

UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE

Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli"

Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

Presidio Sanitario Ospedale Cottolengo di Torino

TESI DI LAUREA

**IL DIRITTO ALLA TUTELA DELLA SALUTE
DELLA POPOLAZIONE MIGRANTE:
STUDIO QUALITATIVO**

Relatore:

Chiar.mo Prof. Roberto Santoro

Correlatore:

Chiar.ma Prof.ssa Anna Maria Derossi

Studente:

Elga Ghironi

ANNO ACCADEMICO 2012/2013

Sommario

INTRODUZIONE

CAPITOLO 1

IMMIGRAZIONE E SALUTE	1
1.1. Torino, città accogliente.....	2
1.2. La salute è un diritto.....	4

CAPITOLO 2

MIGRANTI E SALUTE: DALLA TEORIA ALLA PRATICA	8
2.1. Un ponte tra due mondi: il mediatore culturale.....	12
2.2. Il ruolo dell'informazione.....	13
2.3. Il pregiudizio.....	14

CAPITOLO 3

IL PERIMETRO E GLI STRUMENTI DELLA RICERCA	17
3.1. Domande, ambito, metodo.....	17
3.2. Il campo di ricerca – Cenni storici.....	18
3.3. Il contesto.....	20
3.4. Protocollo di ricerca.....	21
Quesito di ricerca	
Obiettivo dello studio	
Disegno dello studio	
Campione	
Criteri di inclusione	
Criteri di esclusione	
3.5. Materiali e metodi.....	23
3.6. L'intervista come strumento di raccolta dati.....	24
3.7. Lo studio sul campo.....	25
3.8. Il diario di lavoro.....	27
3.9. Una ricerca 'corretta': autorizzazioni formali e informali.....	28
3.10. Elaborazione.....	28

CAPITOLO 4

LA RICERCA SUL CAMPO	30
4.1. Lingua e mediazione culturale.....	30
4.2. La cura inizia dalla cultura.....	35
4.3. Vecchio, giovane: la percezione del personale sanitario.....	39
4.4. Bene e male: le caratteristiche del buon servizio.....	41
4.5. I pilastri del diritto alla salute: imparzialità ed equità.....	42
4.6. Disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità.....	44

CAPITOLO 5

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE	47
5.1. Risultati.....	47
5.2. Discussione.....	50
5.3. Conclusione - Una Sanità migliore, una società più giusta.....	57
BIBLIOGRAFIA	71

ALLEGATI

Allegato 1 Dati utenza e prestazione	72
Allegato 2 Traccia di intervista agli osservatori privilegiati/operatori.....	77
Allegato 3 Traccia di intervista agli utenti afferenti al Poliambulatorio "Camminare Insieme".....	77
Allegato 4 INTERVISTA 12-02-14	81
Allegato 5 INTERVISTA 12-02-14.....	82
Allegato 6 Scheda per l'osservatore	83
Allegato 7 Tabella: Interviste	84

INTRODUZIONE

Aiutare gli altri, fare qualcosa di buono: se c'è una cosa che ho imparato negli ultimi ventidue anni, calcando i reparti degli ospedali, è che chi sceglie di lavorare in ambito assistenziale lo fa perché vuole essere utile a chi soffre. Dopo aver passato otto anni in reparto come infermiera prima e come strumentista nelle sale operatorie poi, nel 2000 mi fu offerta la possibilità di fare il coordinatore, lavoro manageriale che richiede responsabilità e doti organizzative. Da questo incarico ho ricevuto tante soddisfazioni, ma ho perso, in parte, una delle esperienze più profonde: il contatto con le persone assistite, cioè il rapporto con quella che Guido Ceronetti chiama la "vita nuda". Così quando mi chiesero se mi avrebbe fatto piacere collaborare alla stesura della Carta dei Servizi del poliambulatorio gestito dall'Associazione "Camminare Insieme", intravidi l'opportunità di ristabilire, anche solo per breve tempo, il contatto con i pazienti, e fu molto facile accettare la proposta. Di lì a pensare di dedicare la mia tesi di laurea a un'analisi delle modalità in cui in quel centro viene tutelato il diritto alla salute degli immigrati, il passo è stato breve.

Questa breve ricostruzione del mio percorso professionale non ha certo lo scopo di cedere al compiacimento autobiografico, ma piuttosto mira a tratteggiare lo sfondo morale ed emotivo su cui si innesta il presente studio, che mira a identificare le caratteristiche, i bisogni e le aspettative dell'utenza afferente al poliambulatorio "Camminare Insieme" di Torino. L'obiettivo della ricerca è quello di fare emergere gli elementi di un fenomeno complesso, che merita di essere studiato per realizzare un servizio di assistenza sanitaria commisurato alla reale domanda di salute della popolazione immigrata.

Lo studio dell'utenza e dell'attività svolta dall'associazione Camminare Insieme è integrato, in questo mio lavoro, da sintesi, comparazioni, riflessioni e deduzioni derivanti dallo studio dei testi riportati nella bibliografia in calce. L'analisi è stata condotta con il metodo dell'osservazione partecipante, tecnica di rilevazione che ha permesso di indagare la soddisfazione dei bisogni dell'utenza e l'efficacia

dell'assistenza erogata. Attraverso l'osservazione partecipante il ricercatore si inserisce in maniera diretta e per un tempo relativamente lungo all'interno di un gruppo sociale, che nel caso specifico è stato di circa un anno. Lo strumento principale di annotazione delle informazioni, nell'osservazione partecipante, è rappresentato dal taccuino, su cui vengono riportate le note etnografiche, ma ha rivestito un ruolo importante anche il giornale di campo, che rappresenta una sorta di registro su cui vengono appuntate le attività svolte. Il giornale ha una doppia funzione: storicizza l'attività etnografica e la rende, in linea teorica, replicabile. Un altro strumento di ricerca dell'osservazione partecipante è il diario, su cui vengono riportati gli stati d'animo e gli aspetti personali dell'esperienza di ricerca.

Utilizzare in modo sistematico questi "ferri del mestiere" con il personale sanitario e l'utenza dell'associazione Camminare Insieme mi ha consentito di raccogliere una messe di informazioni, indicazioni e suggerimenti che ho organizzato in un lavoro composto da cinque capitoli.

Il primo (Immigrazione e salute) disegna il contesto di riferimento, dapprima presentando e dimensionando il fenomeno dell'immigrazione a livello italiano e più in particolare torinese - città su cui insiste la ricerca - quindi tracciando il quadro normativo sulla materia, approfondimento che serve a tener presenti gli obiettivi che si sono posti i legislatori internazionali e nazionali in tema di immigrazione.

Il secondo capitolo (Migranti e salute: dalla teoria alla pratica) illustra gli ambiti del fenomeno, gli strumenti a disposizione e le criticità: mediazione culturale, informazione e pregiudizio, che costituiscono gli elementi di base da cui partire per capire come viene rispettato il diritto alla salute degli immigrati.

Il terzo capitolo (Il perimetro e gli strumenti della ricerca) riassume in dettaglio la metodologia e i sistemi di indagine utilizzati per raccogliere i dati che hanno dato corpo alla ricerca, mentre il quarto capitolo (La ricerca sul campo) focalizza l'attenzione sui fattori chiave. Il primo è quello linguistico: non può esserci la possibilità di difendere il diritto alla salute se

tra sanitario e paziente mancano dialogo e comprensione reciproca. Il diritto alla salute può essere negato per problemi di carattere culturale, altro elemento decisivo per la qualità dell'assistenza sanitaria. Uno degli scogli più alti, infatti, è rappresentato dall'eccessiva distanza culturale tra operatori e pazienti, rappresentanti di mondi diversi che devono incontrarsi sul terreno comune della medicina. In questa parte della ricerca i pazienti raccontano anche come percepiscono il personale della struttura e quale idea hanno di "buona cura" attraverso le dicotomie vecchio-giovane e bene-male, analisi che fa luce sulle reali aspettative dei migranti nei confronti del servizio sanitario italiano. Attraverso le interviste si è scoperto che, in molti casi, per gli immigrati la qualità del servizio è fatta di disponibilità e capacità di ascolto, elementi che là dove sono carenti compromettono il diritto alla salute.

Il quinto capitolo (Discussione e conclusione), infine, presenta rispettivamente il bilancio scientifico e quello culturale di un'esperienza che offre interessanti spunti di riflessione.

Tutelare il diritto alla salute è fondamentale per realizzare una buona integrazione degli immigrati nella nostra società. Durante la ricerca, dialogare con le centinaia di persone incontrate al poliambulatorio mi ha permesso di comprendere alcune considerazioni che rappresentano una lezione per il futuro. La prima è che la numerosa e poliedrica comunità di immigrati è parte integrante della città. Gli immigrati non sono turisti di passaggio, ma rappresentano uno dei tanti volti della Torino contemporanea.

Queste persone, arrivate da terre lontane in cerca di una vita migliore, nella maggior parte dei casi si stabiliscono nella nostra città, formano una famiglia e hanno figli. Questi ultimi, nati e cresciuti nelle nostre città, formati ed educati nelle nostre scuole, sono già oggi gli italiani di domani, per i quali non sarà necessario parlare di integrazione. È soprattutto pensando a questi nuovi italiani che lo Stato deve riformulare l'offerta di salute ai popoli immigrati. Permettere ai figli dei migranti una crescita e

un'istruzione in salute e in serenità contribuirà a formare dei cittadini operosi e collaboranti con le istituzioni.

In sintesi, se può essere più difficile integrare completamente la prima generazione di immigrati, è importante non perdere la sfida con i loro figli. Secondo le proiezioni dell'Istat¹, nel 2050 circa un terzo della popolazione con meno di 24 anni avrà un genitore straniero. I figli dell'immigrazione sono importanti, non solo sotto il profilo quantitativo, ma anche perché contribuiranno a determinare il livello e la qualità del capitale umano di cui l'economia italiana avrà bisogno per competere con gli altri paesi. Necessità demografiche e del mercato del lavoro rendono dunque la presenza dei figli dell'immigrazione "un bene necessario" in Italia, al pari di altri paesi europei. Imparare a conoscerli, a riconoscerne i bisogni è perciò una grande opportunità per la nostra società. In questa prospettiva, Roberta Ricucci presenta un percorso di conoscenza dei figli dell'immigrazione². Un viaggio che parte dalla ricostruzione del dibattito su giovani e stranieri, a livello sia internazionale sia nazionale, e prosegue attraverso la rassegna delle principali ricerche realizzate nel corso degli ultimi anni in Italia, che termina con il problema della cittadinanza, tassello mancante nella realizzazione di percorsi di completo inserimento, per cui molti adolescenti e giovani figli di padri e madri arrivati da lontano continuano a essere stranieri pur sentendosi spesso italiani.

Il dossier sul rapporto immigrazione Caritas-Migrantes 2013 dal titolo "Tra crisi e diritti umani" narra come Caritas e fondazione Migrantes intraprendono un percorso di osservazione del fenomeno migratorio non solo da un punto di vista quantitativo, ma anche qualitativo. Il testo, infatti, vuole far emergere le specificità del fenomeno migratorio nelle diverse realtà territoriali. Al di là delle ragioni morali, quindi, tutelare il diritto alla salute degli immigrati è anche un modo di costruire su buone basi la società di domani, che in ogni caso sarà più aperta e multirazziale. E' ipotizzabile che una persona che si sente ascoltata non sarà soltanto una

¹ [http://immigrati e nuovi cittadini](http://immigrati.e.nuovi.cittadini.it); <http://demo.istat.it/altridati/permessi/index.html> (ultimo accesso 12 novembre 2013).

² Ricucci R. Italiani a metà. Giovani stranieri crescono. Bologna: Il Mulino; 2010.

persona più disposta ad accettare le regole del luogo in cui vive, ma sarà anche una persona che vuole contribuire a migliorare quel posto. Non a caso, la maggior parte degli immigrati intervistati si sono dimostrati disponibili a collaborare, affermando essi stessi che condividere la loro esperienza era una strada obbligata per migliorare il servizio di assistenza sanitaria. Fermo restando che molte volte queste persone decidono di raccontarsi per condividere le paure e la condizione di precarietà che vivono, non c'è alcun dubbio che chi si presenta al poliambulatorio dell'Associazione "Camminare Insieme" ha fiducia nella nazione italiana. Troppe volte, tuttavia, questo sentimento è compromesso da problemi contingenti: incomprensione, incompetenza, pregiudizio. Durante le interviste - uno degli strumenti utilizzati nella ricerca con metodo qualitativo - è emerso con forza che i principali ostacoli all'accesso e alla fruizione dei servizi sanitari da parte della popolazione migrante sono le differenti concezioni e significati che, nelle diverse culture, hanno termini come malattia, salute, cura, assistenza. Il sistema sanitario tiene conto solo in parte della pluralità di culture presenti nella società in cui viviamo e dei migranti in particolare. Questo mi ha portato a scoprire la centralità della mediazione culturale, funzione che migliora l'accessibilità ai servizi sanitari, ma che presenta alcuni punti critici da migliorare, per renderla più efficace e incisiva.

Per quanto parziale e circoscritta, quindi, la ricerca ha fatto emergere una serie di bisogni a cui i legislatori e gli amministratori dovrebbero fornire risposte, per arrivare a una sanità pubblica davvero inclusiva di tutte le componenti della società. Il primo è quello di diffondere, nel modo più capillare possibile, la conoscenza della lingua italiana tra gli immigrati: se l'integrazione parte dalla comprensione, il rovescio della medaglia è che dall'incomprensione nasce l'emarginazione. In secondo luogo, è necessario che gli operatori sanitari, dal *front office* ai medici, passando attraverso gli infermieri e i mediatori culturali, ricevano una formazione adeguata ad affrontare con competenza e consapevolezza una situazione di criticità come il momento in cui una persona straniera si sente debole e

fragile a causa della sua condizione di malato. Sul fronte progettuale, avere a cuore la salute della popolazione migrante significa anche tenere conto della cultura di provenienza degli immigrati, studiando percorsi e metodologie di cura capaci di assorbire l'impatto di queste persone con il nostro approccio sanitario.

Costruire una sanità più aperta e moderna richiede investimenti dedicati, strada irta di ostacoli in un momento storico difficile come quello che stiamo vivendo. L'esperienza vissuta con l'associazione Camminare Insieme mi ha convinto che non è impossibile: per riuscirci, è necessario avere lo stesso coraggio e la stessa speranza nel futuro che ho respirato nel poliambulatorio.

CAPITOLO 1

IMMIGRAZIONE E SALUTE

Negli ultimi decenni, da Paese di emigrazione l'Italia è diventata un Paese di immigrazione. Come nel resto d'Europa, la presenza di immigrati è ormai un dato strutturale, non a caso l'unico fattore che negli ultimi dieci anni ha determinato il mantenimento della popolazione italiana intorno ai 60 milioni di abitanti è proprio l'immigrazione.

Dai dati ISTAT 2013¹ forniti dal Ministero dell'Interno emerge come siano regolarmente presenti in Italia 3.764.236 cittadini non comunitari, con un aumento di cittadini soggiornanti di circa 127mila unità tra il 2012 e il 2013.

La letteratura sul tema²evidenzia come il processo di emigrazione rappresenti un importante fattore destabilizzante e di “fragilizzazione” dell'individuo emigrato. L'allontanamento dal sistema culturale originario determina una maggiore vulnerabilità e inadeguatezza nell'affrontare problemi quotidiani. Quando a questo “sradicamento” si associano, nel Paese ospite, una serie di determinanti sociali sfavorevoli, *in primis* le difficoltà linguistiche, l'esclusione sociale, l'assenza di lavoro e abitazione, povertà, discriminazione, razzismo, ecc., il rischio di una mancata integrazione e di un depauperamento della salute è elevato.

L'antropologa Amalia Signorelli e la ricercatrice sociologa Adelina Miranda hanno pubblicato il libro “Pensare e ripensare le migrazioni”³che raccoglie gli Atti di un convegno internazionale sui diversi approcci teorici e metodologici allo studio delle migrazioni. I testi raccolti dal volume discutono temi diversi come le nuove configurazioni delle migrazioni, le migrazioni femminili e le metodologie di analisi più all'avanguardia. L'autorevolezza degli autori e la

¹<http://demo.istat.it/altridati/permessi/index.html> (ultimo accesso 12 novembre 2013).

²Mazzetti M. Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto Ed: Carocci, Collana Le professioni sanitarie: 2003; Mazzetti M. Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini. L'Harmattan Italia:1996; Cardamone G., Zorzetto S. Salute mentale di comunità e fenomeni migratori, Collana Scienze e salute, Roma: Ed. Franco Angeli; 2000.

³Miranda A., Signorelli A. Pensare e ripensare le migrazioni, Palermo: Sellerio; 2011.

consistenza delle proposte avanzate fanno del volume una base indispensabile per ulteriori approfondimenti, che offre un quadro teorico per interpretare i processi che portarono e portano ancora oggi milioni di persone a lasciare il proprio paese per un futuro incerto all'estero. Inoltre vengono messe a confronto le ultime ricerche condotte nelle varie discipline direttamente interessate allo studio delle migrazioni, al fine di cogliere la complessità di questo fenomeno.

Nessuna politica di integrazione, tuttavia, può essere davvero efficace senza un sistema sanitario a servizio che abbia accessi e percorsi pensati per gli immigrati.

1.1 Torino, città accogliente

La ricerca riguarda la popolazione immigrata di Torino, area geografica che ha una lunga e significativa tradizione nel settore del privato sociale, a partire da quella realizzazione di "opere di carattere sociale e umanitario" che rappresenta la missione statutaria della Confraternita della Compagnia di San Paolo, fondata a Torino nel lontano 1563, impegno oggi proseguito dalla Fondazione Compagnia di San Paolo. Una tradizione che nei secoli si è consolidata con la nascita di numerose altre istituzioni, tra le quali: l'opera del Cottolengo per l'assistenza ai malati (1828), il "Deposito de' poveri infermi del Corpus Domini", la "Piccola casa della Divina Provvidenza" (1832), fino a realtà come il SER.MI.G (1964) e il Gruppo Abele (1968). Il numero di associazioni di diversa natura impegnate specificamente nel campo della salute e della migrazione è elevato, e sovente questi soggetti collaborano proficuamente secondo modalità più o meno formalizzate. Come la Fondazione Compagnia di San Paolo, anche le altre fondazioni bancarie torinesi svolgono un ruolo determinante nel supportare il lavoro di molte realtà del terzo settore e nel contribuire a mantenere la rete viva e funzionante.

Su questa cultura della solidarietà e dell'integrazione, al fine di migliorare l'accoglienza e l'accesso ai servizi sanitari, sono nati a Torino, sul tema specifico della solidarietà verso i più poveri ed emarginati, gli ambulatori di volontariato convenzionati con le Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale (SSR), strutture sanitarie che forniscono assistenza medica di base gratuita e sono gestite da associazioni senza scopo di lucro che stipulano con la struttura pubblica una convenzione o un protocollo d'intesa in cui vengono definiti i tempi e le modalità di erogazione del servizio.

Le principali associazioni di volontariato attualmente presenti nella città di Torino, che si avvalgono del supporto economico di Enti privati, sono lo Sportello I.S.I (Informazione Salute Immigrati), gestito dalla Cooperativa "Senza Frontiere", che offre visite e prestazioni mediche con la presenza di mediatori culturali stranieri; l'Ambulatorio medico infermieristico Croce Rossa; l'Ambulatorio medico infermieristico SER.MI.G, che comprende ambulatori specialistici, studi dentistici e un piccolo laboratorio di analisi; l'Ambulatorio Camminare Insieme, che offre svariate prestazioni specialistiche con la presenza di medici, infermieri e mediatori culturali.

