

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

Facoltà di Scienze Politiche

Corso di laurea specialistica in Programmazione dei Servizi e delle  
Politiche Sociali

TESI DI LAUREA

DISPARITÀ DI TRATTAMENTO  
IN CORSIA  
UNA RICERCA

Candidato  
Luca Fossarello  
Matricola 312312

Relatore  
Prof. Franco Prina

Correlatore  
Prof. Dario Padovan

Anno Accademico 2008/2009

**Prima di iniziare questa tesi, vorrei ringraziare:**

**i miei famigliari, in particolare i miei genitori, per essermi stati accanto e avermi permesso di studiare;**

**i miei amici, in particolare Sara, Sasha, Baldino, Alessandro, Micol, Paola, Andy, Kristi, Enza, Stefania, Giuseppe, Sebastian, Daniela, Giorgio, Laura, Armando, Elisa, Teresa, Aulona, Michele e Rafael...senza di loro, non ce l'avrei mai fatta.**

**Vorrei ringraziare molto anche Paola, Patrizia, Barbara, Luisa, Laura e Corrado, per l'aiuto dato e per quello che fanno lontano dai riflettori....**

## **INTRODUZIONE**

1. I migranti in Italia p.6
2. La delicata relazione tra immigrazione, integrazione e salute p.15

### **CAPITOLO 1: Il diritto alla salute per i migranti in Italia**

- 1.1 La cornice internazionale p.17
- 1.2 Il contesto normativo italiano p.19
- 1.3 Migranti e sanità p.20
- 1.4 Il Piano Sanitario Nazionale p.31
- 1.5 Il Pacchetto Sicurezza p.32
- 1.6 Un diritto che produce differenze p.33

### **CAPITOLO 2: i determinanti di salute**

- 2.1 I determinanti di salute in generale p.35
- 2.2 I determinanti di salute per la popolazione straniera p.45
- 2.3 La dimensione culturale della salute p.49

### **CAPITOLO 3: La salute dei migranti**

- 3.1. Il profilo epidemiologico p.53
- 3.2 Le principali patologie p.60
- 3.2. La questione dei costi p.63
- 3.3 L'effetto migrante sano p.67
- 3.4 Le aree critiche p.69
- 3.5 Prospettive: la transizione epidemiologica p.72

### **CAPITOLO 4: accesso ai servizi sanitari**

- 4.1 La presa in carico del paziente migrante p.74
- 4.2 I nodi dell'accesso e alla fruizione: p.78
  - 4.2.1 I determinanti di accesso ai Servizi p.79
  - 4.2.2 I principali modelli di accesso ai Servizi Sanitari p.84
  - 4.2.3 Le barriere di accesso p.87
- 4.3 Il rapporto paziente-operatore p.89
- 4.4 Un esempio di buone prassi: l'esperienza MFH p.92

### **CAPITOLO 5: il quadro della ricerca**

- 5.1 Lo stato dell'arte p.96
- 5.2 Il focus della ricerca: p.99

5.3 Gli obiettivi della tesi	p.102
5.4 La ricerca:	
5.4.1 Metodi e tecniche	p.102
5.4.2 I luoghi della ricerca	p.103
5.4.3 Lo strumento dell'intervista	p.107
5.4.4 Come rilevare le disuguaglianze di salute?	P.110
5.5 Il Pacchetto Sicurezza	p.115
5.6 Sintesi della ricerca	p.115
<b>CAPITOLO 6:IL CONTESTO LOCALE.</b>	
6.1 Le norme regionali su stranieri e salute	p.117
6.2 Aspetti generali dell'immigrazione	p.118
6.3 Lavoro e migranti	p.120
6.4 Scuola e migranti	p.121
6.5 Le migrazioni a livello provinciale	
6.5.1 La Provincia di Alessandria	p.125
6.5.2 La Provincia di Asti	p.127
6.5.3 La Provincia di Biella	p.129
6.5.4 La Provincia di Cuneo	p.131
6.5.5 La Provincia di Verbano Cusio Ossola	p.133
6.5.6 La Provincia di Vercelli	p.134
6.5.7 La Provincia di Torino	p.136
6.6 La Provincia di Novara	p.138
6.6.1 Scuola e lavoro	p.140
6.6.2 Il caso della città di Novara	p.141
<b>CAPITOLO 7: LA RICERCA</b>	
7.1 Pronto soccorso	p.142
7.3 Nido pediatrico	p.145
7.4 Servizio sociale ospedaliero	
7.4.1 Metodi e tecniche	p.149
7.4.2 Breve storia del Servizio sociale	p.151
7.4.3 I progetti	p.157
7.5 La mediazione culturale e linguistica	p.159
7.6 strategie attuate	p.163
7.7 Norme del Pacchetto Sicurezza	p.169

