralità dell'elemento linguistico, criticità del dato culturale, presenza di una domanda inespressa e titolarità di diritti legittimi, ma non sempre legittimati; gli interventi di risposta sono stati: materiale diagnostico ed informativo in lingua, ricorso ad interpreti esterni e "schedatura" di personale interno, presenza del mediatore linguistico-culturale, attività di formazione, ambulatori e centri ad hoc.

Oggi ci si sta orientando nel rendere maggiormente permeabili ai migranti i servizi per tutti, con alcune accortezze organizzative che vanno dalla già citata apertura dei consultori negli orari nel tempo per le domestiche, ad ambulatori specialistici (per le malattie infettive) con fasce orarie dedicate con maggiore facilità di accesso, ad ambulatori di base di bassa soglia d'accesso e ad alto impatto relazionale e così via. La riorganizzazione dei servizi mira essenzialmente ad enfatizzare la necessità di un adeguato orientamento sanitario, la possibilità di un'offerta attiva delle prestazioni e dei servizi ed una mediazione culturale che passi da un'ottica di prestazioni individuale a quella di un sistema di mediazione e di accoglienza.

Nella riorganizzazione dei servizi è importante prendere in considerazione l'educazione sanitaria che prevede: preservare la salute, combattere le patologie e rendere più efficace la guarigione. Gli operatori sanitari dunque, di fronte alla nuova utenza formata da stranieri, si sono dovuti aggiornare sia attraverso la conoscenza della legge e della sua applicazione, sia cercando di favorire al massimo l'accessibilità e la fruibilità dei servizi sanitari.

La progressiva stabilizzazione sul territorio nazionale di una popolazione straniera immigrata, portatrice di peculiari caratteristiche culturali e sociali, richiede al nostro sistema sanitario uno sforzo di riorientamento dei propri servizi. L'impossibilità di comunicare rende talvolta difficile, non solo chiedere il consenso che in un pronto soccorso dovrebbe essere presunto, almeno per le gravi situazioni, ma anche divulgare notizie sulla diagnosi e sulle terapie necessarie. Se da un lato

non si possono generalizzare le esperienze poco gratificanti vissute, si tratta di ricercare il perché di questo motivo di differenza verso le strutture sanitarie e sociali che dovrebbero essere per definizione quelle che accolgono chi ha bisogno. E' dunque utile, creando strategie comunicative efficaci, segnalare percorsi nelle comunità straniere, nei loro luoghi di aggregazione e di incontro, con e tra i servizi di volontariato e privato sociale.

Educazione sanitaria vuol dire anche prevenzione e in questo ambito è necessario lavorare di più. Da alcune ricerche condotte si evidenzia un alto rischio di parti difficili, con tassi di sofferenza perinatale molto superiori a quelli delle donne autoctone e spesso i calendari della vaccinazioni sono in ritardo ed incompleti.

Questo principio risponde a due esigenze. La prima è di carattere etico, vale a dire che se non si adeguano i servizi alle esigenze di una parte crescente della popolazione, si corre il gravissimo rischio della sua esclusione, anche se parziale, della fruizione dei servizi. In questo modo viene di fatto negato a questa fetta di cittadini il diritto fondamentale alla salute. La seconda è legata alla gestione ed al controllo della salute collettiva, in quanto se i migranti avvertono il servizio sanitario come lontano ed estraneo la conseguenza sarà di sicuro un loro progressivo allontanamento e ciò può comportare conseguenze gravi per la salute collettiva.

Gli operatori sanitari devono essere preparati a comunicare con persone diverse e ad accettare modi diversi di vivere e percepire la salute e la malattia. Nel voler quindi creare una giusta educazione sanitaria riferita ai migranti è sempre necessario tener conto del quadro culturale d'origine, del significato del distacco dal paese e spesso dalla famiglia, delle difficoltà di rapportarsi ad una collettività culturalmente omogenea, come quella italiana, e con le varie problematiche connesse all'interazione con la società italiana. Sono dunque necessarie analisi continue dei bisogni diversificati dell'utenza, che si diversificano rapidamente, con il mutare del fenomeno migratorio.