Altri Servizi garantiscono cure e prestazioni sanitarie attraverso consultori rivolti alla tutela materno-infantile, servizi di supporto psicologico (Centro Frantz Fanon, Centro Mamre), ambulatori per le malattie infettive.

1.2. La salute è un diritto

Nel corso dello studio l'espressione "diritto alla salute" è stata utilizzata sovente, in modi diversi e in contesti differenti. Raramente, tuttavia, il suo impiego riflette da vicino il significato e il contenuto a essa attribuito dal diritto⁴. A livello internazionale, il diritto alla salute è stato espresso per la prima volta nel 1946, all'interno della Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). La salute viene definita come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale" e non quale semplice assenza di malattia o infermità" mentre si afferma che "il godimento delle migliori condizioni di salute raggiungibili costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale". Sebbene negli ultimi settant'anni si sia spesso tentato di trovare una definizione di salute alternativa e più ristretta, quella contenuta nella Costituzione dell'OMS è rimasta finora un punto di partenza universalmente accettato. Questa definizione è incentrata sull'integrazione, piuttosto che sulla contrapposizione tra due concetti: uno negativo (assenza di malattia o infermità) e uno positivo (promozione del benessere umano). Si nota quindi che fin dalla sua prima articolazione il diritto alla salute è stato concepito in termini ampi, che includono il diritto a un adeguato standard di vita, e in questo senso esso riflette e rafforza il principio di sanità pubblica per il quale lo stato di salute di una persona è influenzato anche da alcuni fattori socio-economici che, in generale, si ritiene non appartengano all'ambito strettamente medico.

Da allora, tale concetto è stato ribadito in numerose Dichiarazioni dell'OMS, tra le quali ricordiamo, in particolare, la Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria del 1978, che ribadisce che "la salute, in quanto stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non solo

⁴ Biglino I., Olmo A. La Salute come Diritto Fondamentale: una ricerca sui migranti a torino. Cap.2 "Il diritto alla salute" Torino; 2012.

assenza di malattia o infermità, è un diritto umano fondamentale, e che il raggiungimento delle migliori condizioni raggiungibili di salute è uno dei più importanti obiettivi sociali a livello mondiale, la cui realizzazione richiede, oltre all'azione del settore sanitario, l'azione di molti altri settori sociali ed economici”.

La Dichiarazione invita gli Stati ad assicurare la disponibilità degli elementi essenziali dell'assistenza sanitaria di base, che comprendono l'educazione sanitaria sulle problematiche di salute e i metodi per prevenirle e controllarle, la fornitura di cibo, la promozione di una corretta alimentazione, la fornitura adeguata di acqua potabile e servizi igienici di base, l'assistenza sanitaria ai bambini e alle loro madri, la pianificazione familiare, le vaccinazioni contro le principali malattie infettive, la prevenzione e il controllo delle malattie endemiche locali, il trattamento adeguato delle malattie più comuni, la fornitura di farmaci essenziali. La Costituzione italiana riconosce come fondamentale il diritto e la tutela della salute, affermando all'articolo 32 che “la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”...“i cittadini devono collaborare al mantenimento della salute, sia osservando i comportamenti richiesti nell'interesse collettivo, sia partecipando alle spese necessarie, in rapporto alle loro diverse capacità contributive”.

Le politiche sanitarie per la tutela della salute degli immigrati e dei rifugiati in Italia sono abbastanza recenti: il tema, infatti, è stato affrontato soltanto nel 1998 con la legge 40, la cosiddetta “Turco-Napolitano”, successivamente confluita nel Testo Unico sull'Immigrazione. L'art. 34 comma 1 di quest'ultimo prevede l'assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale e contiene le norme che riguardano gli immigrati “regolarmente soggiornanti sul territorio nazionale, cioè con una titolarità giuridica di presenza testimoniata da un regolare permesso o carta di soggiorno”. L'art. 35 riguarda l'assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al SSN e affronta il tema della tutela sanitaria a salvaguardia della salute individuale e collettiva anche nei

confronti di coloro non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno.

L'articolo di legge estende il diritto alla salute ai rifugiati e agli immigrati in condizione di irregolarità giuridica, garantendo loro oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali, continuative e i programmi di medicina preventiva. Per cure urgenti si intendono "le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona", mentre per cure essenziali si intendono "le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti).

Per non ostacolare l'accesso alle cure, è stata vietata la segnalazione all'autorità di polizia da parte delle strutture sanitarie riguardo la presenza di immigrati clandestini, segno della volontà del legislatore di fare in modo che in Italia il diritto alla salute sia davvero un diritto di tutti, cittadini e migranti, regolari o irregolari che siano. Cambia nel tempo la nozione di immigrato regolare e irregolare⁵.

Sono considerati immigrati regolari tutti i cittadini stranieri il cui ingresso e la cui permanenza nel territorio dello Stato avvengono nel rispetto delle condizioni di legge (in possesso di passaporto valido e muniti, dopo essere entrati regolarmente nel territorio, di permesso di soggiorno o di carta di soggiorno). Lo straniero regolarmente soggiornante nel territorio dello Stato gode dei diritti in materia civile attribuiti al cittadino italiano. Può, inoltre, partecipare alla vita pubblica locale e gli è riconosciuta parità di trattamento con il cittadino italiano relativamente alla tutela giurisdizionale dei diritti e degli interessi legittimi.

Possono considerarsi immigrati irregolari coloro che, entrati con un regolare visto d'ingresso, non hanno chiesto entro il termine previsto dalla legge (otto giorni lavorativi) il permesso di soggiorno al Questore della provincia in cui lo

⁵ Amato F. Atlante dell'immigrazione in Italia, Roma: Ed. Carocci; 2008.

straniero si trova; coloro che, entrati regolarmente e muniti di regolare permesso di soggiorno alla scadenza dello stesso non ne hanno richiesto il rinnovo; coloro che, pur avendo chiesto il rinnovo del permesso di soggiorno, per assenza dei requisiti prescritti, non l'hanno ottenuto.

Un'ultima definizione riguarda il concetto di migrante, nozione che secondo le Nazioni Unite designa chi risiede al di fuori del proprio Paese per almeno un anno. Il termine "migrante" include però un eterogeneo insieme di persone che si trova in una varietà di situazioni diverse. Con il termine immigrazione, in generale, si definisce ogni movimento migratorio individuale o di massa originato da motivi economici, di studio, di lavoro o dall'intento di fuggire da situazioni conflittuali del proprio Paese che porta a stabilirsi, in via temporanea o definitiva, in un luogo diverso da quello di origine.

La popolazione immigrata incontrata durante il lavoro di ricerca è estremamente eterogenea, non solo per gli aspetti socio-demografici, ma soprattutto per lo status giuridico, che si riflette sulla fruibilità dei diritti civili, politici e di cittadinanza. Si possono incontrare immigrati in possesso di un regolare permesso di soggiorno, cittadini comunitari regolarmente occupati a Torino ma non ancora iscritti nelle anagrafi comunali e sanitarie, immigrati in condizione di irregolarità giuridica o perché persa nel tempo (impossibilità del rinnovo del permesso di soggiorno) o perché mai avuta.

Se da una parte la legislazione italiana tiene in alta considerazione il problema della popolazione immigrata dal punto di vista normativo e giuridico, sembra di intravedere alcune lacune nell'implementazione delle norme, in particolare sul versante della formazione degli operatori sanitari e sui modi e tempi di interazione con la popolazione immigrata.

CAPITOLO 2

MIGRANTI E SALUTE: DALLA TEORIA ALLA PRATICA

A dispetto di tutte le dichiarazioni formali e delle leggi che gli Stati - incluso il nostro - hanno emanato per difendere il diritto alla salute, per molti gruppi o individui il raggiungimento di un adeguato livello di benessere psicofisico è ostacolato da diverse cause, che possono essere di tipo biologico o socio-economico, dovute a discriminazioni o, come più spesso accade, da un insieme di questi fattori. Considerare la salute come un diritto umano richiede che venga riservata un'attenzione specifica alle diverse persone e gruppi nella società, e in particolare a coloro i quali si trovano in condizioni di maggiore svantaggio. È quasi universalmente riconosciuto che i migranti rappresentano uno dei gruppi sociali più vulnerabili. Per "vulnerabilità" s'intende una condizione di fragilità, debolezza, tenuto conto che il termine "vulnerabile" (*vulnus*, in latino, significa «ferita») indica ciò che può essere ferito, facilmente attaccato e sopraffatto. Tutto ciò viene anche messo in luce dai dati della Caritas Diocesana riferiti al 2011, nel libro di Cardaci, Dosis e Griseri⁶ "Poveri nella città. Dove vivono e cosa chiedono a Torino", in cui si racconta che il fenomeno della povertà a Torino si avvicina al 10% della popolazione. Cardaci mette in risalto una "vulnerabilità sociale"⁷, una sofferenza occupazionale, una mancanza di opportunità e un disagio sociale sempre più gravi, che limita le persone nella loro capacità di prendere decisioni libere e informate⁸. Inoltre, considerando la correlazione tra basso livello socio-economico e cattiva salute si nota che i migranti sono ulteriormente svantaggiati e discriminati in relazione ai determinanti sociali

⁶ Cardaci R., Dosis P., Griseri P. *Poveri nella città. Dove vivono e che cosa chiedono a Torino*: CELID; 2013.

⁷ PSSR anno 2012-2015 CAP. 2 Scelte Prioritarie, 2.1.1 "Vulnerabilità sociale e salute".

⁸ Brummer D. *Labour Migration and HIV/AIDS in Southern Africa*, IOM Regional Office for Southern Africa, International Organization for Migration, 2002.

della salute⁹. Una serie di studi a livello internazionale, europeo e nazionale mostrano come le condizioni socio-economiche influenzino la situazione fisica, mentale e sociale dei migranti e come essi possano manifestare problematiche più articolate¹⁰.

La necessità di erogare servizi sanitari adeguati a garantire il diritto alla salute è affermato anche da numerosi esperti internazionali, tra i quali Paul Hunt e Gunilla Backman, che hanno riconosciuto l'importanza di prendere in considerazione le diverse concezioni di salute e malattia esistenti a livello locale, al fine di facilitare l'accesso ai servizi sanitari da parte di tutti i gruppi della popolazione¹¹.

Tale affermazione non può certamente essere interpretata come un'imposizione per gli Stati di modellare il sistema sanitario secondo le esigenze delle culture presenti sul proprio territorio, ma è certamente un richiamo a prendere coscienza della composizione multiculturale della società in cui viviamo. Nell'obbligo in capo agli Stati di fornire agli operatori del settore sanitario una formazione e un'informazione corrette, è certamente compreso il dovere di sviluppare un'adeguata sensibilità nei professionisti sul fatto che l'utenza dei centri sanitari non è più quella di cinquant'anni fa e che la capacità di tenere conto dell'elemento etnico gioca un ruolo fondamentale nella qualità del servizio¹². I servizi offerti devono infatti essere rispettosi dell'etica medica e appropriati dal punto di vista culturale. In termini pratici, ciò significa anzitutto adottare, da parte di tutti gli operatori, un approccio di maggiore apertura e di rispetto verso le culture diverse.

Offrire servizi sanitari in una società multiculturale richiede formazione

⁹ Consultazione sui determinanti sociali della salute e sulle disuguaglianze sanitarie nella Regione Europea dell'OMS, 2011; <https://www.instituteofhealthequity.org/built-environment-task-group>. (ultimo accesso novembre 2013)

¹⁰ Chetail V. e Giacca G. "Who Cares The Right to Health of Migrants" in: Clapham A. e Robinson M.; 2009.

¹¹ Hunt P., Backman G. et. al. "Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries", *The Lancet* 372 (9655), p. 2047 e ss.; 2008.

¹² Hunt P. *United Nations. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, par. 44; 2008.

specifica, capacità di relazione e disponibilità all'ascolto, dedicando, se necessario, più tempo del solito. Un dato ricorrente nella ricerca – che qui anticipiamo – è che molti degli intervistati lamentano scarsa pazienza e un atteggiamento sbrigativo degli operatori. Questo approccio è estremamente dannoso, perché ostacola e scoraggia l'accesso della popolazione migrante ai servizi sanitari e compromette un requisito essenziale per una sana relazione tra il settore sanitario e l'utenza straniera, vale a dire la fiducia. Il paziente migrante deve sapere che riceverà i trattamenti sanitari di cui ha bisogno e che sarà trattato con rispetto. Senza giungere a casi di vera e propria discriminazione, anche una generalizzata insensibilità verso la particolare condizione dei migranti può alienare i migranti dal servizio sanitario, facendo venir meno il senso di appartenenza alla comunità in cui vivono e impedendo una completa integrazione. La scarsa attenzione nei confronti della popolazione migrante può avere seri effetti sul rapporto di fiducia tra questo tipo di utenza e i servizi sanitari: il racconto di episodi negativi si diffonde rapidamente e con facilità all'interno della comunità straniera, influenzando negativamente altre persone.

È perciò necessario sottolineare, ancora una volta, che il rispetto per la diversità, l'apertura alla multiculturalità, l'attenzione verso i bisogni specifici di salute e ai determinanti sociali che influiscono sulla condizione di salute dei migranti devono essere elementi alla base delle politiche sanitarie.

Tra i diritti, umani prima ancora che sociali, il diritto alla salute riveste un ruolo centrale nella programmazione delle politiche di welfare di uno stato sociale. In Italia, in controtendenza alle politiche di accoglienza spesso deboli e frammentarie, le norme e le politiche sanitarie sono state costruite con attenzione e con coerenza in una logica di tutela di tutti gli individui presenti. È stata prevista l'inclusione nel sistema sanitario di quanti siano regolarmente presenti e la garanzia di assistenza anche per coloro temporaneamente non in regola con il permesso di soggiorno. Allo stesso tempo, però, non mancano le criticità che ostacolano l'accesso alle cure dell'immigrato regolare

o irregolare, ostacoli di tipo culturale o linguistico nonché il timore - sempre diffuso - che recarsi presso strutture sanitarie pubbliche possa in qualche modo comportare il rischio di segnalazioni all'autorità pubblica. Inoltre sarebbe corretto ridimensionare il luogo comune sugli immigrati che pesano sulla società e sulla sanità senza concorrere al suo sostegno finanziario.

Il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2015, nell'allegato "I progetti speciali di salute" al punto 1.3.14, "La salute degli immigrati e delle immigrate", mette in risalto le principali criticità nonché il problema del termine della validità dell'iscrizione al SSN legata alla scadenza del permesso di soggiorno, che esita con la cancellazione, in molte ASL, dell'iscrizione al SSN dell'assistito.

Accade spesso che stranieri regolarmente presenti e quindi cittadini non si iscrivano al SSN, pur avendone pieno diritto: esiste quindi un problema di informazione e consapevolezza dei propri diritti presso le comunità degli immigrati, esistono frequenti situazioni di difficoltà nell'affrontare la maternità, persiste la necessità di specializzare il percorso formativo, la qualifica e le mansioni del mediatore interculturale che opera nei Centri ISI (Informazione Salute Immigrati).

Il Piano propone alcune strategie generali di sviluppo come quella di facilitare le modalità di programmazione integrata tra assessorati e direzioni regionali che a diverso titolo si fanno carico di problematiche di cittadini stranieri; prevedere un livello uniforme e qualitativamente soddisfacente delle prestazioni erogabili agli stranieri STP, presso i Centri ISI e, più in generale, presso tutti i presidi sanitari; rendere stabile la presenza di mediatrici interculturali specificamente preparate a farsi carico delle problematiche emergenti nei servizi materno-infantili; sviluppare ulteriormente le capacità di presa in carico e di accoglimento presso i SERT degli stranieri STP con problemi di abuso di sostanze e messa a punto di protocolli condivisi per la presa in carico in particolare di questi pazienti; definire e promuovere l'adozione di modalità condivise di presa in carico di stranieri con problemi di

salute mentale; individuare modalità di coinvolgimento di mediatori interculturali e favorirne l'utilizzazione sia presso servizi ospedalieri e residenziali, sia presso servizi diurni.

2.1. Un ponte tra due mondi: il mediatore culturale

Il mediatore culturale è quella figura che riesce a svolgere una funzione di “ponte” tra il paziente migrante e l'operatore sanitario, che per ovvie ragioni hanno differenti culture di provenienza. La presenza di un mediatore culturale preparato è l'elemento essenziale di un sistema sanitario che si possa dire ‘culturalmente orientato’. Affinché il mediatore sia in grado di svolgere efficacemente questo ruolo centrale in una società multiculturale come la nostra, è necessario che la sua figura sia forte e qualificata, adeguatamente formata e professionalmente riconosciuta, obiettivo che in Italia non è ancora stato pienamente raggiunto.

È importante sottolineare come la competenza del mediatore culturale debba andare ben oltre la mera traduzione linguistica. Il supporto in termini di “abbattimento delle barriere culturali” è il vero fulcro della professione del mediatore e ne costituisce l'elemento qualificante. La mediazione culturale è un valore aggiunto perché permette all'utenza di sentirsi più sicura e trasmette fiducia ed equilibrio nel rapporto tra personale sanitario e paziente migrante.

Guardato con rispetto e ascoltato da tutti, il mediatore costituisce spesso un importante punto di riferimento all'interno delle comunità straniere. Questo fenomeno è di grande importanza considerato il contributo che egli può dare in termini di diffusione dell'informazione: il mediatore, infatti, può essere uno dei canali principali e affidabili, per ‘introdurre’ le informazioni all'interno delle comunità di migranti. Per questo è necessario che i mediatori abbiano una solida formazione e informazioni corrette, non solo in materia sanitaria ma anche su altri temi di interesse per i migranti, come i servizi sociali,

l'abitazione, la scuola, il lavoro, solo a titolo di esempio.

2.2. L'importanza dell'informazione

L'informazione permette alle persone di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni¹³ determinati anche dall'appartenenza storico-culturale e affrontare consapevolmente l'ambiente circostante¹⁴. L'informazione e l'educazione sanitaria sono il perno attorno al quale ruota la realizzazione del diritto alla salute. L'informazione è ciò che permette ai migranti di conoscere i propri diritti e di accedere ai servizi sanitari, di adottare le misure preventive più comuni così come di seguire una terapia nel modo corretto. L'accesso all'informazione può realmente segnare il discrimine tra la realizzazione e la non realizzazione del diritto alla salute. L'informazione è anche ciò che permette agli operatori del settore sanitario di fornire un servizio veramente adeguato ai pazienti migranti come evidenziano il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2011-2013 e il PSSR 2012-2015. Nella città di Torino, il livello di accesso e di diffusione dell'informazione è ancora carente: il deficit informativo colpisce indistintamente sia la popolazione migrante, sia gli operatori del settore sanitario, ponendo numerosi ostacoli sulla via della realizzazione del diritto alla salute.

Tale problematica mina uno dei requisiti essenziali affinché i migranti accedano ai servizi sanitari: la fiducia. Il migrante che si rende conto di non ricevere informazioni adeguate perderà la fiducia nel personale e nel servizio in generale.

¹³Manara D. F. Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica. Milano: Ed. Lauri srl.; 2000. p.126-128.

¹⁴Gruskin S. e Tarantola D. "Health and Human Rights" in Detels R., McEwan, J., Beaglehole, R., e Tanaka, H. (ed.) *The Oxford Textbook of Public Health*, 4th edition, Oxford University Press; 2002.