## **CAPITOLO 8: RIFLESSIONI CONCLUSIVE**

8.1 Le disparità di salute p.175

8.2 Gli effetti del Pacchetto Sicurezza p.179

### **BIBLIOGRAFIA**

Bibliografia libri p.183

Bibliografia articoli p.186

APPENDICE p.189

*Molti puzzano perché tengono lo stesso vestito per settimana. Si costruiscono baracche nelle periferia.*

*Quando riescono ad avvicinarsi al centro affittano a caro prezzo appartamenti fatiscenti.*

*Si presentano in due e cercano una stanza con uso di cucina. Dopo pochi giorni diventano quattro, sei, dieci.*

*Parlano lingue incomprensibili, forse antichi dialetti. Molti bambini vengono utilizzati per chiedere l'elemosina spesso davanti alle chiese donne e uomini anziani invocano pietà con toni lamentosi e petulanti.*

*Fanno molti figli che faticano a mantenere e sono assai uniti tra loro. Dicono che siano dediti al furto e, se ostacolati, violenti.*

*Le nostre donne li evitano sia perché poco attraenti e selvatici sia perché è voce diffusa di stupri consumati quando le donne tornano dal lavoro.*

*I governanti hanno aperto troppo gli ingressi alle frontiere ma, soprattutto, non hanno saputo selezionare tra coloro che entrano nel paese per lavorare e quelli che pensano di vivere di espedienti o, addirittura, di attività criminali.*

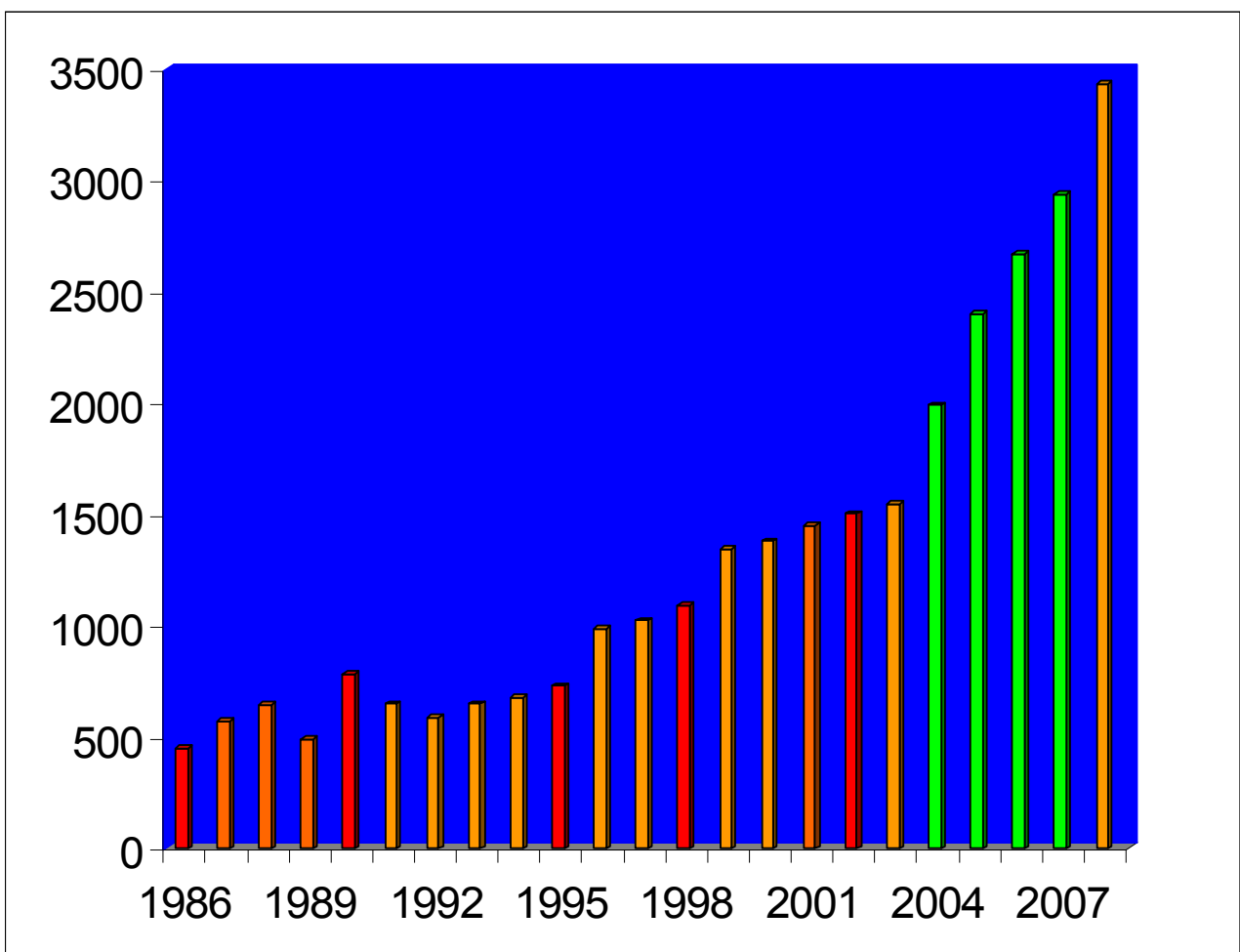
Relazione dell'Ispettorato per l'immigrazione del Congresso degli Stati Uniti d'America sugli immigrati italiani. Ottobre 1911.