E' opportuno dedicare specifici progetti di educazione sanitaria in grado di agevolare sia l'utente che l'operatore sanitario nel suo lavoro. Il primo passo da fare è informare in modo capillare le aziende, i servizi e gli operatori sia sanitari, sia amministrativi. Oltre all'informazione sono indispensabili iniziative di formazione/aggiornamento del personale per evidenziare quelle specificità culturali, che generalmente si definiscono di interesse antropologico, da cui spesso dipende la reale fruibilità del servizio. Un approccio alla problematica che ignori aspetti antropologici e sociologici potrebbe essere destinata a fallire.

E' ovvio che la legge deve essere nota anche al beneficiario, per questo si rende indispensabile l'informazione all'utenza, un'informazione che sia organizzata e formulata in termini di orientamento sanitario. E' assolutamente necessario insistere in questa direzione perché alcuni studi ad hoc hanno rivelato che soltanto una percentuale sorprendentemente bassa di stranieri, aventi diritto, si iscrivono al SSN.

Questo mandato è stato affidato, ad alcuni servizi come l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, dove sembrerebbe ovvio riscontrare la capacità di informare ed orientare anche gli utenti stranieri. Si possono utilizzare ausili visivi, come disegni e video supportati dalla lingua madre, o ausili pratici come libri, opuscoli specifici, per ogni reparto ospedaliero; possono essere efficaci anche incontri a tema, con le associazioni di stranieri, oltre a spot televisivi.

Manca poi anche un intervento di monitoraggio permanente, condotto attraverso un coordinamento interregionale, i cui singoli membri dovrebbero essere a loro volta referenti nella rispettiva regione. Questo monitoraggio si dovrebbe effettuare con particolare attenzione all'accessibilità ai servizi sanitari pubblici. Questo sarebbe estremamente utile, poiché metterebbe in risalto le problematiche riguardanti l'accessibilità ai servizi sanitari, ma sarebbe anche un buon modo per avere un quadro completo sui bisogni di salute per i migranti a livello nazionale.

Il monitoraggio sarebbe funzionale anche alla definizione di politiche sanitarie specifiche, affinché l'offerta di servizi e prestazioni non sia improvvisata, ma mirata e che risponda a delle precise esigenze. Queste politiche si potrebbero realizzare anche grazie ad un razionale utilizzo delle risorse già esistenti.

Si potrebbe prevedere anche un coordinamento di tutti i mediatori culturali, in modo che attraverso incontri periodici si possano confrontare sull'efficacia dei loro interventi e sull'eventualità di aggiornamento dei loro metodi di mediazione.

Nonostante sia un lavoro lungo e difficoltoso è diventato ormai indispensabile, dato che il fenomeno migratorio è ormai in continua evoluzione e conviene a tutti cercare soluzioni ottimali sia per l'utente che ha diritto all'assistenza sanitaria, sia per la struttura sanitaria stessa, che ha il dovere di garantire a tutti l'assistenza a prescindere dalla cultura, dalla razza o dall'etnia.

8. Il processo di acculturazione sanitaria.

Il problema della medicina dell'emigrazione consiste nel dover assistere persone le cui condizioni socio-sanitarie si stanno trasformando socialmente e culturalmente. La sanità italiana dunque deve fare il doppio sforzo di fare attenzione sia al fenomeno migratorio, sia alle trasformazioni psichiche che questi nuovi utenti vivono in seguito al processo migratorio.

Almeno fino a quando non si concluderà il processo di acculturazione sanitaria è necessario per gli operatori sanitari tener presenti alcuni elementi: la biculturalità del migrante che lascia una cultura sanitaria (e non solo) senza averla abbandonata realmente e ne acquista un'altra senza averla compresa; la diversità della formazione del medico che è un elemento dissonante nelle relazioni medico-paziente; le condizioni socio-sanitarie peculiari presenti durante tutto il processo migratorio.