2.3 Il pregiudizio

L'incontro con persone di altre culture è una straordinaria occasione per dare forma o confermare pregiudizi¹⁵. Ogni volta che incontriamo persone che vengono da altri "mondi" siamo combattuti tra un sentimento di fascino e uno di timore: più in generale, la presenza dell'immigrato scatena una serie di idee, atteggiamenti e pregiudizi che possono interferire, e anzi generalmente interferiscono, nella nostra relazione con lui. Per citare alcuni dei luoghi comuni che sono stati raccolti in ricerche fatte negli ultimi anni in Italia¹⁶ l'immigrato è povero, incolto, estremamente bisognoso, depresso (o con qualche altro disturbo psichico), spinto dalla fame a cambiare paese, approfittatore, tendenzialmente criminale, incompatibile con la democrazia e/o terrorista (se musulmano) e portatore di malattie infettive e tropicali. Di fronte all'obiettivo di tutelare il diritto alla salute degli immigrati, quindi, bisogna tenere in debita considerazione come il pregiudizio può influenzare l'esperienza di cura¹⁷. Analizzando con una prospettiva antropologica tanto le aspettative degli utenti quanto quelle degli operatori sanitari, che nel privato sociale e nel settore pubblico entrano in relazione con l'immigrato, si è provato a individuare quegli orizzonti di significato che producono diverse immagini dell'altro. Partendo dall'analisi degli atteggiamenti e comportamenti che medici e altri operatori sanitari volontari mettevano in atto in uno dei primi ambulatori per immigrati sorti in Italia a metà degli anni '80 (quello della Caritas di Roma) è stata delineata una fenomenologia dei rapporti che può essere semplificata in tre grandi fasi, che formano una sorta di percorso evolutivo: l'esotismo, lo scetticismo e il criticismo¹⁸.

La fase dell'esotismo vede il più intenso e articolato processo di produzione di

¹⁵ Geraci S. La sindrome di Salgari 20 anni dopo. *Janus Medicina: cultura, culture*. Numero 21, primavera 2006. Sanità meticcica: Zadigroma Editore; 2006. pp. 21-29.

¹⁶ Zanfrini L., Maruja Asis M.B. *Orgoglio e pregiudizio. Una ricerca sulla transizione all'età attiva dei figli di emigrati e dei figli di immigrati*. Milano: ed. Angeli; 2006.

¹⁷ Affronti M., Castro Cedeno C., Lupo M., Carrillo D., Cassarà D. "Per una salute senza esclusioni" (a cura di), IX Consensus Conference sull'immigrazione VII Congresso Nazionale SIMM, atti del convegno (Palermo 27-29 aprile 2006).

¹⁸ Geraci S. La sindrome di Salgari 20 anni dopo, op.cit. p.23.

"immagini dell'altro". Lo straniero è in primo luogo un agente contaminante: il medico o l'infermiere si aspetta di trovare il paziente affetto da malattie sconosciute, lo inquadra come vettore di morbi esotici o malattie inconsuete. In questa fase, ogni sintomo si ammanta di una presunta "eccezionalità" rispetto alle patologie ordinarie, per questo si richiedono non solo più analisi, ma anche indagini più sofisticate alla ricerca di una malattia tropicale o comunque infettiva che è data per certa, benché occultata. La ricerca di un malato, che sia tale in virtù di un suo contatto con il pericolo esotico, implica anche una maggior protezione dal potenziale contagio: il medico si lava più spesso le mani, adotta maggiori precauzioni, come i guanti, nel contatto con il corpo del paziente. Nella fase dell'esotismo è da includere un'immagine speculare a quella del "corpo infetto" costruita dal romanticismo sanitario, in cui lo straniero è il messaggero di un'alterità salvifica e autentica, tale da configurarsi come una possibilità di riscatto dagli automatismi terapeutici indotti da un modello epistemologico centrato esclusivamente sul guardare anziché sull'ascoltare e sul dire, in una parola sul relazionarsi.

Anche l'operatore sanitario, tuttavia, è oggetto di specifiche attese culturali da parte del paziente immigrato, una sorta di "esotismo capovolto" che si concretizza nel mito dell'alta tecnologia e dell'efficienza sanitaria, con diagnosi e cure rapide ed efficaci, a partire dalla capacità occidentale di intervenire e risolvere i problemi.

Alla fase dell'esotismo segue il periodo dello scetticismo. Nella banalità della pratica quotidiana lo straniero perde sia la sua carica "contaminante" quanto di quella di 'buon selvaggio' da proteggere. Nell'assenza di un modello interpretativo condiviso della malattia, spesso la domanda insistente di cura viene interpretata come ipocondria: il paziente viene visto come un "lavativo", un "malato immaginario", un "perditempo". Non scoprire malattie esotiche, non poter fare brillanti diagnosi, mette in causa le categorie anticipatrici dell'operatore sanitario e sospende il rapporto medico-paziente in una specie di vuoto di senso, in cui il medico inizia a mettere in dubbio l'utilità del proprio

servizio. È questa la fase in cui si registra il più alto numero di abbandoni da parte dei volontari o il maggiore disinteresse negli operatori sanitari pubblici, ma è anche quella in cui chi cura inizia a porsi domande, a mettere in discussione i propri schemi concettuali consolidati.

Lo psichiatra Marco Mazzetti¹⁹ specifica che anche questa fase ha un percorso parallelo nel paziente immigrato: di fronte all'aspettativa di una sanità occidentale ipertecnologica, pronta ed efficiente, riceve rinvii, risposte lente o apparentemente inconsistenti, talora persino sgarbate, anche a causa di percorsi assistenziali inappropriati (basti pensare al pronto soccorso). Tutto ciò, in chi ha aspettative non convalidate dalla realtà, può indurre a pensare a sgarbi premeditati, ingiustizie volute, incapacità professionale.

C'è quindi, ancora una volta, un'asimmetria tra aspettative e conseguenti atteggiamenti tra operatori e utenti. Riconoscere questa dinamica cambia la relazione tra i due interlocutori, che ora assumono – al di là delle differenze culturali - pari dignità. Si avvia così la terza fase, detta del criticismo, nel doppio senso di crisi e di criterio: crisi dei codici consueti di comunicazione e d'anticipazione, in cui ci si accorge di non aver capito nulla della persona assistita, nella quale non è il virus o il miceto a essere inconsueto, ma la percezione del corpo, della salute e della malattia. Questa parabola – con qualche accentuazione o attenuazione – è un percorso che riguarda sia contesti di privato sociale, sia le strutture pubbliche, ma soprattutto le scelte di politica sanitaria relativa all'immigrazione, dove troppe volte le decisioni sono prese più in base al pregiudizio che in base alle conoscenze.

Riccardo Colasanti nel 1990²⁰ definì questo atteggiamento la sindrome di Salgari: "(...) Senza aver mai visitato i paesi tropicali, Salgari scriveva sognando a occhi aperti di mondi dove quei dati di diversità che egli traeva dalla consultazione nelle biblioteche, rendevano i suoi scritti avvincenti ed esotici".

¹⁹ Mazzetti M. Il dialogo transculturale. Op. cit. p.10.

²⁰ http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Le_politiche/salgari_janus.pdf (ultimo accesso 15 gennaio 2014).

CAPITOLO 3

IL PERIMETRO E GLI STRUMENTI DELLA RICERCA

3.1. Domande, ambito, metodo

Considerato lo scenario normativo e il contesto socio-economico di riferimento, la ricerca ha preso le mosse da una serie di domande che possono essere sintetizzate in due interrogativi fondamentali. Le attese dei pazienti stranieri sono le stesse date per scontate dagli operatori italiani, sanitari e non? Come viene recepito il modello assistenziale alla base del servizio erogato dall'associazione Camminare Insieme?

Sotto il profilo del metodo, invece, quello della ricerca fenomenologica appare l'approccio più adatto a esplorare l'ambito dello studio, perché corrisponde all'obiettivo di indagare - nell'ottica della tutela del diritto alla salute - l'immaginario dei migranti, degli operatori sanitari, sociali e socio-assistenziali riguardo ai bisogni dell'utenza che afferisce al Poliambulatorio dell'associazione Camminare Insieme.

La fenomenologia²¹ è uno dei più importanti movimenti filosofici del ventesimo secolo. Fondata da Edmund Husserl (1859-1938), si riferisce sia a una corrente filosofica, sia a un approccio di ricerca. Utilizzata per giungere alla comprensione del significato di una esperienza umana specifica, la fenomenologia scopre e descrive in modo sistematico il significato interno o le essenze di un'esperienza che sono ottenute attraverso lo studio dei particolari o casi di esperienze così come sono vissute dagli individui. Questo metodo è utilizzato quando si vuole comprendere il significato di un vissuto. La prima fase della ricerca fenomenologica prevede l'identificazione di un vissuto da esporre a indagine. Si comincia da un campione piccolo e

²¹Lyn R., Morse J..M. Fare ricerca qualitativa, edizione italiana a cura di Fabiana Gatti e Guendalina Graffigna, Milano: Angeli; 2009.

propositivo, costruito reclutando partecipanti diversi finché non si è raggiunta una ridondanza dei dati o saturazione. La raccolta dei dati avviene attraverso interviste o descrizioni scritte: le interviste, in particolare, di solito non sono strutturate e il ricercatore interagisce con gli intervistati solo per stimolare un'approfondita descrizione dei vissuti.

L'ambito su cui ha insistito lo studio è il Poliambulatorio dell'associazione "Camminare insieme" operante in via Cottolengo 24/A a Torino. Il campo di ricerca non è consistito solo nell'individuazione delle persone da intervistare, ma anche nell'instaurazione di rapporti di collaborazione con gli operatori del centro, attività grazie alla quale l'intervistatrice è stata riconosciuta e accettata dai pazienti migranti come interlocutrice credibile.

3.2. Il campo di ricerca – Cenni storici

Nata nell'aprile del 1993, l'associazione Camminare Insieme è stata costituita un gruppo di persone decise a manifestare la propria solidarietà verso i più poveri ed emarginati dando vita a un progetto di assistenza basato sul volontariato e affrancato da qualsiasi logica di appartenenza politica o religiosa. Proprio all'inizio degli anni Novanta cominciarono a manifestarsi problemi legati al fenomeno dell'immigrazione, tra i quali la tutela della salute degli immigrati, regolari e non. Così nacque l'idea di aprire un ambulatorio dedicato a tutti coloro che, non solo per problemi economici, ma anche di legalità, legati al permesso di soggiorno, non potevano usufruire del Servizio Sanitario Nazionale²².

²² Art. 35 del Testo Unico (TU) sull'immigrazione (Decreto legislativo n. 286 del 25 luglio 1998) riguarda la tutela sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale: l'insieme delle norme contenute nell'articolo 35, costituiscono un passo fondamentale per tutelare la salute delle persone che si trovano in uno status giuridico di irregolarità, di "clandestinità sanitaria, in quanto da ora in avanti potranno recarsi nei presidi sanitari pubblici senza avere il timore di essere denunciati ed espulsi. La categoria degli immigrati irregolari è giustamente vista come quella più fragile e a rischio: le condizioni di vita e lavoro che sono costretti ad adottare al loro arrivo in Italia, sono tali da depauperare il "capitale di salute" che gli immigrati, sia clandestini che regolari possiedono all'arrivo in Italia.

La prima difficoltà, a causa delle esigue risorse economiche, fu quella di individuare una struttura da adibire ad ambulatorio. Dopo mesi di ricerche, si resero disponibili i locali dell'Ospedaletto Santa Filomena a Torino, che la marchesa Giulia di Barolo aveva fatto erigere nel 1834 per la cura dei poveri. Una volta che l'Opera Pia Barolo concesse la struttura in comodato gratuito all'Associazione, con poca spesa e tanto lavoro da parte di un nutrito gruppo di scout e volontari i locali furono ristrutturati e giudicati idonei per dare inizio all'attività del poliambulatorio. Mentre la ristrutturazione procedeva, si formò un gruppo di volontari - sanitari e non - che progettarono in dettaglio l'organizzazione del futuro ambulatorio. Il primo finanziamento importante, che permise di acquistare due riuniti di seconda mano per lo studio dentistico, fu quello di Specchio dei Tempi. L'apertura ufficiale dell'ambulatorio avvenne il 28 febbraio 1994. Il primo paziente si chiamava El Kamel, contadino di origine marocchina, padre di sette figli, che fu accolto dalle premure di cinque medici volontari. Oggi, a venti anni di distanza, più di 37.000 persone hanno varcato il portone di via Cottolengo 24/A, e i volontari che hanno prestato servizio sono stati più di 560, con una presenza stabile di 100 volontari in attività.

L'associazione nacque per fornire quelle prestazioni mediche che allora parevano più richieste. Allora parve necessario fornire prestazioni odontoiatriche che, pur non essendo essenziali e nemmeno urgenti, avevano costi elevati e influivano in modo significativo sulla qualità della vita dei pazienti. Il poliambulatorio dell'associazione offre assistenza medica gratuita a tutte quelle persone che si trovano in situazione di povertà o di disagio, svolgendo anche la funzione del medico di famiglia. Recentemente si sono rivolti all'associazione Camminare Insieme molti italiani: persone senza fissa dimora e tossicodipendenti, per la maggior parte, ma anche anziani o disoccupati, a sottolineare il valore e la funzione sociale di questo presidio medico formato da volontari. Con i finanziamenti della Provincia di Torino e in collaborazione con l'ospedale Regina Margherita di Torino, l'associazione

ha inoltre istituito il “Salone delle mamme”, che offre un supporto alle madri in difficoltà economica o che frequentano corsi scolastici serali.

3.3. Il contesto

I servizi ambulatoriali sono offerti da professionisti sanitari (medici e infermieri), personale amministrativo e mediatori culturali in forma totalmente volontaria (allegato 1: grafico I - numero di prestazioni all'anno 1994-2013; grafico II - percentuale delle prestazioni richieste 1996; grafico III - percentuale delle prestazioni richieste 2008-2013; grafico IV - prestazioni erogate a nuovi pazienti).

Il modello assistenziale alla base delle prestazioni ambulatoriali offerte dall'Associazione è equivalente a quello alla base dei servizi ambulatoriali offerti dal SSN o da privati operanti in Italia. Per ottimizzare l'accoglienza degli immigrati l'Associazione ha inserito sei mediatori culturali di diversa etnia. L'operatore addetto alla registrazione dei dati nella fase di accoglienza può chiedere - se necessario - supporto a un operatore sanitario e/o al mediatore culturale ed è proprio nel momento di presa in carico della persona che è necessario fornire le giuste indicazioni per orientare l'utente.

L'accesso alle prestazioni avviene attraverso la prenotazione, mentre l'erogazione della prestazione avviene nel rispetto della programmazione settimanale delle attività. La domanda da parte dell'utenza è rappresentata da esigenze di tipo sanitario e socio-assistenziale, per rispondere alla quale, oltre a quelli del poliambulatorio, vengono offerti servizi per esigenze socio-assistenziali ed educative, rivolti alle madri che intendono approfondire la conoscenza della lingua e alle donne che frequentano un corso scolastico, professionale o universitario. È presente un servizio di accompagnamento che si fa carico di rendere più agevole la fruizione di servizi sociali e sanitari (ospedali, scuole...); inoltre vengono organizzati incontri mensili con medici,

infermieri, mediatori culturali e psicologi su temi di salute e prevenzione come l'alimentazione del bambino e l'educazione dei figli.

3.4. Protocollo di ricerca

Quesito di ricerca

Le attese dei pazienti stranieri sono le stesse date per scontate dagli operatori italiani, sanitari e non? Come viene recepito il modello assistenziale alla base del servizio erogato dall'Associazione "Camminare Insieme"?

Obiettivo dello studio

Indagare il vissuto degli utenti immigrati riguardo alla percezione dell'assistenza e cura ricevuta dall'Associazione "Camminare Insieme".

Disegno dello studio

Ricerca qualitativa volta a comprendere un'esperienza umana, così come vissuta dai diretti interessati: studio fenomenologico.

Campione

Sono stati inclusi nel campione gli operatori sanitari, i mediatori culturali e un operatore volontario. Data la natura dello studio, il campionamento è di convenienza, effettuato secondo scelta ragionata. Il campionamento di convenienza viene effettuato con un metodo non probabilistico che non offre a tutte le unità della popolazione la stessa possibilità di entrare a far parte del campione. In pratica, alcuni gruppi o individui hanno maggiore probabilità di essere scelti rispetto ad altri. Esso prevede la selezione del campione in base a criteri di praticità. Comprende in totale ventuno intervistati, di cui sedici utenti: quattro di nazionalità rumena, otto di nazionalità marocchina, un

iracheno, un sudanese, un peruviano e un egiziano; quattro mediatori culturali (uno di origine marocchina, uno proveniente dalla Giordania, due di origine rumena), tre operatori sanitari italiani (due medici e una operatrice volontaria). Fra gli utenti nove intervistati sono uomini e sette donne. Fra gli operatori sanitari due uomini e una donna, i mediatori sono tre donne e un uomo.

Criteri di inclusione

Tutti gli utenti che afferivano al poliambulatorio “Camminare Insieme” che si dimostravano “contenti” di essere ascoltati, di poter partecipare allo studio e di poter esprimere ciò che pensavano;

i mediatori che si sono offerti spontaneamente;

l’operatore volontario più presente operativamente nel centro.

Criteri di esclusione

Gli utenti che oltre alla lingua madre, non parlavano almeno una lingua internazionale (inglese, francese, spagnolo, italiano...);

gli utenti più reticenti che dimostravano perplessità o disagio nel farsi intervistare.

3.5. Materiali e metodi

Come raccomandato dai metodologi della ricerca qualitativa, prima dell'approccio allo studio vero e proprio è stato effettuato il cosiddetto "*bracketing*"²³, per analizzare il proprio vissuto e i propri convincimenti rispetto all'argomento d'interesse, al fine di sospendere eventuali pregiudizi con l'obiettivo di garantire la veridicità dei temi estratti. Lo strumento di raccolta dati utilizzato per la ricerca è stato l'intervista "non strutturata" o "narrativa". Nel caso specifico vi è stato un ampio margine di libertà, poiché son state poste una o due domande tratte dalla traccia (allegato 2 - Traccia di intervista agli osservatori privilegiati/operatori; allegato 3 - Traccia di intervista agli utenti afferenti al Poliambulatorio "Camminare Insieme") senza interrompere l'intervistato, in modo da poter considerare anche il linguaggio non verbale, l'emotività, la prossemica e le storie di vita. Durante l'intervista è stato utilizzato un registratore per permettere di documentare la conversazione in modo oggettivo. Per evitare di porre agli utenti dell'associazione qualsiasi forma di censura, non è stato fissato un limite di tempo alle interviste.

Le interviste sono state discorsive: si è lasciato spazio e tempo agli intervistati di raccontare le proprie esperienze, esprimere le proprie emozioni e turbamenti. In alcuni casi si è cercato di intervenire il meno possibile per permettere alla conversazione di fluire senza essere influenzata dal tono della voce o dalla domanda, in altri casi invece si è dovuto intervenire con più domande per aiutare l'intervistato a parlare, tenendo conto delle difficoltà incontrate per la lingua. L'atteggiamento del partecipante e i segnali di comunicazione non verbale sono stati riportati per iscritto dal ricercatore sul foglio delle domande utilizzato per ogni partecipante al termine di ogni intervista, in modo da poter essere ricollegati, in fase di elaborazione dei dati, alla registrazione delle domande e risposte.