## INTRODUZIONE

### 1. I migranti in Italia

Il nostro Paese dal 1983 ha cominciato a registrare un passivo nel saldo tra emigrazione e immigrazione: in breve, da quell'anno siamo diventati da Paese di partenza, a meta di arrivo; dal 1989 in poi sono succedute diversi flussi migratori verso il nostro Paese, e in 20 anni i migranti sono passati da 490.000 persone, agli oltre 4,5 milioni di persone, quasi 10 volte tanto.

**Grafico 1: l'andamento delle migrazioni in Italia; in rosso gli anni in cui è stata approvata una legge di riforma sulle migrazioni, in giallo...**



La società italiana, come si è trasformata nel frattempo? È fondamentale capire in che modo i migranti si sono inseriti nella nostra Società, e come si è impostata la convivenza, in quanto, come affermano studiosi del calibro di Ambrosini (2005) e Mara Tognetti Bordogna (2004), questo fenomeno è uno dei cambiamenti socio demografici più significativi nella nostra storia recente: milioni di persone sono arrivate o stanno arrivando in Italia, in larga maggioranza per lavorare e quindi contribuire allo sviluppo del Paese, la cui popolazione sta attraversando, dal punto di vista demografico, un massiccio processo di invecchiamento della popolazione e diminuzione della fecondità.

Per misurare il grado di convivenza, inteso come integrazione all'interno della società italiana da parte dei migranti, la Consulta Nazionale Economia e Lavoro, insieme a IDOS ha elaborato, un indice ad hoc, e dal settembre 2006 coordina il progetto M.I.T.I.- Migrants' Integration Territorial Index, finanziato dalla Commissione Europea con i fondi del programma comunitario INTI per l'integrazione dei cittadini dei Paesi Terzi, che conosce il coinvolgimento come partner di altri quattro Paesi UE (Francia, Portogallo, Regno Unito e Spagna). La finalità del progetto è di condurre uno studio comparativo del grado di integrazione socio-lavorativa degli immigrati non comunitari nei diversi paesi partner a livello territoriale (regioni e *focus* su un'area metropolitana significativa) e con approfondimenti specifici sui gruppi nazionali più rappresentativi in ciascun paese, utilizzando una griglia comune di indicatori statistici, opportunamente organizzati in indici, in grado di misurare le potenzialità di inserimento proprie di ogni contesto territoriale analizzato.<sup>1</sup>