E' necessario dunque che tutti gli operatori sanitari superino il proprio spazio linguistico e culturale per poter acquistare un modello mentale che consenta di comunicare con utenza e pazienti con un patrimonio culturale diverso. L'operatore sanitario non può prescindere dal considerare che il processo di cambiamento cui deve far fronte il migrante richiede una continua messa in crisi della propria identità sia storica, sia culturale.

L'incontro tra più culture provoca delle trasformazioni culturali caratterizzate spesso da situazioni di incertezza culturale e questo per il migrante può significare la perdita di quell'automatismo quotidiano che garantisce uno sfondo di cose e di gesti sicuri, rassicuranti a causa di questo si può arrivare ad una fragilità esasperata verso la malattia che sfiora quasi l'ipocondria, vale a dire l'abbassamento della soglia di tolleranza al dolore, alterazione della percezione della gravità del sintomo e totale assenza di qualunque pratica di autocura.

9. Le politiche sanitarie per i migranti attuate dalla Regione Emilia Romagna.

La Regione Emilia Romagna ha preferito optare per un modello di servizi per tutti, pur tenendo in considerazione le tante criticità che il migrante presenta verso il welfare ed il proprio stato di salute in un contesto migratorio. Dato che le difficoltà che il migrante trova nel ricorrere ai servizi, vanno contestualizzate all'interno della sua situazione di emigrazione è necessario un lavoro di rete tra servizi sanitari e servizi sociali.

Nel progetto regionale c'è la scelta di attivare nello stesso territorio regionale "Spazi per donne immigrate ed i loro bambini" nei Consultori familiari, dove è nata la volontà di tutelare adeguatamente, sul piano sanitario e sociale, la popolazione straniera e, al suo interno, quella femminile ed infantile.

Secondo quanto previsto dal progetto, negli spazi deve essere garantita l'informazione, la guida e l'eventuale accompagnamento nell'uso del territorio, anche attraverso la permanente messa in rete con alcuni servizi (Centri di prima accoglienza per migranti, Servizi Sociali di Asl e Comune, Centri per le famiglie, ecc.) e con tutti i soggetti pubblici e privati, che a vario titolo operano in questo ambito, con particolare riferimento alle Associazioni di volontariato.

Per quanto riguarda le competenze sono previste le seguenti professioni: ostetriche-ginecologiche e pediatriche, psico-sociali (per la tutela della maternità e le problematiche minorili).

Le figure professionali che lavorano nel servizio sociale sono preferibilmente donne, soprattutto se si tratta di interventi inerenti la sfera riproduttiva: il ginecologo; l'ostetrica, il cui intervento è esteso all'attività educativa e negli interventi domiciliari; il pediatra, in particolare dove ci sono bambini

ancora sprovvisti di assistenza pediatrica di base o dove deve essere rafforzata la sorveglianza sul rispetto degli obblighi vaccinali; l'assistente sanitaria visitatrice, impegnata in attività ambulatoriali, di informazione ed educazione sanitaria, oltre che per le visite domiciliari; l'assistente sociale, indispensabile sia per l'intervento di natura sociale ed assistenziale, sia per attivare collegamenti permanenti con i servizi sociali competenti in materia minorile.

E' opportuna la presenza dello psicologo nell'équipe dello "spazio" e del mediatore linguistico-culturale almeno nella prima fase e per quanto riguarda i gruppi geo-culturali più distanti, per fattori culturali e linguistici. E' un prerequisito indispensabile la presenza di personale stabile e motivato, oltre all'apertura dello spazio in orari che rispondano alle esigenze dell'utenza e che favoriscono l'eventuale accompagnamento da parte del coniuge. L'orario di apertura dunque dovrà essere flessibile ed adeguarsi alle esigenze degli utenti, dato che spesso l'orario costituisce uno dei principali ostacoli al buon utilizzo dei servizi.