²³Lionetti R. Lineamenti di metodologia della ricerca partecipativa. Centro servizi volontariato Friuli Venezia-Giulia, Pordenone: Ed. CIESSE; 2006.

3.6. L'intervista come strumento di raccolta dati

Le interviste (allegato 7 – tabella Interviste) sono state condotte in presenza di una professionista antropologa, anche lei interessata alla percezione degli utenti circa l'assistenza erogata per la conduzione di uno studio²⁴ sul diritto fondamentale alla salute: la domanda, l'accesso e la fruizione di servizi sanitari da parte dei migranti a Torino.

I colloqui sono stati condotti in spazi decisi dagli operatori del poliambulatorio, per permettere agli stessi di lavorare senza essere disturbati, all'interno dei locali della struttura ambulatoriale. Le interviste sono state effettuate seguendo uno schema fisso: l'intervistatore rivolgeva a un mediatore la richiesta di reclutare persone a cui porre qualche domanda, e mentre questi accoglieva le persone che afferivano all'ambulatorio, valutava se i soggetti potevano essere adatti all'indagine, tenendo conto delle difficoltà linguistiche e della disponibilità a farsi intervistare, per poi indirizzarli all'intervistatore.

La trascrizione delle interviste è letterale nella versione in lingua originale: sono state riportate anche le parole mozzate durante il discorso. Tutte le interviste sono anonime e riportano solo il genere, l'età e un nome di fantasia. Lo studio è stato effettuato a partire da febbraio 2013 a marzo 2014: nei mesi di febbraio e marzo 2014 è stata effettuata l'elaborazione dei dati.

La ricerca qualitativa è stata resa possibile dalla lunga frequentazione degli operatori dell'associazione e dal rapporto di fiducia che si è andato instaurando nel tempo.

²⁴ La ricerca "Le vie della salute", realizzata da LDF (Laboratorio dei Diritti Fondamentali) in collaborazione con FIERI (Forum Internazionale ed Europeo di Ricerca sull'Immigrazione); <http://www.FIERI.it>

3.7. Lo studio sul campo

La ricerca qualitativa utilizza diverse tecniche per la rilevazione dei dati, che comprendono la ricerca etnografica, studi di comunità, osservazione partecipante, ricerca naturalistica, interviste in profondità, libere, non-strutturate, cliniche, storie di vita, storia orale, approccio biografico, etc. Nella ricerca antropologico-etnografica l'osservazione partecipante è lo strumento principe. Queste tecniche²⁵ non sono ben distinguibili dal punto di vista applicativo e spesso nemmeno l'itinerario di ricerca è facile da dividere in fasi, tuttavia permettono di "osservare" (osservazione diretta), di "interrogare" (attraverso interviste qualitative) e di "leggere" (uso di documenti) l'oggetto che si intende studiare.

L'osservazione partecipante è una strategia di ricerca nella quale il ricercatore si inserisce in maniera diretta, per un periodo di tempo relativamente lungo in un determinato gruppo sociale, instaurando un rapporto di interazione personale con i suoi membri, allo scopo di descriverne le azioni e di comprenderne, mediante un processo di immedesimazione, le motivazioni.

Il coinvolgimento e l'immedesimazione non sono dunque da evitare, sono cercati. L'osservazione partecipante è un'esperienza più che un insieme di procedure coordinate, la cui successione dipende essenzialmente dalla complessa interazione, ogni volta nuova, che si viene a instaurare fra problema studiato, soggetto studiante e soggetti studiati. L'osservazione partecipante non permette di osservare tutto e quindi è necessario fornire prima una descrizione iniziale del contesto. Le interpretazioni degli attori sociali si possono ottenere attraverso l'interrogazione, con colloquio informale o attraverso un'intervista formale e infine si possono osservare le interazioni formali e le interazioni informali. L'osservazione partecipante ha permesso

²⁵ Corbetta P. La ricerca sociale: metodologie e tecniche III, metodi qualitativi, Bologna: Il Mulino; 1999. p.367.

una migliore comprensione delle dinamiche interne al Poliambulatorio, consentendo di individuare, comprendere e spiegare i meccanismi taciti e le regole che determinano l'agire dei soggetti facenti parte del campo di ricerca. Tale metodo²⁶, tipico dell'antropologia culturale, vede il ricercatore immerso nel contesto studiato con la possibilità di partecipare attivamente alla vita della società che studia, del gruppo che indaga, per un periodo di tempo sufficientemente lungo, da comprenderne a fondo la specificità. Il mio ruolo professionale, oltre che l'aver indossato un camice durante le visite, mi ha permesso di collaborare con i medici e gli infermieri in situazioni relazionali, in cui gli elementi dell'abbigliamento costituiscono un fondamentale veicolo di comunicazione non verbale a cui non ci si può sottrarre, e questo ha indubbiamente favorito l'interazione con l'utenza.

Nell'osservazione partecipante la registrazione del "dato" corrisponde alla stesura di un resoconto giornaliero. Le note quotidiane possono contenere una descrizione (oggettiva) e un'interpretazione (soggettiva). Si tratta di registrare il prima possibile la descrizione dei fatti, le interpretazioni del ricercatore e le interpretazioni dei soggetti studiati.

L'analisi del materiale empirico è stata la parte più difficile della ricerca condotta con osservazione partecipante. Sono stati individuati dei 'temi culturali' attraverso cui si possono interpretare tutta una serie di fatti e dunque "il contesto" studiato. I problemi o limiti di questa tecnica (strumenti) di ricerca sono riassumibili in tre punti: in primo luogo, si fonda e dipende soprattutto dalla soggettività del ricercatore (dove il ricercatore è lo strumento della ricerca e la ricerca etnografica una 'cultura che studia una cultura', per cui di fronte allo stesso oggetto di studio un ricercatore italiano e marocchino danno probabilmente interpretazioni differenti); in secondo luogo, non è possibile raggiungere la generalizzabilità dei casi studiati; così come non si possono standardizzare – ed è il terzo punto - le procedure utilizzate. L'osservazione

²⁶ Corbetta P.*op. cit.* p.35.

partecipante richiede un grande investimento di tempo.

Si deve tener presente che non sempre un ricercatore riesce a trovare un tema culturale così forte da poter essere utilizzato per interpretare un'ampia gamma di episodi e comportamenti osservati. Resta comunque il fatto che l'analisi del materiale empirico possa seguire una logica induttiva, proponendo delle spiegazioni generali a partire dalle specifiche situazioni osservate.

Nella ricerca etnografica, come da alcuni articoli consultati²⁷, in relazione alla necessità di indagare in profondità aspetti legati alla vita dei soggetti studiati, accanto all'osservazione partecipante, si possono utilizzare tecniche e strumenti che richiedono un'interrogazione diretta come i diari di lavoro, le interviste non standardizzate e i racconti di vita.

3.8. Il diario di lavoro

Il diario è stato uno strumento di analisi introspettiva fondamentale per la raccolta dei dati. Sul diario sono stati annotati di volta in volta, a fine giornata, le informazioni relative agli avvenimenti, le emozioni, i vissuti, le percezioni, le riflessioni e le interpretazioni inerenti l'argomento indagato. Il diario, inoltre, si è rivelato di fondamentale importanza per fare emergere episodi e tematiche ricorrenti.

²⁷ Giesbrecht M.D., Crooks V.A., "Examining the language-place-healthcare intersection in the context of Canadian homecare nursing in *Nursing Inquiry*", 2014;21(1): 79-90.
Oudshoorn A., Ward-Griffin C., *Client-provider relationships in a community health clinic for people who are experiencing homelessness* in *Inquiry Nursing* 2013; 20(4): 317-328.

3.9. Una ricerca 'corretta': autorizzazioni formali e informali

Dopo aver ottenuto l'autorizzazione dal Direttore Sanitario della struttura, la partecipazione allo studio è stata chiesta ai professionisti sanitari individuati, così come l'autorizzazione alla registrazione audio delle interviste. A ogni partecipante è stata assicurata esplicitamente la possibilità di interrompere l'intervista in qualsiasi momento, se ritenuto opportuno. L'anonimato è stato garantito, così come la non accessibilità alle registrazioni da parte di persone estranee alla ricerca.

3.10. Elaborazione

L'elaborazione dei dati è stata effettuata mediante il metodo Giorgi. La ricerca fenomenologica di Giorgi si sviluppa secondo la filosofia di Husserl, il cui invito a "ritornare alle cose per ciò che sono" richiede di creare una relazione autentica con il fenomeno e il contesto. Pertanto la fenomenologia si concentra sulla relazione autentica tra il mondo individuale e quello oggettivo, cerca di sviluppare l'attenzione o sperimenta la facilitazione di nuovi modi di interpretare quello che esperiamo e come lo facciamo. La metodologia utilizzata si è basata sulle descrizioni di Giorgi (1997) che prevede cinque fasi: raccolta dei dati tramite le interviste; lettura dei dati; suddivisione dei dati in base al significato attribuito; elaborazione dei dati in linguaggio ordinato; rilevazione della struttura del fenomeno.

Dopo la lettura completa delle interviste, per cogliere un senso generale, nelle successive riletture si è provveduto a eliminare le espressioni irrilevanti, a riunire i gruppi tra loro, in base a simili tendenze di significato e, infine, a interpretare quelle che, così ottenute, prendono il nome di "unità di significato" (o "temi", per altri autori). Sono state individuate le parole usate col significato di salute, malattia, assistenza, cura, bene, male, vecchio,

giovane.

Sono state analizzate le singole interviste e selezionate le porzioni di intervista ossia parti di testo incentrate sui temi specifici. Infine, si è proceduto a comparazioni tra i risultati del presente studio e la letteratura esistente sull'argomento.

Rileggendo le trascrizioni delle interviste effettuate, sono state rilevate alcune grandi tematiche ricorrenti, delle quali si dà conto di seguito, con la trascrizione di alcuni brani significativi.

CAPITOLO 4

LA RICERCA SUL CAMPO

4.1 Lingua e mediazione culturale

Il linguaggio è la principale forma di comunicazione sociale, grazie alla quale possiamo esprimere pensieri e sentimenti, scambiare e confrontare esperienze, stabilire rapporti sociali. Non sempre l'intenzione di comunicare rende efficaci i messaggi: occorre che gli interlocutori utilizzino il medesimo codice. A volte, però, possono verificarsi ostacoli alla comunicazione.

La comunicazione²⁸ è un processo che comporta uno scambio di esperienze fra due o più soggetti. La risposta costituisce, a sua volta, uno stimolo per colui che comunica. Il messaggio trasmesso fra gli interlocutori è adeguato se è interpretato allo stesso modo da chi trasmette e da chi riceve.

In ambito medico la comunicazione è una fase fondamentale: comunicare significa entrare in relazione empatica con il paziente, ascoltare e trasmettere pensieri, pronti a modificare le proprie idee e convinzioni nell'ottica di raggiungere una decisione condivisa che possa realmente portare al miglioramento dello stato di salute delle persone assistite. Appare chiaro come in ambiente multiculturale la dimensione comunicativa costituisca una grandissima sfida: entrare in relazione con i pazienti stranieri e comunicare in maniera efficace rappresenta una difficoltà particolarmente rilevante. I servizi, pur diversi fra loro sotto differenti aspetti, condividono la caratteristica di fornire risposte "precodificate"²⁹ ai bisogni degli immigrati. Nei servizi informativi, che sono deputati a fornire informazioni intorno a procedure, prevalgono per esempio difficoltà connesse alla comunicazione linguistica e alla carenza nei residenti stranieri di alcune "competenze" circa le regole

²⁸ AA.VV. Etno medicina, Hippocrates, Milano: edizioni medico-scientifiche; 2010.

²⁹ Pazzagli I., G., Tarabusi F. Un doppio sguardo. Etnografia delle interazioni tra servizi e adolescenti di origine straniera. Rimini: Guaraldi s.r.l.; 2009.

formali e informali che governano i servizi del welfare, dando origine a specifiche dinamiche conflittuali. Su un altro fronte, i servizi del privato sociale hanno invece la caratteristica di attivare con i migranti un incontro mediato da rappresentazioni del bisogno fortemente ancorate a sistemi valoriali che spesso predeterminano le risposte fornite.

L'approccio al paziente straniero richiede quindi l'acquisizione di nuove competenze relazionali e comunicative, ma soprattutto la capacità di un approccio aperto, in cui ci si accosta al paziente con rispetto e disponibilità a comprendere culture e contesti "altri".

Un interessante esempio di comunicazione efficace è la medicina narrativa, tecnica basata sulla narrazione della malattia nel vissuto e nel contesto culturale che pone attenzione alle storie di malattia come modo per ricollocare e comprendere le persone nel proprio specifico contesto, mettendo a fuoco nuove strategie di intervento, oltre che i bisogni.

Fondato sull'empatia e sull'accettazione, l'ascolto attivo mira alla creazione di un rapporto positivo, caratterizzato da un clima in cui una persona possa sentirsi compresa e, comunque, non giudicata.

Quando si pratica l'ascolto attivo, invece di porsi con atteggiamenti che tradizionalmente vengono considerati da "buon osservatore", ossia impassibili e neutrali, è più opportuno rendersi disponibili a comprendere realmente quel che dice l'interlocutore, mettendo in luce eventuali difficoltà di comprensione. In questo modo è possibile stabilire rapporti di riconoscimento, rispetto e apprendimento reciproco. Per diventare attivo, l'ascolto deve essere aperto e disponibile non solo verso l'altro e quel che dice, ma anche verso se stessi, per ascoltare le proprie reazioni ed essere consapevoli dei limiti del proprio punto di vista.

Un modello efficace per comprendere la differenza fra ascolto passivo e ascolto attivo è offerto dalla buona comunicazione interculturale in situazioni

concrete³⁰, cioè in circostanze in cui risulta evidente che "uno stesso comportamento" può avere significati antitetici e al tempo stesso assolutamente legittimi a seconda del contesto culturale in cui è inserito. Non guardare negli occhi una persona anziana e autorevole, per esempio, in un contesto culturale può essere segno di rispetto, mentre in un altro segno di mancanza di rispetto.

I malintesi, l'irritazione, l'imbarazzo, la diffidenza in questi casi non sono risolvibili in termini di comportamenti "giusti o sbagliati", ma cercando di capire l'esperienza dell'altro, il che implica accogliere come importanti aspetti che siamo abituati a considerare trascurabili o addirittura che non abbiamo mai preso in considerazione.

Intervista a una mediatrice culturale dell'Associazione "Camminare Insieme".

"(...) L'esigenza di ascolto è grande. Sono una brava ascoltatrice, ma l'organizzazione del mio lavoro non lascia spazio per curare questo aspetto e comunque non ho fatto un percorso formativo adeguato. Ascolto... ma come ascolto? Ripensando alla mia esperienza personale, ricordo che quando volevo un bambino all'ospedale Sant'Anna ho trovato ascolto, quindi un contatto umano, oltre che medico. Nel mio lavoro vorrei essere formata meglio, avere gli strumenti adatti ad ascoltare nel modo giusto le persone, per poterle aiutare (...)"

Un altro fattore decisivo nella tutela del diritto alla salute degli immigrati è quello della cultura. Il concetto scientifico di "cultura" si sviluppa e diviene di uso comune nella seconda metà dell'Ottocento, contemporaneamente all'affermarsi dell'antropologia culturale come autonoma disciplina di studi. Gli antropologi intendono per cultura non solo gli "alti" prodotti dell'intelletto, come arte, letteratura o scienza, ma l'insieme di tutte quelle pratiche, usi, consuetudini e conoscenze, per quanto banali e quotidiane, che una comunità umana possiede e attraverso le quali si adatta all'ambiente e regola le proprie relazioni sociali.

Le circa 200 etnie presenti in Italia giungono con il loro bagaglio culturale aprendoci mondi diversi, nuovi e affascinanti. Su questo tema in ambito

³⁰ Sclavi M. Arte di ascoltare e mondi possibili, Milano: Le Vespe; 2000.

sanitario c'è piena consapevolezza su come sia impossibile raggiungere conoscenze approfondite su tutte le caratteristiche socio-culturali dei pazienti immigrati, ma tramite l'utilizzo di una gamma più alta di informazioni, l'operatore sanitario si domanda quale possa essere il modo di fornire una prestazione professionale al paziente e l'immigrato si sforza di trovare nuove modalità per entrare in relazione con la nuova realtà. Solo così si potrà giungere a una crescita d'identità e a un arricchimento reciproco. Benché su questo ci sia ancora molta strada da fare, l'Italia ha tutte le carte in regola per raggiungere il risultato partendo da due punti fermi: la legislazione e la mediazione culturale.

Sul primo punto è bene ricordare che la legge 40/98 stabilisce che l'utente straniero ha diritto alle prestazioni sanitarie, a parità di trattamento e a piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani. Per quanto riguarda la mediazione culturale, a fronte di un riconoscimento legislativo, nella pratica quotidiana si evidenzia una notevole carenza sia sul piano formativo degli operatori sia su quello operativo in quanto queste figure, quando esistenti nella pianta organica, vengono poco e male utilizzate.

Presso l'Associazione "Camminare Insieme" la distanza tra il teorico e il vissuto appare evidente: pur essendo presenti sei mediatori culturali che fanno a turno, sono emerse molteplici criticità durante questa attività, in particolare alcuni utenti, che come risulta dalle interviste hanno categoricamente rifiutato la presenza del mediatore culturale durante il dialogo con il sanitari. In alcuni mediatori culturali, invece, si è manifestata fortemente la sensazione di inadeguatezza rispetto al lavoro da svolgere. Tutto ciò può essere ricondotto a una informazione non adeguata sulle funzioni del mediatore e sulla carenza formativa dei mediatori stessi, spesso autodidatti.

Per mediazione culturale s'intende quindi un'attività finalizzata a informare, facilitare l'accesso al servizio, rimuovere gli ostacoli che si frappongono all'uso dei servizi ospedalieri; accogliere e rassicurare, esplicitare e chiarire le

domande e i loro bisogni; tradurre per loro informazioni, documenti, prescrizioni, indicazioni di esami e modalità di cura; accompagnare verso altri servizi nel presidio; facilitare la comunicazione, attraverso la traduzione delle informazioni e delle richieste; trasmettere informazioni relative a contesti e pratiche culturali differenti; evitare e prevenire fraintendimenti e malintesi .

Isaiah ha 37 anni e fino a cinque anni fa viveva a Safi, vicino a Casablanca, in Marocco; ha fatto il pescatore, l'operaio e l'operatore turistico, maturando esperienze assai differenti con la sanità italiana:

“In questo periodo vado all'ISI, struttura con la quale ho avuto molte difficoltà. Non è facile ottenere l'impegnativa dal medico, inoltre ho incontrato un medico donna che mi ha fatto molti problemi perché sono senza documenti. Al CTO, invece, sono stati bravi: sono stato al decimo piano, e anche se avevo paura sono stati molto buoni con me. Un medico mi ha mandato qui, ma non ho bisogno dell'intervento di un mediatore culturale”.

Quando gli chiediamo se avrebbe voluto il supporto di un mediatore culturale nelle sue passate esperienze mediche italiane, Isaiah non ha dubbi: *“No, faccio da solo”.*

“Parlando con alcune persone di origine marocchina che afferiscono all'ambulatorio - annoto sul Diario - mi accorgo che non sono a conoscenza del fatto che la struttura del poliambulatorio sia gestita da volontari. Queste persone non conoscono il concetto di volontariato, e vedono nel poliambulatorio un ospedale in cui il personale sanitario è molto gentile e ti dedica più tempo. Nel loro immaginario, il poliambulatorio è 'un ospedale per noi che non abbiamo i soldi per comprare le medicine', espressione ricorrente che testimonia una scarsa consapevolezza di come sia organizzato il sistema sanitario italiano”.