Secondo queste ricerche, sembrerebbe che le Regioni più “virtuose” sotto questo punto di vista siano, in ordine di punteggio, la Lombardia, il Veneto e il Trentino Alto Adige; si potrebbe obiettare che la grandezza misurata riguarda la “polarizzazione”, cioè l’attrattività (da un punto di vista quantitativo) di un territorio, e non l’integrazione, che è di per sé un oggetto di studio dai confini molto ambigui, ma questo lavoro di tesi non è la sede adatta per approfondire questa interessante e complessa tematica. In questa introduzione alla tesi, propongo un’analisi sui processi migratori in Italia di tipo diverso, e molto meno ambizioso: una semplice analisi quali-quantitativa, riguardo alcuni dei più rilevanti frameworks che possono interessare la vita di un migrante, seguendo la falsa riga del manuale di sociologi dell’immigrazione di Ambrosini:

- il lavoro;
- la situazione abitativa;
- le seconde generazioni e la scuola;
- l’accesso ai Servizi sociali e sanitari;
- la partecipazione alla vita pubblica.

---

<sup>1</sup> Tratto dal sito <http://www.dossierimmigrazione.it/miti.htm>.



**La situazione lavorativa**, è il principale motivo di residenza dei migranti in Italia, oltre che uno dei nodi più critici; la situazione lavorativa dei migranti è sinteticamente presentata da questa tabella elaborata dalla Caritas.

**Tabella 1: partecipazione dei migranti all'economia e al mercato del lavoro, fonte dossier statistico immigrazione Caritas 2007, elaborazione su dati da fonti varie.**

<b>Tasso di attività</b>		Occupati nati in Paese stranieri	2.704.450
Stranieri	73.2%	Nuovi assunti nati in Paese esteri	599.466
Italiani	61.9%	Saldi tra assunzioni e cessazioni	198.033
<b>Tasso di occupazione</b>		Imprese costituite da persone nate all'estero	165.114
Stranieri	67.1%	Stranieri iscritti al Sindacato (cgil, cisl, uil)	814.311
Italiani	58.1%	Infortuni di lavoratori nati in Paesi esterni	240.578
<b>Tasso di disoccupazione</b>		Incidenza stranieri su totale infortuni	15.4%
Stranieri	8.3%	Rimesse inviate dall'Italia (in migliaia di euro)	6.044.060
Italiani	5.9%	Stima gettito fiscale	3.749.371.530
<b>Stranieri alle dipendenze</b>	84.4%		

Approfondire i dati di questa tabella sarebbe un procedimento molto lungo e complesso, che esulerebbe da questa tesi; tuttavia, come si può notare, il tasso di occupazione tra gli stranieri è molto alto, del 67%, in quanto, come riportato in precedenza, il principale motivo di arrivo è quello legato al lavoro. Si noti anche l'altissima percentuale di stranieri dipendenti, nonostante molti di

loro abbiano un titolo di studio medio alto<sup>2</sup>. È stata rilevata anche una ridotta, ma crescente percentuale di imprenditori stranieri, specialmente in seno alla comunità cinesi e rumene; le imprese così create, sono un indicatore della volontà di permanere in Italia; i lavoratori di queste imprese sono primariamente concittadini del proprietario e costituiscono un potente fattore di consolidamento della catena migratoria; si rileverebbero anche assunzioni di italiani. Dai dati ufficiali sono stati registrati un numero molto elevato di infortuni sul lavoro, il 15,4%<sup>3</sup> del totale, spiegabile in parte dall'alta percentuale di impiegati nel lavoro nell'industria o nell'edilizia, combinata alla inesperienza, in parte, spiegabile dalle condizioni poco sicure di lavoro. Vi è un numero molto elevato di iscritti ai Sindacati, dato che può essere letto in due modi: il primo che l'iscrizione avviene per avere una maggiore tutela sul luogo di lavoro; secondo, questa alta percentuale di iscritti potrebbe indicare una volontà di partecipazione alle scelte pubbliche, aspetto che è negato in altri ambiti in quanto non vi è diritto di voto.

Il gettito fiscale che producono è vicino ai 3 mld di euro<sup>4</sup>; il tasso di evasione è basso perché sono quasi tutti lavoratori dipendenti, mentre è ridotta la percentuale di liberi professionisti, categoria che secondo le recenti stime della Guardia di Finanza è ad alto tasso di evasione; queste statistiche prendono in considerazione solo il lavoro svolto dagli stranieri regolari, non si sa nulla della condizione lavorativa degli irregolari, assunti da imprenditori italiani e stranieri, spesso in ambienti di lavoro inadeguati se non malsani, sottoposti ad orari lavorativi fuori dalle norme e a eventuali vessazioni. La situazione economica presa in considerazione, è tuttavia quella del 2006, non si sa molto della situazione immediatamente precedente alla crisi e di quella attuale; recenti studi (Ires Piemonte 2009), sembrano indicare che la popolazione migrante sia stata la fascia di popolazione più colpita dalla crisi.