Date le caratteristiche dell'utenza cui si rivolge questo spazio e le specifiche caratteristiche dei flussi migratori, l'operatività deve essere garantita assicurando: l'unitarietà della risposta sociale e sanitaria materno-infantile, quindi una logica integrata e di ricomposizione dell'intervento; l'adozione di modalità di accoglienza (specie nel primo accesso) volta a facilitare e promuovere l'interazione utente-servizio; l'attività di segretariato sociale e socio-sanitario, inteso come facilitazione e supporto anche concreto all'uso dei servizi sanitari e socio-sanitari, di base e specialistici; informazioni e sostegno per l'esercizio/difesa dei diritti del singolo in ambito sanitario; raccordi permanenti e programmati "ad personam" con i reparti ospedalieri, in particolare quelli di ostetricia-ginecologia e pediatria; attivazione di veri e propri percorsi sanitari che prevedono l'attivazione del servizio all'utente o, nei casi di rischio, vere e proprie forme di "tutoraggio socio-sanitario"; rafforzamento della "competenza relazionale", anche supportata da momenti formativi specifici; presenza programmata, a seconda della necessità della figura dell'interprete-mediatrice-culturale; messa in rete con gli altri servizi pubblici che operano nel campo dell'immigrazione; ricerca di interlocuzioni permanenti con le comunità immigrate ed i loro rappresentanti; attivazione di rapporti permanenti di collaborazione con le associazioni del volontariato attive in materia.

Il servizio ha tra le sue priorità quella di porsi "in rete" affinché gli spazi consultoriali, i Centri di prima accoglienza, i servizi sanitari e sociali, i servizi ospedalieri e gli altri servizi interessati, dialoghino e lavorino insieme, ciascuno per la propria competenza, in riferimento all'immigrato, scambiandosi esperienze, facilitando il percorso e favorendo la conoscenza tra i servizi, tra le utenti e all'interno delle comunità immigrate.

9.1 La prevenzione alle I.V.G.

La gravidanza ed il puerperio sono passaggi delicati per ogni donna, ma lo sono in particolare per le donne migranti, soprattutto in virtù del fatto che nei loro paesi di provenienza, in questi momenti non viene lasciata mai sola, ma gode del costante sostegno ed aiuto delle altre donne che fanno parte del nucleo familiare allargato. In una condizione di migrazione dunque, se la gravidanza non viene sostenuta dalla propria rete sociale e culturale di appartenenza, può diventare un momento di difficoltà per tutto il nucleo.

In questa fase così delicata è importante fare molta attenzione agli eventi fornendo alle migranti gravide un accompagnamento ed un monitoraggio particolari, in modo che le strutture sanitarie le possano seguire, sia prima che dopo il parto, anche per attivare un'efficace prevenzione di possibili disturbi nella relazione madre-figlio.

Con questa azione si ha l'obiettivo di privilegiare il momento di gruppo per trasformare le competenze degli operatori e le potenzialità delle mamme in una opportunità di traduzione culturale dei differenti modi di intendere l'evento nascita. L'iniziativa prevede alcuni incontri mamma bambino anche dopo il parto quando è più necessario sostenere le naturali competenze materne. Durante gli incontri si tende a favorire l'allattamento al seno e l'avvicinamento ai consultori pediatrici.