4.2. La cura inizia dalla cultura

La differenza culturale pone, tra gli altri, un problema metodologico per ciò che riguarda la diagnosi prima e il trattamento poi. Il processo diagnostico è un costrutto che discende da un insieme di saperi e di tecniche profondamente radicate nelle logiche cognitive di una determinata cultura. Il processo diagnostico, in altre parole, dipende dall'organizzazione sociale generale, dalla storia e dal sistema di valori della cultura in cui è nato, in molti casi difficilmente adattabile ad altri contesti. In effetti l'impostazione naturalistica ha impedito per molto tempo di riconoscere che non si può individuare o ricostruire un decorso morboso separandolo dai molteplici fattori transcontestuali ed extraclinici che interagiscono con l'individuo che manifesta un certo disturbo.

Questa condizione, nell'incontro con un paziente proveniente da una cultura diversa dalla propria, comporta un notevole sforzo di adattamento da parte dell'operatore sanitario, perché significa abbandonare, o quanto meno lasciare sullo sfondo, il proprio modello teorico di riferimento per inoltrarsi in un terreno sconosciuto, nel quale non esistono percorsi già tracciati. Ci riferiamo al mondo simbolico, dei valori, dei significati di una cultura altra. Nonostante ciò, tenere conto della cultura di provenienza del paziente, cioè dell'universo simbolico fatto di valori, credenze e talvolta persino superstizioni è una sorta di "*conditio sine qua non*" se l'obiettivo è quello di ottenere un'autentica comprensione e un efficace percorso di cura.

Dal punto di vista metodologico l'obiettivo può essere avvicinato considerando il linguaggio somatico, emotivo ed espressivo del paziente come strumento capace di orientare una corretta operatività terapeutica. Il paziente immigrato, pertanto, non deve essere considerato semplicemente come soggetto bisognoso di attenzione e di cure ma come il rappresentante di un altro mondo, temporaneamente "adottato" dalla nostra comunità, che mentre cerca di adattarsi alla nostra cultura "dialoga" attraverso la sua. La

ricostruzione narrativa di un mondo culturale è assolutamente necessaria perché permette di riconoscere che ogni cultura “fabbrica” gli individui in modo specifico.

La cultura, infatti, struttura valori, relazioni, conflitti, biografie, tecniche del corpo e terapeutiche che, nel loro insieme, rendono autonomo l'individuo dal condizionamento arbitrario e necessario della natura. Non si tratta, ovviamente, di idealizzare il paziente immigrato in una sorta di agente culturale, ma piuttosto di costruire quella base di interazione in cui la lingua del paziente non sia sconosciuta all'orecchio del clinico, situazione che espone il soggetto sofferente a una serie di incomprensioni e fraintendimenti che preparano i fenomeni di rigetto, marginalizzazione esistenziale e trascuratezza assistenziale.

In questa prospettiva viene ad assumere un ruolo di primo piano la figura professionale del mediatore culturale. La comunicazione tra medico e paziente straniero è infatti caratterizzata dal fatto che i due soggetti principali della comunicazione appartengono a culture diverse e questa particolarità è una barriera con cui bisogna fare i conti se si vuole produrre una comunicazione efficace. Il mediatore culturale si pone come “terzo” facendo da ponte tra i diversi codici del medico e del paziente.

L'esperienza della migrazione è condizionata in modo determinante dall'atteggiamento del Paese ospite, ovvero dalla sua politica in materia di accoglienza, di controllo dei flussi e di integrazione dei cittadini stranieri immigrati³¹.

Le differenze culturali si ripercuotono inevitabilmente anche sull'approccio ai problemi di salute: le abitudini sociali, morali e culturali, lo *stress* relativo alla situazione di immigrato, la povertà, i problemi di adattamento, comportano una serie di malattie che possono essere prevenute e contenute solo con

³¹ Pagani C. “Percorsi a Confronto: attraverso le storie e le cure verso la formalizzazione di nuove tecnologie” – esperienze cliniche (a cura di), 1°Incontro di etnopsichiatria, atti del convegno, (Milano 24 novembre 2000).

un'efficace integrazione³². Una buona politica di integrazione, quindi, darà agli stranieri le informazioni necessarie sul funzionamento e sulle prestazioni del SSN e sulle modalità di accesso. Ci sono però due aspetti molto importanti da considerare nella progettazione di un'assistenza sanitaria efficace: da una parte, la forte connotazione culturale della malattia, della cura, del rapporto con il proprio corpo e della manifestazione agli altri della propria malattia, dall'altra la condizione di illegalità di alcuni stranieri presenti sul nostro territorio ai quali occorre assicurare comunque il diritto fondamentale alla salute³³⁻³⁴.

Elvira, peruviana, 38 anni circa, iscritta al SSN, residente in Italia da 5 anni, è sposata e ha una figlia di 12 anni. Parla solo lo spagnolo (vedi allegato 4 - Intervista 12-02-14 Elvira). A Torino lavora saltuariamente come collaboratrice domestica, e si è rivolta all'associazione Camminare Insieme per questioni legate all'orario di lavoro e per ottenere i farmaci gratuitamente, necessari al marito recentemente operato per colecistite acuta litiasica.

Nel corso dell'intervista che viene riportata a margine, Elvira riferisce delle serie difficoltà, che suo marito e lei stessa hanno incontrato durante il percorso diagnostico terapeutico che ha portato il marito all'intervento di colecistectomia e alla successiva guarigione. Una serie di circostanze sfavorevoli, più legate a problemi organizzativi e a incomprensioni che a cattiva volontà o incompetenza, hanno contribuito all'aggravamento delle condizioni di salute del marito. Forse con l'intervento adeguato di un mediatore culturale, figura professionale che per altro Elvira non conosce né ha mai incontrato, buona parte degli eventi avversi si sarebbero potuti evitare o quantomeno l'impatto sulla salute del marito sarebbe stato meno rilevante.

³² Scaroni C. *Fenomeni migratori e problematiche socio sanitarie*. *Io Infermiere*; 10(1), 49-59; 2007.

³³ Bachelet C. M. Tesi di laurea specialistica "Assistenza infermieristica a migranti: uno studio fenomenologico sull'esperienza di malattia e cura di persone migranti a Torino" Università Cattolica del Sacro Cuore Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" di Roma Cottolengo – Torino, 2007-2008.

³⁴ Federazione Nazionale Collegi in *L'infermiere* n°1/2012. I bisogni socio-sanitari degli immigrati p.19.

“Ho un medico di base, ma non riesco a portarci mia figlia perché gli orari dell’ambulatorio coincidono con quelli scolastici. Ho attraversato un lungo calvario con mio marito prima di riuscire a risalire alla causa di un disagio che si faceva sempre più intenso, ma che veniva sempre un po’ minimizzato dagli operatori che ho incontrato, al punto che dopo alcune visite ritennero che non fosse necessario fare ulteriori approfondimenti diagnostici. Un giorno il dolore diventò insopportabile e si presentò associato ad altri sintomi severi. Quando finalmente mi fecero gli accertamenti mi diagnosticarono i calcoli (colecistite acuta?) con l’ostruzione della “vescicola”. Anche le condizioni del fegato si erano aggravate, quindi ci siamo spaventati”.

La vicenda di Elvira, fortunatamente, si è conclusa positivamente, visto che l’assistenza ricevuta durante l’operazione e in tutta la fase di ospedalizzazione è stata ineccepibile. Un percorso a ostacoli, il suo, che probabilmente sarebbe stato più semplice con l’aiuto di un mediatore, figura che però è totalmente sconosciuta a Elvira: *“Non so chi siano i mediatori, non li ho mai incontrati, nemmeno nelle visite con mio marito”.*

Tornata a casa, dopo il toccante incontro con Elvira, ho affidato al Diario le mie impressioni a caldo, non senza provare un certo senso di colpa:

“La mancanza di comprensione o la superficialità - ho scritto tra le mie riflessioni - hanno fatto correre un grosso rischio al marito di Elvira, la cui esperienza con la sanità italiana non è certo stata entusiasmante. Nonostante ciò, si è dimostrata molto interessata alla ricerca, riguardo alla quale ha chiesto ulteriori dettagli e approfondimenti. Ha chiesto maggiori informazioni sulla figura del mediatore e si è dimostrata molto disponibile a collaborare, convinta che “se le persone non dicono ciò che pensano, nulla può migliorare. Una lezione”.

4.3. Vecchio, giovane: la percezione del personale sanitario

Vecchiaia e cultura sono variabili multidimensionali e interdipendenti che coinvolgono aspetti biologici e medici, psicologici e funzionali, antropologici, filosofici e politici. La nozione di età rappresenta uno dei determinanti socio-culturali che riguardano l'invecchiamento e deve essere distinta in cronologica, biologica, funzionale e percepita. L'invecchiamento non può essere capito al di fuori del contesto socio-culturale, poiché vi contribuiscono fattori genetici e biologici, ambientali, storici, economici e politici, sociali e culturali³⁵.

Guardando semplicemente agli ultimi cinquant'anni della nostra storia, possiamo notare come sia radicalmente cambiato il concetto di età della popolazione, sia essa sana o affetta da patologie. Il confine tra maturità e senescenza, tra vita attiva e passiva, tra operabilità e inoperabilità, tra rischio e beneficio si è notevolmente spostato verso i 100 anni. In pratica la persona che cinquant'anni fa veniva considerata vecchia, a riposo, inoperabile, incurabile, non autosufficiente ora, con le dovute eccezioni, fa ancora parte della popolazione che lavora, viene curata con tutte le risorse disponibili, risponde bene alle cure che le permettono di aumentare la durata della vita e di migliorarne la qualità. Anche la popolazione immigrata ha un confine tra maturità e senescenza, ma tale confine è molto più variabile e più lontano dal traguardo dei 100 anni rispetto alla popolazione autoctona. Anche l'immigrato sa riconoscere un adulto da un anziano, ma i suoi parametri di valutazione sono diversi dai nostri, legati a criteri culturali, etnici, di abitudine, profondamente radicati in ogni singola cultura. È necessario tenere conto di tali considerazioni ogni qual volta si vada a valutare la risposta alle cure, la qualità percepita, la volontà di curarsi e di guarire, oltre che la fiducia nei singoli operatori sanitari. In particolare su quest'ultimo punto alcuni intervistati

³⁵ Surbone A, MD PhD New York University (materiale didattico a.a. 2012-2013).

hanno sottolineato come l'età media dei medici e degli infermieri in generale, ma nelle strutture di volontariato in particolare, sia nettamente più alta rispetto a quella della loro nazione di provenienza o di altre nazioni europee. Vale la pena di leggere l'intervista integrale di Ibrahim.

Ibrahim è un profugo iracheno di 60 anni. Parla inglese (allegato 7 – intervista 12-02-14 Ibrahim) e prima di arrivare in Italia è stato rifugiato in Belgio e in Olanda. Ha chiesto asilo politico in seguito ai disordini del '90, durante i quali uccisero sua moglie.

“Sono in Italia da circa 5 anni e rimarrei qui se potessi, dove ho costruito amicizie, mentre in altri paesi non mi sono integrato dal punto di vista umano. L'accesso all'Italia è avvenuto attraverso un progetto abitativo denso di criticità: sono stato in un dormitorio con persone di altri paesi, ma gli spazi erano minimi e le condizioni igieniche pessime. La mia esperienza italiana è partita da Trapani, ma quando sono arrivato a Torino mi hanno assegnato la tessera sanitaria. Sono stato inserito in progetti sociali, ma anche se non sono più giovane continuo a dormire in strutture con poca igiene. Io non mi sento giovane. In Belgio non avevo un'assicurazione sanitaria, e di fronte alla necessità di essere operato al cuore mi diedero un apparecchio di 'discreta' qualità¹, così mi dissero. Per vivere raccatto cose in giro al mercato di Porta Palazzo. Mangio al Cottolengo, ma il cibo che mi danno non va bene perché ho il colesterolo alto, ed è pericoloso per il cuore. In Belgio ho trovato strutture più specializzate, ma il sistema sanitario è meglio in Italia, anche se ho dovuto aspettare un anno per avere un appuntamento. Il mio medico di base è frettoloso e stanco: questo forse è dovuto alla gratuità del sistema, ma questo è anche un valore. Il mio medico parla poco inglese e ha troppa gente da visitare, ma è sveglio. In Belgio tutti i medici parlano in inglese e ci sono medici giovani e ospedali nuovi. Qui gli ospedali sono vecchi, medici e infermieri sono vecchi. Sono arrivato all'Associazione “Camminare Insieme” dietro consiglio di alcuni conoscenti marocchini, e mi fa piacere offrirvi il mio aiuto per migliorare il servizio”.

4.4. Bene e male: le caratteristiche del buon servizio

Il bene e il male sono concetti su cui da millenni filosofi e pensatori d'ogni genere hanno esposto teorie complesse e spesso opposte. Partendo dall'individuo, l'idea del bene e del male è identica in qualsiasi essere umano: è bene tutto ciò che gratifica, che soddisfa i desideri, che produce sensazioni di benessere. Il bene individuale è dunque fisico e/o psichico. È bene (è buona cosa) saziarsi, dormire, avere rapporti sessuali, essere al riparo dal caldo e dal freddo eccessivo, sentirsi sereni, appagati, sicuri, forti, sani, ecc. Il fondamento di queste esigenze è sempre lo stesso: sentirsi lontani dal pericolo della sofferenza, che è preambolo alla paura della morte, emozione irrazionale radicata nel profondo dell'animo umano. Prendendo in considerazione le comunità di persone, invece, appare evidente che non può essere data una definizione univoca di bene e male, né che quelle nozioni possano prescindere da una contestualizzazione storica. In ogni caso, la consapevolezza che ogni individuo ha del proprio bene o male non coincide necessariamente con quella della propria comunità. Questo vuol dire che in qualche modo esiste un'idea di bene e male sociale, minaccia che spinge le società a darsi regole e costumi per preservare la propria integrità.

Non possiamo trarre conclusioni univoche su ciò che a livello sociale sia bene o male, salvo il concetto che in una società diventa bene tutto ciò che è funzionale al rispetto delle regole e delle usanze, prescindendo dal valore o dalle esigenze e ambizioni del singolo individuo. La concezione del bene e del male è particolarmente forte in ambito medico, dove una sbagliata interpretazione di ciò che il paziente immigrato ritiene il suo bene può dare luogo a esperienze di cura negative.

Sottolineiamo che, essendo l'ambito osservato limitato all'utenza dell'associazione Camminare Insieme, che eroga prestazioni ambulatoriali sia di medicina generale sia specialistiche, vengono automaticamente escluse le altrettanto numerose patologie a maggiore complessità, che

richiedono, per la loro diagnosi e cura, centri altamente specializzati quali gli ospedali pubblici.

4.5. I pilastri del diritto alla salute: imparzialità ed equità

La condizione perché si pratichi un corretto esercizio del diritto alla tutela della salute è la presenza di istituzioni pubbliche efficienti. La crisi che attraversa oggi in Occidente lo Stato sociale (Welfare State) costituisce, a tale proposito, un dato allarmante. I limiti di una gestione eccessivamente burocratica, centralizzata e dispendiosa come quella che si è verificata negli ultimi decenni non stanno determinando soltanto il suo progressivo ridimensionamento, ma persino la messa in discussione della sua stessa esistenza, privando i cittadini di un sistema di garanzie fondamentale, in particolare per quelli appartenenti alle fasce più povere. È urgente, perciò, la ricerca di un nuovo modello gestionale, che ne corregga le deficienze, senza depauperare la qualità dei servizi; un modello che renda, in altri termini, compatibile l'assicurazione a tutti di un'adeguata prestazione sanitaria con il contenimento dei costi delle prestazioni.

A questo deve aggiungersi un impegno specifico per la qualificazione umana e professionale del personale sanitario. La qualità dei servizi non va giudicata soltanto sulla base dell'efficienza delle prestazioni tecniche (per quanto fondamentale), ma anche e soprattutto sulla base della personalizzazione delle cure mediche, frutto di una formazione "umanistica" per la quale la salute viene considerata come un processo umano globale³⁶. Per questo, è importante tenere ben saldi due valori fondamentali per qualsiasi sistema di assistenza sanitaria: l'imparzialità e l'equità, che si sono rivelati fondamentali anche per i pazienti immigrati intervistati nel corso della ricerca.

³⁶Piana G. La salute diritto fondamentale. Incontri di fine settimana. Rassegna stampa, in Rocca n. 4: 15 febbraio 2014; <http://www.finesettimana.org>.

Il criterio di imparzialità è fondato sull'uguale dignità di tutti gli esseri umani, e dunque sull'esigenza che tutti fruiscano del medesimo trattamento in ambito sanitario. In un'ottica di salute pubblica, inoltre, il diritto alla salute può essere approssimato al diritto di accesso ai servizi sanitari attraverso il principio di equità, che consiste nell'assicurare a tutti gli individui pari opportunità di giustizia sociale. La comunità sanitaria è concorde nel riconoscere che la salute è legata a doppio filo alle condizioni socio-culturali e politico-economiche presenti nelle diverse aree geografiche del mondo.

L'intensificarsi dei fenomeni migratori offre quindi l'opportunità ai moderni servizi sanitari di aggiornare le proprie priorità in agenda per tutelare la salute, intesa nella sua accezione più alta di fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, indipendentemente dai confini geopolitici entro cui questi servizi si sono evoluti.

Fatima ha circa 40 anni ed è arrivata in Italia sei anni fa da Casablanca, in Marocco. Ha appena ottenuto il permesso di soggiorno, e l'impatto con la sanità italiana è stato positivo:

“Ho incontrato il dentista, che mi ha fatto le radiografie. Qui è molto meglio che in Marocco, perché il medico mi ha fornito spiegazioni su cosa fare, come seguire le cure: mi sono sentita trattata con rispetto, come se fossi anche io italiana. La sanità in Marocco non funziona bene come in Italia: al mio paese bisogna pagare molti soldi per curarsi”.

Fatima non percepisce la differenza tra pubblico e privato, tra ospedale e servizio di volontariato.

Halima è una donna marocchina di 46 anni originaria di Tangeri. Nubile, è arrivata in Italia tre anni fa:

“Prima di partire per l'Italia sono stata operata di tiroide in Marocco. Vengo al poliambulatorio per fare i controlli e reperire le medicine. La mia è una grande famiglia, ma a Torino vivo solo con mia cugina. Lei ha un medico di base, ma lui non la ascolta, quindi non ci va più. Il medico le nega sempre ciò che le serve, non ascolta e non è disponibile: questo non va bene. Io vengo qui perché i medici mi ascoltano, sono brave persone: questo è bene. Ho fatto gli esami al Mauriziano e in un'ora ho finito tutto: anche questo è bene. Poi, però, ho portato gli esami al consultorio familiare (Centro ISI, ndr), ma non mi hanno ascoltato e mi hanno fatto aspettare tantissimo. Questo è male”.

“Partendo da quelli che possiamo ipotizzare come obiettivi per un immigrato - scrivo sul diario a margine di questi incontri - si ha l'impressione che per bene s'intenda essere riusciti a fuggire da una condizione sociale e politica opprimente; vivere in una società più ricca, che offre maggiori opportunità; raggiungere amici e parenti, guadagnare un po' di soldi e poi rientrare, acquisire competenze da investire nel paese d'origine. Per l'80% degli intervistati, fare ritorno al proprio paese è un obiettivo. Per male, ovviamente, gli intervistati intendono non essere riusciti a raggiungere questi obiettivi.