Accanto alla situazione lavorativa, è fondamentale, **la questione abitativa**: dai dati Caritas<sup>5</sup>, emerge per ora che 9 stranieri su 10 abitano in case in affitto, e solo l'1% abbia effettuato un investimento per la casa, probabilmente per gli alti costi e per le condizioni di incertezza del lavoro; è tuttavia un divario che lentamente va restringendosi; nell'ultimo anno sono state acquistate 120.000 abitazioni; questo trend può essere letto come un indicatore di stabilità; il risiedere in affitto o in proprietà in

---

<sup>2</sup> Molti stranieri che arrivano in Italia, sono persone che hanno un titolo di studio medio alto, e tra loro non mancano ingegneri, dottori e operai specializzati; vi sono tuttavia grossi problemi di riconoscimento dei titoli di studio; a questo proposito, sono in atto alcune iniziative per valorizzare questo aspetto. Una di queste è un progetto del COREP.

<sup>3</sup> Il 15,4% degli infortuni, su una popolazione di lavoratori di 2.700.000 persone; poco meno di un quinto del totale rispetto a una popolazione di italiani lavoratori che si aggira su 21 milioni (dati ISTAT). Ci sono però dei problemi di validità del dato: da un lato è molto sottostimato, in quanto, a detta dei sindacati e degli operatori sanitari, è molto spesso un migrante non va al Pronto Soccorso per paura di perdere il lavoro; inoltre la percentuale presa in considerazione è relativa al totale degli infortuni, tra stranieri regolari e non regolari, anche se i non regolari che vanno al Pronto Soccorso e sono registrati come infortuni sul lavoro, sono molto pochi.

<sup>4</sup> Dati dossier Caritas 2008, sezione economia.

<sup>5</sup> Dossier Caritas 2007, parte sulla situazione abitativa.

una casa avente particolari caratteristiche<sup>6</sup> è inoltre un requisito fondamentale per il ricongiungimento familiare legale. La situazione dei migranti irregolari, sotto questo versante è particolarmente critica: avviene spesso che a loro vengano affittati posti letto in locali piccoli e malsani a prezzi molto maggiori rispetto a quelli di mercato, con effetti negativi anche sulla salute. Le condizioni peggiori sono però quelle vissute dagli abitanti delle molte bidonvilles ai margini delle grandi città, senza servizi di sorta.

Una fascia crescente della popolazione dei migranti è costituito dalle **secondo generazioni**<sup>7</sup>; secondo alcuni studiosi (Federici, Ambrosini 2005) questo è un fenomeno che contraddistingue molto spesso il passaggio da migrazioni inizialmente vissute come esperienze provvisorie a insediamenti definitivi.

Sono presenti almeno due problematiche di rilievo che riguardano questo fenomeno: la prima riguardante la famiglia e i conflitti culturali che possono svilupparsi in questi ragazzi sospesi tra due culture, con rischi di devianza; la seconda riguarda il mondo scolastico, potente veicolo di integrazione e di mobilità sociale.

Secondo dati della Caritas, sono presenti in Italia almeno 767.060 minori stranieri (dati 2007), di cui quasi 460.000 nati in Italia, “stranieri solo giuridicamente”<sup>8</sup>; gli studenti stranieri hanno sfiorato le 600.000 unità. L’incidenza media sulla popolazione nazionale di studenti è del 6.4%, con punte anche del 10% in Lombardia ed Emilia Romagna; i percorsi scolastici di questi minori, sono fortemente a rischio, in quanto il sistema scolastico italiano non è attrezzato per soprattutto quando il trasferimento dall’estero avviene durante l’anno scolastico: secondo fonti ministeriali, il 42.5% degli alunni stranieri non è in regola con gli studi e di questi, il 20% circa degli stranieri alunni delle secondarie superiori ha più di 18 anni, è stato quindi bocciato almeno una volta. Saranno fondamentali, per ridurre queste disparità, gli interventi presi dai dirigenti scolastici, e spesso dal corpo docente, istituito per istituto, contando su risorse molte limitate.