Bibliografia

- A.A.V.V., 2003, *Come stai? Informazioni sanitarie di base*, su www.salutepertutti.org
- A.A.V.V., 1981, *Enciclopedia Garzanti di Filosofia*, Milano, Garzanti
- A.A.V.V., 2001, *Inte.Mi.Gra*, Regione Abruzzo
- Ambrosini M. Molina S., 2004, *Seconde generazioni*, Torino, Fondazione Gianni Agnelli
- Bua D. Ruggerini M. G. (a cura di), 2001, *Combattere la discriminazione delle donne migranti*, Working Paper n.16, luglio 2001 su www.immigra.net
- Cancellieri A. 2003, *Le reazioni sociali degli immigrati*, in Sciortino G., Colombo A., *Un'immigrazione normale*, Bologna, il Mulino
- Caritas, 2003, *Immigrazione dossier statistico 2003*, Nuova Anterem, Roma
- Caritas, 2004, *Immigrazione dossier statistico 2004*, Nuova Anterem, Roma
- Castiglioni M., 1997, *La mediazione linguistico-culturale. Principi, strategie, esperienze*, Franco Angeli, Milano
- CNEL/Fondazione Silvano Andolfi, 2003, *Le colf straniere: culture familiari a confronto Report finale*
- Colombo A., Sciortino G. 2002, *Assimilati ed esclusi*, Bologna, il Mulino
- Crouch C., 2001, *Sociologia dell'Europa occidentale*, il Mulino, Bologna
- Dal Lago A., 2004, *Non-persone*, Feltrinelli, Milano
- Donati P., (a cura di), 1987, *Manuale di sociologia sanitaria*, La Nuova Italia Scientifica, Roma
- Fiorucci M., 2000, *La mediazione culturale. Strategie per l'incontro*, Armando, Roma
- S. Gallizzoli, 2003, *Integrazione donne immigrate: migrazioni femminili e reti di servizio*, atti del convegno "Donna si parla di te", organizzato dal Soroptimist International d'Italia a Desenzano del Garda l'8 marzo 2003
- Geraci S. (a cura di), 2000, *Approcci transculturali per la promozione alla salute. Argomenti di medicina delle migrazioni*, Anterem, Roma
- Gruppo Abele (a cura del), 2001, *Annuario sociale 2001*, Milano, Feltrinelli
- M. Hardt/A. Negri, 2001, *Impero/Il nuovo ordine della globalizzazione*, Milano, Rizzoli
- King R. e Zontini E., 2000, *The role of the gender in the South European immigration model*, "Papers" n° 60
- La Rosa M. Zanfrini L. (a cura di) 2003, *Percorsi migratori tra reti etniche, istituzioni e mercato del lavoro*, Franco Angeli, Milano
- Macioti M.I. Pugliese E., 2003, *L'esperienza migratoria*, Laterza, Bari
- Malandra R., 2003, *Multiculturalismo e diritto alla salute*, tesi di laurea in Sociologia, Università di Chieti
- Melchionda U., (a cura di) 2003, *Gli albanesi in Italia*, Franco Angeli, Milano
- Ministero della Salute, 2001, *Il ricovero ospedaliero degli stranieri in Italia nell'anno 2000 Rapporto statistico*
- Ministero della Salute, 2003, *Piano Sanitario Nazionale 2003 - 2005*
- Pearce B.W., 1989, *Communication and the human condition*, trad. It. Comunicazione e condizione umana, Milano, Franco Angeli, 1993
- Perls F., 1973, *The Gestalt approach & eye witness to therapy*, trad. It., L'approccio della Gestalt e testimone oculare della terapia, Roma, Astrolabio, 1977
- Pizzocolo C., 2003, *Patologie delle donne immigrate*, atti del convegno "Donna si parla di te", organizzato dal Soroptimist International d'Italia a Desenzano del Garda l'8 marzo 2003
- Reyneri E., 1979, *La catena migratoria*, il Mulino, Bologna
- Reyneri E., 2002, *Sociologia del mercato del lavoro*, il Mulino, Bologna
- Ruggiero V. 2000, *Movimenti nella città*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Sassen S. 1996, *Losing control*, trad. It., Fuori controllo, Milano il Saggiatore 1998.
- Sorensen N.N. Van Hear N., 2003, *Migrazioni internazionali e sviluppo: trend e nuove prospettive*, Inchiesta Ottobre-Dicembre 2003

Tognetti Bordogna M., 2003, *Le donne e i volti della migrazione*, su www.immigra.net
Tognetti Bordogna M., (a cura di), 2004, *I colori del welfare*, Franco Angeli, Milano
Touraine A. 1997, *Pourrons-nous vivre ensemble?*, trad. It. Libertà, uguaglianza, diversità, Milano, il Saggiatore, 1998
Zanfrini L., 2004, *Sociologia delle migrazioni*, Laterza, Bari
Zincone G., 2001, *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, il Mulino, Bologna