In riferimento alla qualità del servizio ricevuto, invece, il bene risiede nell'accoglienza, nella fiducia che si instaura con le persone che prestano assistenza e cura, nel tempo di attesa, nel poter ottenere i farmaci senza dover pagare, nel potersi permettere le cure dentistiche, nell'essere ascoltati e presi in carico. La difficoltà di relazione con i servizi sanitari e quindi l'accessibilità agli stessi può essere condizionata da molteplici fattori³⁷: il costo dei servizi, le possibili barriere fisiche (distanza dei servizi dall'abitazione, scarsi collegamenti con i mezzi di trasporto pubblico, assenza di mezzi di trasporto propri), lo stato giuridico della persona straniera (regolare o irregolare), l'organizzazione del servizio (orari, giornate di apertura), la diversità nell'informazione di tipo sanitario. Questi fattori sono considerati fortemente dipendenti dal tipo e dalle caratteristiche dell'organizzazione sociale della comunità e dal grado di integrazione nella rete locale”.

4.6. Disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità

Nel tentativo di chiarire a fondo le implicazioni dell'adozione di un approccio che coniughi salute e diritti umani, il Comitato sui diritti economici, sociali e culturali ha dichiarato che esistono quattro standard - o criteri - fondamentali, che gli Stati devono rispettare perché il diritto alla salute sia realizzato. Si tratta di disponibilità, accessibilità, accettabilità, e qualità.

Disponibilità significa che le strutture, i beni e i servizi, così come i programmi sanitari e di assistenza sanitaria pubblica, devono essere disponibili in quantità sufficiente all'interno dello Stato parte. L'effettiva natura delle strutture, dei beni e dei servizi varierà a seconda di numerosi fattori, incluso il livello di sviluppo dello Stato parte. Essi dovranno comprendere, tuttavia, elementi quali acqua potabile e servizi igienici adeguati (che ricordiamo essere parte dei determinanti della salute), ospedali, cliniche e altre infrastrutture utili ai fini della salute, farmaci essenziali e personale medico

³⁷Federazione Nazionale Collegi in L'infermiere n° 1/2012 *op. cit.* p.15.

qualificato.

Accessibilità significa che le strutture, i beni e i servizi sanitari devono essere accessibili a tutti, senza discriminazioni. Si tratta di una nozione formata da quattro dimensioni sovrapposte e segnatamente: non discriminazione, accessibilità fisica, accessibilità economica (sostenibilità) e accessibilità delle informazioni.

Non discriminazione: le strutture, i beni e i servizi devono essere accessibili a tutti, in particolare alle fasce più vulnerabili della popolazione, in fatto e in diritto, senza discriminazioni di sorta.

Accessibilità fisica: le strutture, i beni e i servizi sanitari devono essere accessibili materialmente, e senza problemi di sicurezza, a tutte le fasce della popolazione, in particolare ai gruppi più vulnerabili o emarginati, come le minoranze etniche o le popolazioni indigene, le donne, i bambini, gli adolescenti, gli anziani, i disabili e le persone affette da HIV/AIDS. L'accessibilità fisica implica, inoltre, che i servizi medici (nonché alcuni fra i principali determinanti della salute quale acqua potabile, servizi sanitari, cibo e via dicendo) siano in eguale misura concretamente accessibili, e senza problemi di sicurezza, anche nelle aree rurali. L'accessibilità fisica include, inoltre, un adeguato accesso agli edifici per i disabili.

Accessibilità economica: le strutture, i beni e i servizi sanitari devono essere economicamente accessibili a tutti. Il pagamento per i servizi di assistenza sanitaria, così come i servizi collegati ai determinanti sociali della salute, deve essere basato sul principio di equità, assicurando che questi servizi, indipendentemente dal fatto che siano forniti dal settore pubblico o da quello privato, siano sostenibili per tutti, inclusi i gruppi più svantaggiati. Il principio di equità richiede, infatti, che le famiglie più povere non siano gravate da spese sanitarie sproporzionate rispetto a quelle sostenute dalle famiglie più ricche.

Accessibilità delle informazioni: comprende il diritto di cercare, ricevere e diffondere informazioni e idee su questioni riguardanti la salute. Tuttavia,

l'accessibilità delle informazioni non dovrebbe pregiudicare il diritto di ciascun individuo a che i dati riguardanti la propria salute personale vengano trattati con riservatezza.

Accettabilità significa che tutte le strutture, i beni e i servizi sanitari devono rispettare l'etica medica ed essere appropriati dal punto di vista culturale. Devono perciò essere rispettose della cultura degli individui, delle minoranze, delle popolazioni e delle comunità, sensibili alle esigenze di genere. Esse devono inoltre essere strutturate in modo da poter tutelare la riservatezza e migliorare lo stato di salute delle persone interessate.

Qualità significa che le strutture, i beni e i servizi sanitari devono essere scientificamente e clinicamente adatte e di buona qualità. Questo richiede, ad esempio, la presenza di personale medico qualificato, di medicinali approvati scientificamente, non scaduti, di attrezzature ospedaliere all'avanguardia, di acqua potabile e sicura e di impianti igienici adeguati.

CAPITOLO 5

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Data la difficoltà di garantire l'approccio scientifico in una ricerca qualitativa, durante le interviste il ricercatore si è orientato all'ascolto attivo degli intervistati. A fondamento di questo approccio vi è la convinzione che la realtà debba essere considerata il frutto di una costruzione di senso alla quale partecipano i singoli attori e lo stesso ricercatore, che assume sia il ruolo di osservatore, sia di interprete del fenomeno. L'approccio qualitativo presenta limiti intrinseci³⁸, e con riferimento a questo specifico oggetto di studio se ne può evidenziare subito uno: la ristrettezza del campione. Questo studio ha avuto inizio con un disegno di ricerca fenomenologico, ma durante il percorso ha seguito anche un disegno di tipo etnografico acquisendo come strumenti della ricerca etnografica l'osservazione partecipante e il diario.

L'intervista costituisce lo strumento tipico dell'approccio qualitativo, rispondendo perfettamente al ragionamento teorico che la sostiene: il modo più adeguato per conoscere un fenomeno è quello di farsi raccontare, con dovizia di descrizioni, impressioni, opinioni e rappresentazioni, il fenomeno stesso da chi lo vive direttamente, testimonianza che attribuisce credibilità e concretezza alla riflessione finale.

5.1 Risultati

Il riferimento statistico, di seguito riportato, ha la funzione di rappresentare la distribuzione per genere ed etnia. L'utenza dell'ambulatorio è più femminile che maschile. Non è possibile dire se la predominanza femminile sia dovuta a una maggiore morbilità, oppure alla mancanza di requisiti all'accesso al SSN

³⁸ Corbetta P. La ricerca sociale, op.cit. pag.35.

da parte delle mogli degli emigranti. Pur senza generalizzare³⁹ si rileva che non esistono grosse differenze tra i generi coinvolti nella percezione dell'assistenza ricevuta.

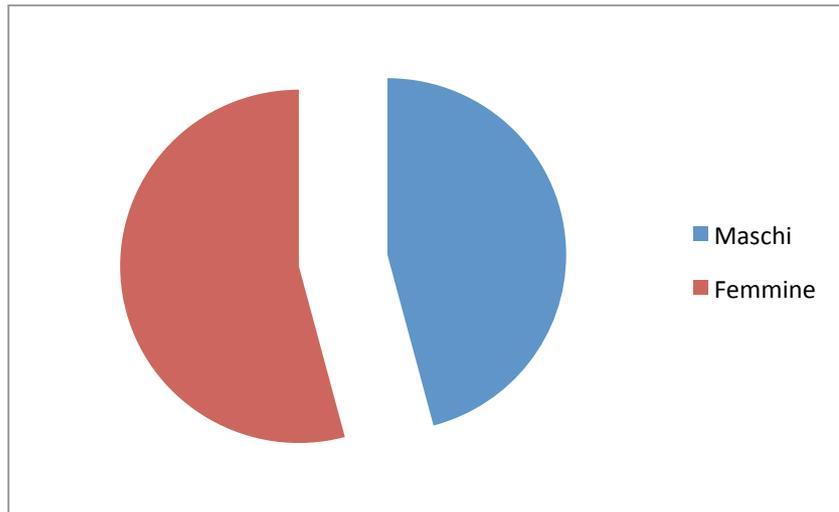


Figura 1. gráfico distribuição por gênero 2012-2013

Dai dati ISTAT 2013⁴⁰ i paesi di cittadinanza più rappresentati sono Marocco (513.374), Albania (497.761), Cina (304.768), Ucraina (224.588) e Filippine (158.308).

Marocco e Romania costituiscono quasi l'80% del totale degli utenti che afferiscono all'ambulatorio e seguono questa distribuzione:

³⁹ La generalizzazione non riguarda la ricerca qualitativa fenomenologica, che intende, invece, esplorare l'oggetto dello studio così come percepito dai partecipanti, senza la pretesa di inferire i risultati su una popolazione più ampia.

⁴⁰<http://www.istat.it/it/immigrati> (ultimo accesso 3 novembre 2013).

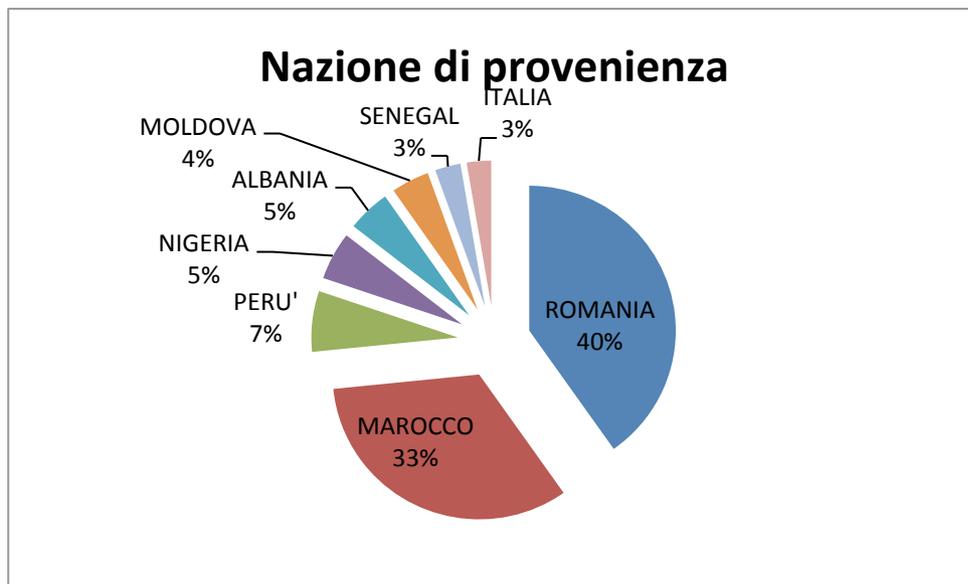


Figura 2. grafico nazioni di provenienza 2012-213

Gli intervistati sono stati in totale sedici: nove maschi e sette femmine, di cui otto provenienti dal Marocco, quattro dalla Romania, uno dall'Iraq, uno dal Sudan, uno dal Perù e uno dall'Egitto.

Durante le interviste sono stati annotati sul diario gli atteggiamenti delle persone come rappresentato nel grafico (allegato 7).

Quasi tutti gli utenti intervistati comprendono la lingua, anche se si esprimono con difficoltà. Due persone, un uomo iracheno e una donna peruviana non parlano la lingua italiana. Tutti gli intervistati si dimostrano interessati e otto persone su diciassette - circa la metà del campione - chiedono chiarimenti su come rivolgersi a un medico di medicina generale, o su come comportarsi quando si ha bisogno di assistenza sanitaria. Una sola persona si dimostra sospettosa e decide di non farsi intervistare. Confessa di praticare la "magia nera" e teme di essere denunciata.

Due persone, oltre a mostrarsi interessate offrono anche suggerimenti su come i pazienti si aspettano di essere accolti e ascoltati.

Sei persone su diciassette, oltre a dimostrarsi contente di essere ascoltate, apprezzano il fatto di poter esprimere ciò che pensano e di poter raccontare il proprio vissuto.

5.2 Discussione

Sebbene le interviste fossero state preparate con l'idea di sviluppare una determinata serie di temi (allegato 2 - 3), per mettere a proprio agio i pazienti si è scelto di lasciare che la narrazione toccasse gli argomenti che loro ritenevano più importanti.

In tutti i casi, l'intervista ha preso le mosse dalla ragione per cui gli utenti si erano recati al poliambulatorio: "*Come mai si è rivolto a questo servizio?*". Quello che è emerso durante il periodo di osservazione è che gran parte delle persone che si rivolgono alla struttura sono affette da problemi di salute poco rilevanti. A volte, però, patologie di bassa complessità creano grandi ansie, mentre può succedere che patologie importanti vengano sottovalutate per angoscia o paura o vengano trascurate perché non si manifestano con segni e sintomi evidenti. A questo riguardo è opportuno segnalare la difficoltà a comprendere il concetto di cura: talvolta è difficile proseguire nel tempo la cura per una malattia cronica perché il paziente immigrato non riesce a capire perché dovrebbe continuare a curarsi, se sta bene.

Le persone manifestano il bisogno di sentirsi accolte e ascoltate. Spesso presentano disturbi come cefalea, allergie, gastralgia, dolori diffusi, alcolismo e via dicendo. Gli operatori si trovano quotidianamente ad affrontare preconcetti, usanze e abitudini insolite per la nostra cultura, nonché una diversa percezione della malattia.

Alla domanda "*E' iscritto al Servizio Sanitario Nazionale?*" otto persone su sedici rispondono affermativamente.

Anche le persone iscritte al SSN – che quindi potrebbero rivolgersi a un medico di medicina generale – accedono al poliambulatorio perché non possono permettersi di pagare il contributo alla spesa sanitaria o non possono acquistare le medicine prescritte.

La domanda *“Se è irregolare, ha mai rinunciato a rivolgersi a un servizio sanitario-assistenziale per timore di andare incontro a denunce o altri problemi legali? Se sì, cosa ha fatto, come ha risolto la situazione?”* ha dato luogo a tre tipologie di risposta prevalente, che possiamo esemplificare con i racconti stessi degli intervistati.

Youssef, 20 anni, marocchino, racconta:

“Nel 2010, mentre cercavo di scappare dalla polizia che mi stava inseguendo, sono caduto, mi sono ferito gravemente e ho perso l’uso del braccio destro (...) Ho avuto tanti problemi a ottenere l’impegnativa del medico (...) Non ho il riconoscimento dell’invalidità e non ho documenti”.

Alle domande *“Quando sente l’esigenza di rivolgersi a un medico o ritiene di aver bisogno di assistenza sanitaria, a chi si rivolge in prima istanza? Come ha scelto il medico di base? Si reca da lui/lei con frequenza? In quali occasioni?”* dodici persone su sedici affermano di avere un medico di medicina generale, ma non si rivolgono a quel servizio perché non sono ascoltati, *“il medico è frettoloso”*, dicono.

Binette, 26 anni, camerunense. È in Italia da poco più di sei mesi.

“Da sei mesi vengo qui su indicazione di mia cognata, che vive a Torino da 5 anni. Al momento non lavoro. Ho un medico di base, ma il rapporto è problematico: lei non voleva farmi fare gli esami, senza spiegarmi il perché. Diceva che dovevo fare una donazione di sangue se volevo fare subito gli esami senza pagare. Io non capisco. Mio fratello mi ha detto di cambiarla, quindi mi sono rivolta all’associazione Camminare Insieme. Qui i mediatori culturali mi aiutano, qui mi ascoltano. E poi qui non bisogna pagare le medicine e gli esami”.

Altri intervistati sostengono che sia inutile andare dal medico se poi non si hanno i soldi per comprare le medicine. *“Perché sei venuto qui?”*.

*“Sono qui per una sinusite. Ho la tessera sanitaria, ma non posso pagare”.
“Come hai saputo dell’associazione Camminare Insieme?”. “Conosco B. il
mediatore, lui mi ha aiutato (...)”.*

Le interviste hanno avuto inizio, infatti, dal colloquio con alcuni mediatori culturali e operatori sanitari e non. Le interviste con gli operatori hanno avuto lo scopo di facilitare la comprensione del fenomeno studiato e attraverso un rapporto diretto e colloquiale si sono raccolti i dati utili ad analizzare i contenuti delle interviste fatte agli utenti.

Nelle interviste è emerso come il modello assistenziale sul quale sono definite le prestazioni ambulatoriali offerte dall’associazione è sovrapponibile da un punto di vista tecnico e clinico a quelle offerte dal SSN o da privati operanti in Italia, mentre la vera differenza sta nell’approccio metodologico al bisogno di salute, che come abbiamo detto consiste in un’adeguata accoglienza e nella percezione culturale della malattia.

Le risposte date dai servizi torinesi alle esigenze e richieste degli immigrati, in particolar modo se irregolari, sono ritenute adeguate in condizioni di emergenza, mentre le prestazioni continuative risultano carenti. Il rischio è che i servizi pubblici e l’amministrazione delegino al terzo settore la gestione di situazioni critiche, rimandando risposte di tipo strutturale. L’intervento dei privati e delle poche strutture pubbliche sensibili alle esigenze degli immigrati, purtroppo, diventa il più delle volte una giustificazione dietro cui le istituzioni nascondono il proprio disimpegno.

I mediatori e gli operatori intervistati, infatti, hanno evidenziato le seguenti problematiche.

B: “Gli stranieri preferiscono utilizzare i servizi del terzo settore, come quelli forniti dall’ISI o dall’associazione Camminare Insieme, anche se sono regolari e dovrebbero accedere ai servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale. Questo accade per la presenza di mediatori che parlano la loro stessa lingua e perché l’accesso è più facile e meno burocratizzato”.

A: “Molti stranieri regolari non sembrano essere consapevoli di avere lo stesso diritto di accesso e fruizione al Servizio Sanitario Nazionale di un cittadino italiano, di poter avere un medico di base”.

F: “Non tutti gli stranieri sono preparati ad affrontare le pratiche burocratiche necessarie per l’accesso al Servizio Sanitario Nazionale, compresa l’emissione della tessera sanitaria”.

Secondo gli operatori intervistati, una delle priorità che il Servizio Sanitario Nazionale deve perseguire, nell’ottica di un’apertura multiculturale, è la ridefinizione e l’aggiornamento dei servizi esistenti, che sono pensati per un ambiente “monoculturale”.

Attualmente ciò che demoralizza gli utenti è il complesso iter burocratico, le lunghe attese per accedere ai servizi e la scarsa preparazione alla relazione e al dialogo agli sportelli, oltre che le ben note barriere linguistiche e culturali e la carenza di mediatori culturali formati.

Rispetto a questi problemi, nonostante le ASL e le aziende ospedaliere abbiano attivato corsi promossi dalla Regione, la formazione resta ancora inadeguata, sia dal punto di vista legislativo, sia da quello culturale e relazionale.

Il primo contatto tra il poliambulatorio Camminare Insieme e l’utente immigrato avviene di solito tramite il passaparola all’interno della propria comunità. Secondo quanto è emerso dalle interviste, l’accesso ai servizi è direttamente correlato alla propria rete sociale e al grado di scolarizzazione⁴¹. Dalle interviste è risultato che gli operatori, in generale, prestano molta attenzione al paziente, specie nel momento in cui comunicano una diagnosi o prescrivono una terapia. Il medico e l’infermiere spiegano la corretta somministrazione della terapia, avvalendosi – quando necessario – dell’intervento del mediatore culturale per non correre il rischio che il paziente non la segua. Tale risposta fa sì che anche gli immigrati regolari, che potrebbero beneficiare di tutte le prestazioni offerte dal Servizio Sanitario Nazionale, continuino a non utilizzare le strutture pubbliche, e a rivolgersi alla

⁴¹ Koser K. Le migrazioni internazionali, Bologna: Il Mulino; 2007.

Camminare Insieme, dove sanno di poter trovare operatori disponibili al dialogo e risposte di carattere non solo sanitario, ma anche socio-assistenziale.

Fatima, 40 anni, marocchina. È in Italia da 6 anni.

“Al centro ISI non ho ricevuto informazioni esaurienti (...). Sono andata al Maria Vittoria e al Cottolengo per fare degli esami e ho avuto problemi a farmi capire, ma ho sempre trovato persone disponibili. Mi hanno trattato bene, sia gli uomini sia le donne, tuttavia io preferisco qui, perché mi danno spiegazioni su cosa fare o non fare”.

Sara, circa 30 anni, marocchina. È in Italia da 4 anni.

“Sono andata dalla pediatra del Servizio Sanitario Nazionale: anche se ogni tanto non ci capiamo, lei è sempre gentile con me. La crema che mi ha detto di acquistare, però, è troppo cara per me, mentre qui è gratuita. In ospedale i mediatori non ci sono, qui invece sì. Qui mi ascoltano, parlano la mia lingua e mi danno anche le medicine. All’ospedale Sant’Anna mi sono trovata bene perché mi hanno aiutata in tutto: sono stati gentili e l’ostetrica è stata molto umile con me: non si poneva in una posizione di superiorità (...).”

Le criticità del SSN, legate prevalentemente all’accoglienza e all’approccio multiculturale, potrebbero essere affrontate fornendo agli operatori una maggiore e più adeguata formazione, anche linguistica.

Più in generale lo Stato Italiano dovrebbe aiutare la popolazione immigrata a conoscere meglio e nel dettaglio il funzionamento del SSN.

L’utilizzo sistematico dei servizi offerti dal SSN risulta nella maggior parte dei casi problematico, a detta degli intervistati, in quanto essi riscontrano scarsa flessibilità nella fase di accesso e scarsa attenzione alle esigenze culturali e comunicative. Gli immigrati ammettono di avere una scarsa conoscenza delle regole e dei servizi della sanità pubblica.

Il modo in cui si accede e si utilizza un servizio dipende da molti fattori: provenienza, esperienze pregresse, livello economico, ma il primo scoglio che gli immigrati incontrano è quello linguistico: spesso non riescono ad accedere o a utilizzare i servizi per problemi di comprensione della lingua italiana.

Mediatore A.

“Il concetto di corpo, salute e malattia, è strettamente correlato al contesto socio-culturale d’origine e influenza l’accesso alla struttura sanitaria”.

Diario:

“È evidente che la tutela della salute di un immigrato irregolare è fortemente pregiudicata dalla sua condizione sociale. Tutti gli intervistati evidenziano problemi che vanno oltre la condizione sanitaria, di carattere sociale; la domanda sociale assume, infatti, un’importanza uguale, se non maggiore, rispetto a quella di cura”.

Dimitru, circa 50 anni, romeno. È a Torino dal 2000.

“Ho la tessera di questo ambulatorio dal 2001. Quando sono arrivato a Torino c’era lavoro: per qualche anno è andato tutto bene, poi nel 2008 ho perso il lavoro e sono ritornato in questo ambulatorio. È iniziato un periodo difficile, fatto di lavori saltuari, ma ormai da tre anni sono disoccupato”.

Omar, 45 anni circa, marocchino.

“Mio fratello è arrivato in Italia nel 1990. Vivevo insieme a lui, ma qualche anno fa ci hanno dato lo sfratto. Lavoro come posso: d’inverno mi reclutano per spalare la neve, e ogni mattina vado al mercato di Porta Palazzo per fare piccoli lavori. Dormo in macchina, con una coperta”.

Poiché lo stato di benessere è strettamente correlato allo stato sociale, al momento della presa in carico del paziente, la valutazione delle condizioni di vita (abitazione, disponibilità economica, lavoro...) ha la medesima importanza della valutazione clinica.

In un simile scenario, la funzione del mediatore culturale non è soltanto quella del traduttore simultaneo, ma in molti casi contribuisce a creare un clima di fiducia che facilita il dialogo e la comprensione. La presenza del mediatore fa sentire il paziente a proprio agio e lo incoraggia ad accedere ai servizi. Al poliambulatorio Camminare Insieme, infatti, la presenza di un mediatore arabo B. facilita l’accesso ai tanti pazienti di lingua araba.

Alla domanda: *“Ha mai avuto problemi di tipo linguistico o comunicativo? Se sì, quali soluzioni sono state adottate?”* sei persone su diciassette hanno risposto affermativamente, mentre due su diciassette preferiscono evitare che qualcuno traduca o interpreti quanto dicono e quindi non accettano l’offerta di supporto da parte del mediatore per mancanza di fiducia.

“Adottando il metodo dell’ascolto attivo con i mediatori - riporto sul diario - sono emerse informazioni che chiariscono la reale collocazione di questa figura nel rapporto di cura dei pazienti immigrati. In base a quanto testimoniato da uno dei professionisti dell’associazione Camminare Insieme, il ruolo del mediatore nelle strutture pubbliche è ancora quello marginale di traduttore, non è considerato un operatore facente parte del servizio, ma risponde a una situazione di emergenza: il mediatore è chiamato in causa quando affiora il bisogno, mentre dovrebbe essere un professionista organico al servizio. Al contrario, nel poliambulatorio il mediatore linguistico-culturale non è una figura esterna e supplementare, ma è inserito tra gli operatori del servizio, collabora e partecipa ai progetti dell’associazione. I problemi di incomprensione linguistica spesso creano una situazione conflittuale, di sfiducia negli operatori e nell’utente migrante, motivo per cui il mediatore svolge un ruolo fondamentale, non solo sul fronte dell’interpretariato, ma in termini culturali. Egli possiede gli strumenti per interpretare il comportamento delle persone che hanno un’altra visione del mondo e una diversa percezione di concetti come quelli di salute, malattia o morte”.

Elvira, 38 anni circa, peruviana. È in Italia da cinque anni.

“Sono iscritta al Servizio Sanitario Nazionale e non so cosa sia un mediatore. Non ho mai avuto a che fare con un mediatore, nemmeno nelle visite con mio marito. Ci prepariamo con cura la sera prima di una visita, ma spesso usciamo con la sensazione di non essere riusciti a spiegare tutto”.

Corina, meno di 30 anni, romena. È in Italia da sette anni e presenta una lieve disabilità cognitiva.

“Qui i dottori sono bravi (...) All’ISI è un casino. La dottoressa è brava, ma allo sportello urlano, non riusciamo a capirci. Quando urlano, io li lascio urlare (...). La mia tessera è scaduta da un anno, ma non hanno voluto rinnovarmela”. “Le è mai stato proposto (o ha richiesto) l’intervento di un mediatore?” “Sì, è successo qui a Camminare Insieme. Qui mi hanno aiutato (...)”.

Alla domanda *“Cosa chiederebbe a questo ambulatorio? Si sente ascoltato?”* tutti gli intervistati hanno risposto di aver ricevuto informazioni adeguate per quanto riguarda lo stato di salute, la malattia, ma soprattutto sono grati per l’assistenza e le cure ricevute. Si sentono ascoltati, valore fondamentale per i

pazienti immigrati, perché hanno la sensazione che qualcuno li aiuti davvero, facendosi carico non solo dei problemi sanitari, ma anche di quelli socio-assistenziali. Le donne intervistate parlano benissimo della pediatra che presta servizio presso l'ambulatorio e chiedono di poter accedere con più frequenza e regolarità al servizio.

Sono tutti molto contenti dei servizi che ricevono, in special modo di quello di odontoiatria, anche perché senza l'ausilio del poliambulatorio i pazienti immigrati non potrebbero risolvere il problema delle cure dentarie. Apprezzano molto l'intervento educativo del personale sanitario, che permette loro – nei limiti del possibile – di fare un minimo di prevenzione.

Durante i racconti si possono cogliere alcuni suggerimenti riguardanti la struttura, che potrebbe essere più grande, disporre di una maggiore dotazione tecnologica e garantire un numero più ampio e qualificato di prestazioni. Altri consigli riguardano il personale sanitario, che potrebbe essere più giovane.

Il numero di persone che affluiscono al centro è in crescita e il motivo potrebbe essere anche l'impossibilità per molti di acquistare le medicine. Alcuni arrivano in ambulatorio dopo aver già consultato il medico di medicina generale, ma non sono nelle condizioni di poter acquistare i farmaci prescritti. Altre volte invece vogliono avere la conferma di quanto espresso e prescritto da un clinico, probabilmente per mancanza di fiducia o per l'incertezza di esser stati capiti.

5.3. Conclusione - Una Sanità migliore, una società più giusta

La migrazione è un fenomeno sociale, un'esperienza umana che coinvolge ogni sfera: economica, sociale, politica, culturale e religiosa. A migrare, indipendentemente dalla motivazione, sono per lo più persone giovani adulte che nel paese d'origine appartengono alle classi sociali meno disagiate, con un grado d'istruzione medio e in buona salute. Il quadro

tuttavia è complicato dalla diversificazione dei flussi migratori, dall'invecchiamento della popolazione migrata, dai ricongiungimenti e quindi anche dal probabile ingresso dei componenti più fragili del nucleo familiare, dall'adozione di stili di vita non sovrapponibili a quelli del paese di provenienza⁴².

Al fine di migliorare l'accesso ai servizi sanitari, nascono gli ambulatori di volontariato convenzionati con le Aziende Sanitarie del SSR. Tali ambulatori forniscono assistenza medica di base gratuita. Da decenni, l'associazione Camminare Insieme fornisce a persone indigenti servizi sanitari e socio-assistenziali che sotto il profilo qualitativo si allineano agli standard del nostro Sistema Sanitario Nazionale.

L'approccio al paziente viene lasciato alla discrezione e alla sensibilità del personale sanitario, che si avvale quotidianamente del mediatore culturale, figura integrata che svolge una funzione cruciale per la qualità del servizio, tenuto conto che lo stato d'animo dell'utenza è gravato da sentimenti di disorientamento, sconforto, disperazione, rabbia e paura.

I punti di forza del poliambulatorio Camminare Insieme sono la competenza e la qualità umana del personale, che oltre a essere preparato dimostra di conoscere le esigenze sanitarie della popolazione di riferimento e di dedicargli il tempo necessario a costruire un legame. L'accessibilità e la fruibilità del servizio offerto dal poliambulatorio sono difficilmente riproducibili in altre strutture pubbliche o private, perché questi due fattori si reggono su atteggiamenti di apertura, in quanto lo spirito del volontario rende inevitabilmente il soggetto benevolo, sensibile, accogliente e dunque disposto ad ascoltare, capire, assistere e curare.

I punti di debolezza, invece, sono riscontrabili nei costi da sostenere per tutte le prestazioni richieste, nella carenza di operatori sanitari volontari, nei limiti strutturali che non permettono di rispondere a esigenze più complesse.

⁴² Marceca M, Geraci S, Martino A. *Esperienza migratoria, salute e disuguaglianze*. In A caro prezzo, Le disuguaglianze nella salute, 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale; Pisa: Edizioni ETS; 2006, pp. 292 – 306.

Per migliorare ulteriormente la qualità del servizio si potrebbero elaborare dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, almeno per i problemi di salute più trattati, che tengano conto delle caratteristiche della popolazione di riferimento, cioè della differente percezione dell'idea di salute e malattia che c'è tra l'utenza italiana e quella degli immigrati. Una scelta simile farebbe dell'atto sanitario una fase attiva del processo di integrazione dei migranti.

Sul fronte formativo, si è riscontrata la marcata esigenza di corsi in grado di accrescere le competenze relazionali e di accoglienza del personale sanitario, per aumentarne la capacità di gestire il contesto multiculturale.

Poiché una corretta informazione è in grado di migliorare alcune problematiche socio-assistenziali, potrebbe essere utile l'utilizzo di strumenti comunicativi multietnici, progettati e pensati per l'utenza afferente a questo tipo di strutture.

L'indagine sulla percezione dell'assistenza sanitaria erogata dall'associazione Camminare Insieme e l'analisi delle attese dei pazienti stranieri, nei confronti del nostro sistema sanitario, mi ha dato l'opportunità di vivere una intensa e costruttiva esperienza di lavoro e di vita. L'augurio è di aver contribuito – seppur in minima parte – a chiarire quali sono i problemi da risolvere per arrivare a una maggiore integrazione dei migranti e all'abbattimento, anche se parziale, dei tanti e radicati pregiudizi che ci sono ancora intorno a questo argomento. La speranza, in tal senso, viene dai volontari, che ogni giorno si distinguono per generosità e umanità, un esempio che rappresenta lo stimolo più grande per chi, come me, collabora con questo tipo di associazioni per costruire, mattone su mattone, una comunità più aperta e solidale e una società più giusta.

BIBLIOGRAFIA

- Amato F., Società Geografica Italiana, Atlante dell'immigrazione in Italia, Roma, Ed. Carocci 2008.
- Ambrosini M., Sociologia delle migrazioni, il Mulino, Bologna 2005.
- Anolli L., Il pensiero multiculturale, Il Mulino, Bologna 2005.
- Atkinson R., L'intervista narrativa: raccontare la storia di sé nella ricerca formativa, organizzativa e sociale, Milano, Ed. cortina, 2002.
- Attali J., l'Homme nomade, Fayard, Paris 2003.
- Bacetti S., La comunicazione interculturale in sanità, Centro Scientifico Torino, 2001.
- Bellotto M., Accorgimenti per la funzionalità della situazione di colloquio, in Trentini G. (a cura di), Manuale del colloquio e dell'intervista, ISEDI, Milano, 1980.
- Beneduce R. (a cura di) Mente, persona, cultura. Materiali di etnopsichiatria, L'Harmattan Italia, Torino, 1999.
- Beneduce R., (a cura di) Saperi, linguaggi e tecniche nei sistemi di cura tradizionali, L'Harmattan Italia, Torino, 1997.
- Bonciani M., Mediazione culturale ed organizzazione dei servizi. Salute e territorio 2005; 152: 292-294.
- Brummer D. Labour Migration and HIV/AIDS in Southern Africa, IOM Regional Office for Southern Africa, International Organization for Migration, 2002.
- Cardaci R., Dovis P., Griseri P. Poveri nella città. Dove vivono e che cosa chiedono a Torino, CELID, 2013.
- Cardamone G., Inglese S., Migrazione e malattie mentali nella realtà italiana (1978-1996) in Lanternari V., Ciminelli M.L. Medicina, magia, religione, valori. Napoli, Ed. Liguori, 1998.

- Cicognani E., *Psicologia Sociale e ricerca qualitativa*, Roma, Ed. Carocci 2002.
- Cingolani P., *Romeni d'Italia*, Il Mulino, Bologna, 2009.
- Codini., Cutini R., Ferrero M., *I diritti sociali degli stranieri*, Milano, UTET Giuridica, 2009.
- Corbetta P., *Metodologie tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna 1999.
- Corbetta, Gasperoni, Pisati, *Statistica per la ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna 2001.
- Costa G., Spadea T., *Diseguaglianze di salute in Italia in Epidemiologia e prevenzione*, anno 28 supplemento (3) maggio-giugno 2004.
- De Rose C., *Che cos'è la ricerca sociale*, Roma, Ed. Carocci, 2003 ed: L'Harmattan Italia, Torino, 1996.
- Geraci S., "La sindrome di Salgari...vent'anni dopo", in *Janus*, 21/2006.
- Geraci S., Malsano B., Mazzetti M., (a cura di) *Migrazione, salute, cultura, diritti. Un lessico per capire*, Caritas diocesana di Roma 2005.
- Giesbrecht M.D., Crooks V.A. "Examining the language-place-healthcare intersection in the context of Canadian homecare nursing in "Nursing Inquiry", 2014;21(1):79-90.
- Giorgi A. *Sketch of a Psychological Phenomenological Method. Phenomenology and Psychological Research.* / Ed. A. Giorgi. Pittsburgh: Duquesne University Press 1985.
- Giorgi, A. *Concerning a Serious Misunderstanding of the Essence of the Phenomenological method in Psychology.* *Journal of Phenomenological Psychology* 2008; 39 (1): 33-58.
- Giorgi, A. *Concerning variations in the application of the Phenomenological Method.* *The Humanist Psychologist* 2006; 34 (4): 305-319;

- Giorgi, A. The Question of Validity in Qualitative Research. *Journal of Phenomenological Psychology* 2002; 33 (1): 1-18.
- Giorgi, A. The Theory, Practice and Evaluation of the Phenomenological Method as a Qualitative Research Procedure. *Journal of Phenomenological Psychology* 1997; 28 (2): 235-260.
- Koser K., *Le migrazioni internazionali*, Bologna, Ed. Il mulino, 2007.
- Lévi-Strauss C., *Razza e storia Razza e cultura*, Torino, Ed. Einaudi 2002.
- Licursi S., *Sociologia della solidarietà*, Roma, Ed. Carocci, 2010.
- Lyn R.,Morse J.M., *Fare ricerca qualitativa*, Milano, Ed. italiana a cura di Fabiana Gatti e Guendalina Graffigna, Franco Angeli, 2009.
- Manara D. F. *Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*. Ed. Lauri srl. Milano 2000.
- Marmot M.,*The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. London, Bloomsbury Publishing Plc. 2004.
- Mazzetti M., *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto*, Roma, Ed: Carocci Collana: Le professioni sanitarie 2003.
- Mazzetti M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano*, 1996.
- Mazzetti M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e uomini che migrano*. L'Harmattan Italia, Torino, 1997.
- Miranda A., Signorelli, M. (a cura di) *Pensare e ripensare le migrazioni*, Palermo: Sellerio, 2011.
- Oudshoorn A.,Ward-Griffin C.,*Client-provider relationships in a community health clinic for people who are experiencing homelessness in "Inquiry Nursing"* 2013; 20(4): 317-328.
- Perrotta D., *Vite al lavoro*, Il Mulino, Bologna, 2011.

- PSSR CAP. 2 Scelte Prioritarie, 2.1.1 “Vulnerabilità sociale e salute” 2012-2015.
- Riccio B. (a cura di) Antropologia e migrazioni, CISU, Roma, 2014.
- Ricucci R., Italiani a metà. Il Mulino, Bologna, 2010.
- Surbone A. MD PhD New York University, (materiale didattico a.a.2012-2013)
- Vianello F., Migrando sole, Franco Angeli, Milano, 2010.
- Vietti F. et al., Il paese delle badanti, SEI, Torino, 2012.
- Zammuner V., L., Tecniche dell'intervista e del questionario, Bologna, Ed. Il Mulino, 2003.

Sitografia

- <http://www.statistica.unimib.it>
- <http://demo.istat.it/altridati/permessi/index.html>
- <http://www.comune.torino.it/prefto/uffici/osservatorio/pdf/12.pdf>
- <http://www.FIERI.it>
- <http://www.finesettimana.org.rassegnastampa>
- <http://www.instituteoftheequity.org/built-environment-task-group>
- <http://www.istat.it/it/immigrati>
- <http://www.piemonteimmigrazione>
- http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Le_politiche/salgari_janus.pdf

Allegato 1

Dati utenza e prestazioni

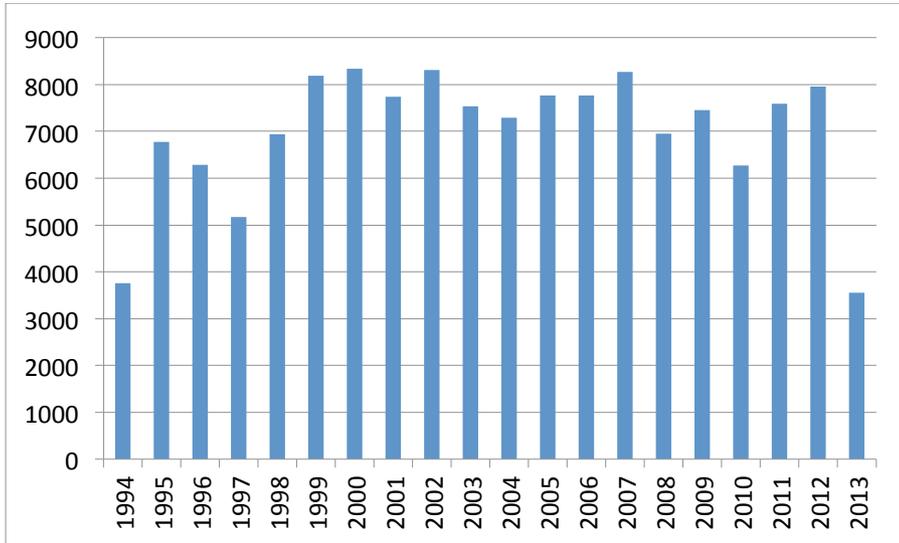


Figura 3. numero prestazioni annuali 1994-2013

Dal seguente grafico si può vedere che le prestazioni erogate sono incrementate nei primi anni e si sono stabilizzate sulle 7.000 prestazioni l'anno fino al 2012 (l'esiguo numero di prestazioni del 2013 è dovuto al fatto che il monitoraggio si arresta al mese di maggio). La tipologia di prestazione è variata, come si può osservare nei due grafici che seguono.

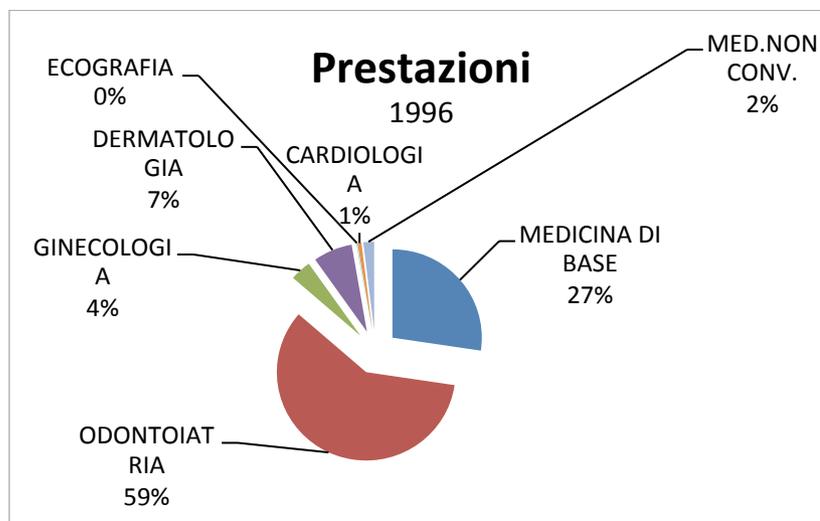


Figura 4. Prestazioni richieste 1996

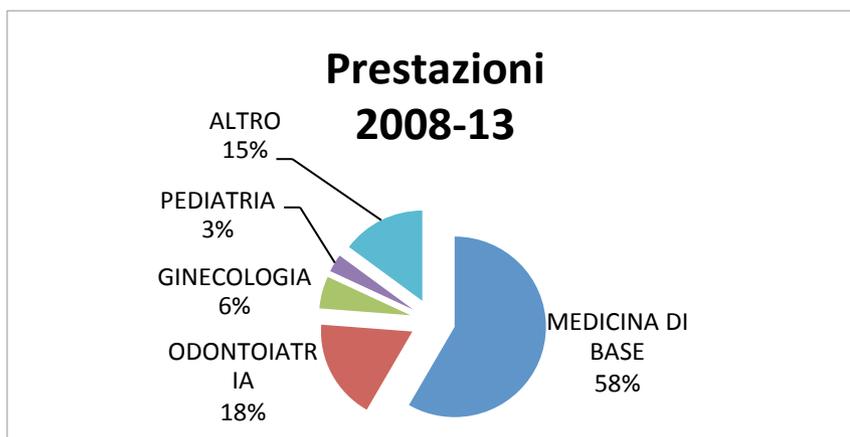


Figura 5. Prestazioni richieste 2008-2013

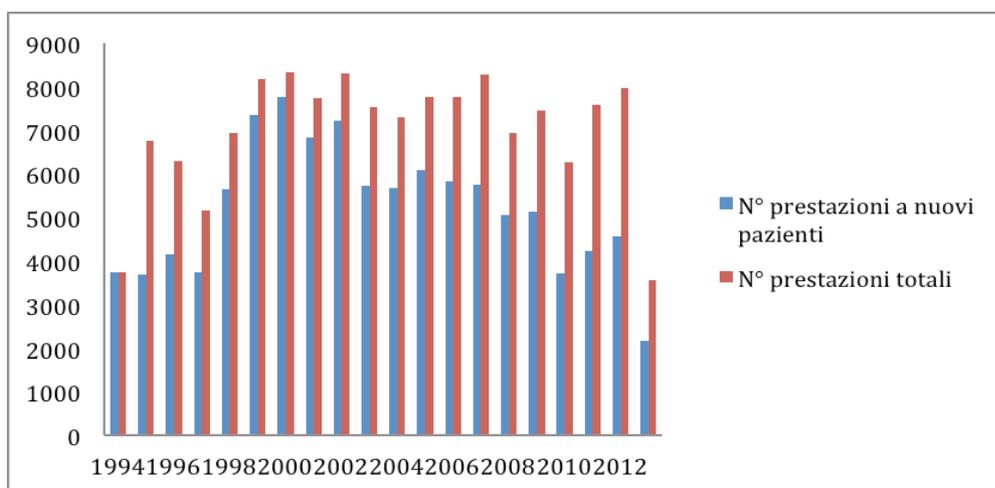


Figura 6. Prestazioni erogate a nuovi pazienti

A oggi sono state assistite complessivamente circa 37.000 persone. Ogni anno circa 2.000 nuovi pazienti si rivolgono all'Associazione "Camminare Insieme", richiedendo mediamente 2,5 prestazioni a testa.

Il ruolo dell'Associazione si suppone sia dunque di "supplenza temporanea" e non di erogatore abituale di servizi sanitari gratuiti sempre rivolti alle stesse persone.

Allegato 2

Traccia di intervista agli osservatori privilegiati/operatori

1. Dati dell'intervistato: Età, sesso, provenienza, professione, anzianità, ruolo all'interno del servizio in cui opera.

2. Descrizione del servizio

a) In che cosa consiste il servizio?

b) Quali sono le principali attività che si svolgono?

3. Gli utenti

a) A quale utenza è rivolto (tipologia di paziente / settore della popolazione / rilevanza dell'iscrizione al SSN)?

b) Quali sono i criteri di accesso?

c) Come avviene l'accesso? Arrivano direttamente e in forma autonoma al servizio o ci sono degli invianti? I percorsi di accesso dei pazienti stranieri iscritti e non iscritti al SSN sono gli stessi rispetto a quelli degli italiani?

d) Gli utenti stranieri che si presentano da voi, hanno chiara la tipologia di servizio che fornite?

4. Fruizione

e) Ritiene che ci siano delle criticità/problemi nel funzionamento/erogazione del servizio in termini generali? Quali? A cosa vanno attribuiti?

f) Ritiene che tutti gli utenti stranieri riescano a raggiungere il servizio? Per quelli che non riescono, a cosa va attribuita questa difficoltà?

- g) Esistono dei problemi/criticità/difficoltà specificamente legati agli utenti stranieri nell'erogazione del servizio? Può fare degli esempi concreti?
- h) Esistono delle barriere di tipo socio-culturale, linguistico o religioso? Ci può fare degli esempi concreti?
- i) Quali risorse sono state attivate per affrontare queste situazioni?
- j) Quali giudizi hanno espresso gli utenti stranieri riguardo al vostro servizio? Quali problemi hanno evidenziato?
- k) Ritiene che i migranti che si sono rivolti alla vostra struttura integrino le cure con sistemi alternativi o usufruiscano di altri servizi informali, provenienti dalle reti comunitarie o amicali? Perché, a suo avviso, fanno questa scelta? Può fornire degli esempi concreti?

5. Le risorse formative e comunicative

- l) Come viene informata la cittadinanza dell'esistenza e delle caratteristiche del servizio?
- m) Gli utenti stranieri che accedono al servizio sono informati sui propri diritti? Come viene gestita la firma del consenso informato con i pazienti stranieri?
- n) Si è tenuto conto della multiculturalità a livello organizzativo/formativo? In quale modo?
- o) Esiste un servizio di mediazione culturale?
- p) Come funziona e qual è il percorso per attivarlo?
- q) Come operatore, che opinione ha degli interventi del mediatore? Quali sono i pro e quali le potenziali difficoltà?

Allegato 3

Traccia di intervista agli utenti afferenti al Poliambulatorio “Camminare Insieme”.

Storia personale
<ol style="list-style-type: none">1. Dati anagrafici (età, sesso, luogo di nascita, madrelingua, luogo di residenza, occupazione).2. Da quanto tempo vive in Italia? Ha vissuto in altri paesi oltre al suo prima di venire in Italia?3. Di che cosa si occupava nel suo paese di origine? Qual è la sua formazione scolastica e dove l'ha conseguita?4. Quali sono le sue condizioni economiche e quelle della sua famiglia?
Disponibilità / Accessibilità
<ol style="list-style-type: none">1. si È iscritto al Servizio Sanitario Nazionale? Se sì:2. Da quando è iscritto? Dall'arrivo in Italia o in una fase successiva?3. Ha trovato degli ostacoli burocratici o procedurali nella fase di iscrizione al SSN?4. Quando sente l'esigenza di rivolgersi a un medico, o ritiene di aver bisogno di assistenza sanitaria, a chi si rivolge in prima istanza?5. Come ha scelto il medico di base? Si reca da lui/lei con frequenza? In quali occasioni?6. Ha mai avuto dei problemi di comunicazione? È soddisfatto del rapporto che si è instaurato? Si è creato un clima di fiducia?7. Ha mai avuto problemi per accedere a specifici servizi? Quali?8. Se è irregolare, ha mai rinunciato a rivolgersi a un servizio sanitario-assistenziale per timore di andare incontro a denunce o altri problemi legali? Se, cosa ha fatto, come ha affrontato la situazione?
Accessibilità / Disponibilità
<ol style="list-style-type: none">1. Perché si è rivolto a questo servizio?2. È un servizio a cui si rivolge abitualmente o si tratta di una situazione particolare?3. Come ha conosciuto questo servizio?4. Una volta saputo che esisteva questo servizio, ha trovato delle difficoltà a contattarlo e a ricevere l'assistenza desiderata? Quali?5. Ritiene di aver ricevuto un servizio di qualità? Se avesse avuto la possibilità, avrebbe preferito rivolgersi ad altri tipi di servizio? Quali?6. Ha mai dovuto rinunciare a fare delle scelte a tutela della sua salute che avrebbe ritenuto importanti per via dei costi?7. Si è mai sentito discriminato? Se sì, per quali ragioni e in quali occasioni? Può raccontarci qualche episodio?

Accettabilità / Qualità
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ha mai avuto problemi di tipo linguistico o comunicativo? Se sì, quali soluzioni sono state adottate? Le è mai stato proposto (o ha richiesto) l'intervento di un mediatore? 2. Se ha mai avuto il supporto di un mediatore culturale, può raccontarci la sua esperienza? 3. Ha mai avuto problemi o difficoltà legate a situazioni di tipo religioso o culturale? (scelte alimentari, genere, usanze, rappresentazioni del corpo). 4. Ritieni di potersi confrontare con gli operatori su queste tematiche? Ha mai provato a parlarne? Se sì, ha trovato degli interlocutori disposti a prendere in considerazione il suo punto di vista? 5. Le indicazioni terapeutiche sono state chiare e comprensibili? Pensa che ci siano ostacoli a seguire le indicazioni ricevute? Di quale tipo? Ne ha parlato con il medico? 6. Ha ricevuto informazioni adeguate per quanto riguarda il suo stato di salute, la malattia o la condizione che l'ha portata a rivolgersi a un servizio sanitario e le eventuali terapie? Come valuta queste informazioni? Le sembrano attendibili?
Accettabilità / Qualità
<ol style="list-style-type: none"> 1. Le è capitato di rivolgersi in passato ad altri servizi in ambito sanitario? (per es. ospedali, accertamenti, interventi chirurgici, gravidanze, assistenza pediatrica e altri) Può raccontarci la sua esperienza? 2. Ha avuto la possibilità di trovare una risposta alle sue esigenze? Si ritiene soddisfatto dei servizi erogati? 3. Cosa chiederebbe a questo ambulatorio? Si sente ascoltato? 4. Quali aspetti di queste esperienze ritiene positivi/soddisfacenti? Quali negativi/insoddisfacenti?
Percorsi alternativi
<ol style="list-style-type: none"> 1. Oltre al servizio sanitario, ci sono altri servizi a tutela della salute a cui le capita di rivolgersi? Se sì, quali? 2. Ha ancora contatti con l'assistenza sanitaria nel suo paese o in un altro paese? 3. Usa forme di medicina alternativa o rimedi casalinghi/tradizionali? In quali casi? Può raccontarci qualche esperienza?

Allegato 4

INTERVISTA 12-02-14: Elvira

Perú, inscrita en el NHS, de unos 38 años de edad, residente en Italia desde hace 5 años. Una hija de 12 años, que estaba casado. Trabajadora doméstica, pero sólo pequeños trabajos, unas pocas horas.

Me vuelvo a caminar juntos por cuestiones de tiempo y la posibilidad de tener ReglanTM.

Tengo un médico de familia, pero no puedo llevar a su hija porque los tiempos coinciden con las horas de escuela la niña. Pasé por un largo calvario con su marido antes de ser capaz de determinar la causa de un malestar que se hizo cada vez más intenso, pero eso fue siempre un poco minimizada por los distintos operadores. No están hechos para el diagnóstico. Un día el dolor se vuelve insoportable y presenta asociado con otros síntomas graves. Ellos finalmente diagnosticados de riñón (colecistitis aguda, ?) Habían bloqueado la vesícula ... incluso el hígado ... era peor, que nos daba miedo. La situación tiene una conclusión positiva: la asistencia recibida durante la operación y en cualquier etapa de la hospitalización fue inaceptable. No sé ... ¿cuáles son los mediadores, nunca usados. Incluso las visitas con mi marido. Es muy interesados en la investigación y me piden detalles sobre lo que estamos haciendo. Y agregó, "es importante que usted sepa las cosas, si alguien alguna vez dice algo nada puede mejorar".

Allegato 5

INTERVISTA 12-02-14: Ibrahim

“Refugee initially in Belgium and in the Netherlands and then to Italy. I'm in Italy for about 5 years and I would stay here if I could, where I built friendships while in other countries in terms of human I have not integrated. Access to Italy is through a housing project full of problems: dormitory with people from other countries. The spaces are minimal, poor hygienic conditions...My documents are in Trapani. Then in Turin I assign a health card. Are added to projects, but I sleep in the dorms with poor hygiene. I do not feel young. In Belgium, not having insurance, I have done a heart surgery and put a set of decent quality. Should I pick up things around after the market in Porta Palazzo and Cottolengo to eat, but the food is not good because high cholesterol. In the hospital one year to get an appointment. In Belgium, more specialized, but better in Italy, even if it takes too long. My primary care physician is rushed and tired. This may be the gratuitousness of the system, but this is also a value. He speaks little English and has too many people to visit. And he is smart. Moroccan acquaintances they sent me here. In Belgium, they all speak English and there you see new young doctors and hospitals. Here the hospitals, doctors and nurses in hospitals are old. I come here to offer my help to improve...”

Allegato 6

Scheda per l'osservatore

Persone coinvolte: 16

ATTEGGIAMENTI	INTERVISTE															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. comprende la lingua	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
2. non comprende bene la lingua, ma manifesta interesse e si fa capire					x											x
3. si dimostra interessato e partecipa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4. chiede informazioni, chiarimenti e spiegazioni	x			x			x	x		x	x		x	x		
5. si dimostra sospettoso																
6. dimostra fiducia e offre suggerimenti					x											x
7. si dimostra contento di essere ascoltato e di poter esprimere ciò che sente e che pensa	x			x			x		x					x		x

Allegato 7

Tabella: Interviste

INTERVISTA N°	SOGGETTO INTERVISTATO/PROVENIENTE DA.../IN ITALIA DA...	DATA
I	Fatima Donna, 40 anni circa Viveva in Marocco Casablanca Da 6 anni in Italia.	21-01-14
II	Sara Donna, 30 anni circa, Khouribga, Da 4 anni in Italia.	21-01-14
III	Corina Donna, meno di 30 anni, Rumena, Da 7 anni in Italia.	21-01-14
IV	Isaiah Uomo, 37 anni, Marocco, da 4 anni in Italia.	22-01-14
V	Ibrahim Uomo, profugo Iracheno (chiesto asilo politico in seguito ai disordini del'90). In Italia da 5 anni.	22-01-14
VI	Omar Uomo di circa 30 anni, Marocchino di Casablanca, dal 2006 in Italia.	20-01-14
VII	Binette Donna di 26 anni arrivata da poco dal Camerun. Da 6 mesi in Italia.	3-02-14
VIII	Youssef Ragazzo di 20 anni proveniente dal Marocco, in Italia dal 2009.	3-02-14
IX	Najib Ragazzo proveniente dall'Egitto (Cairo), ha 22 anni. Da 5 anni in Italia.	3-02-14
X	Dimitru Uomo Rumeno di 50 anni. In Italia dal 2000.	3-02-14
XI	Tarik Uomo proveniente dal Sudan. Ha 27 anni. Da 3 anni in Italia.	3-02-14
XII	Doukkani Uomo proveniente dal Marocco, anni 45. In Italia dal 2005.	10-02-14
XIII	Naima Donna marocchina di 40 anni, In Italia da circa 10 anni.	10-02-14
XIV	Halima Donna di 46 anni, marocchina. In Italia da circa 3 anni.	10-02-14
XV	Rachid Uomo di Casablanca. In Italia dal 2001.	10-02-14
XVI	Elvira Donna di 38 anni, peruviana. Residente in Italia da 5 anni.	12-02-14

RINGRAZIAMENTI

Il primo grazie al relatore Prof. Roberto Santoro, per la competenza e la professionalità con cui mi ha accompagnata nell'elaborazione di questa tesi.

Ringrazio la Prof.ssa Suor Anna Maria Derossi, correlatore e punto di riferimento.

Il Prof. Giuseppe Marmo che con professionalità e "pazienza" mi ha supportato in questi anni di studio.

I volontari dell'Associazione "Camminare Insieme", il Direttore Sanitario L. Sacchi e il presidente L. Brunelli.

Infine desidero ringraziare con affetto mio marito Giovanni, mia figlia Valentina e mia sorella Francis.