Un altro serio problema riguardante il sistema scolastico, è l’eccessiva canalizzazione verso il ramo tecnico professionale: in merito, è emblematica la tabella sottostante.

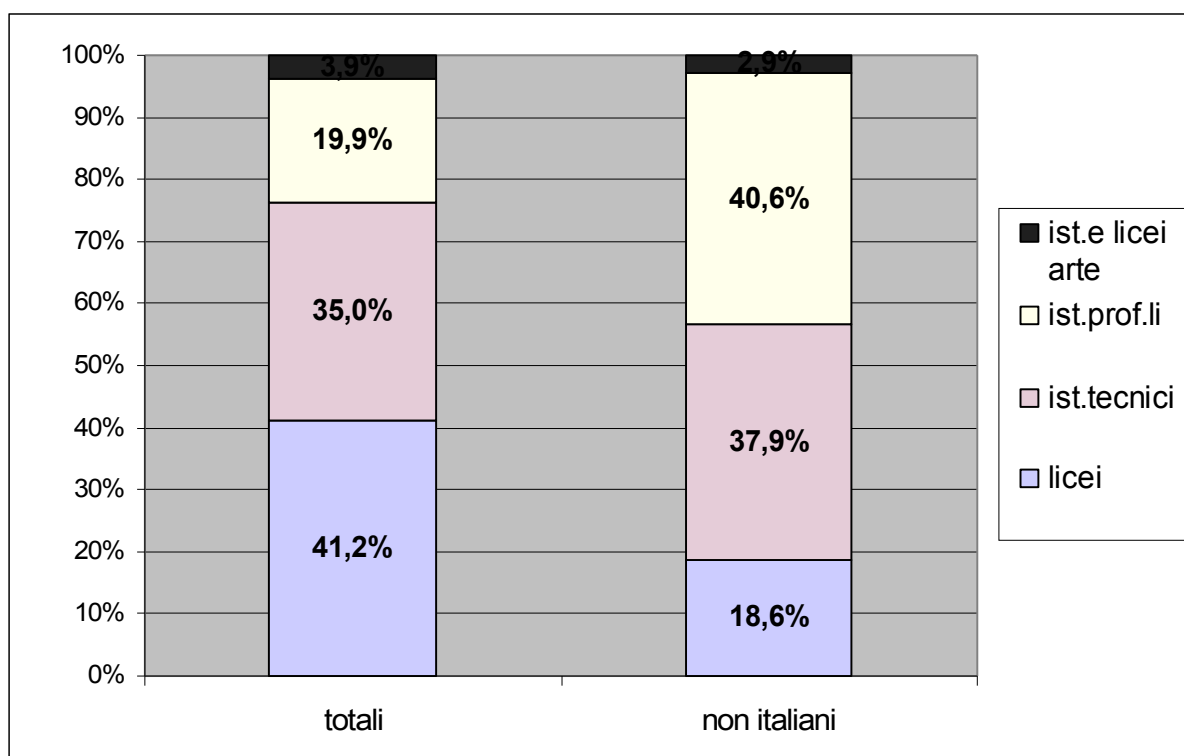
**Grafico 2: distribuzione dei migranti nel sistema scolastico di scuola secondaria Fonte: dati Ministero della Pubblica Istruzione (2007).**

---

<sup>6</sup> Metratura e numero di locali previsti sono infatti fissati per legge.

<sup>7</sup> Secondo i dati Istat, i migranti fino ai 18 anni sarebbero circa il 26% della popolazione migrante totale.

<sup>8</sup> L’attuale legge sulla cittadinanza prevede che si possa ottenere mediante matrimonio con un cittadino italiano o tramite la residenza in Italia per 10 anni di seguito.



Come si può notare, la percentuale di studenti stranieri che si reca in istituti professionali e tecnici, è in totale del 78.8 %, contro il 54.9% totale degli italiani: questo perché la maggior parte dei genitori stranieri, dopo le secondarie inferiori, considera questa scelta più affidabili per i figli, dal punto di vista occupazionale, in quanto consentirebbe un maggior contatto con il mondo del lavoro; queste professionalità sono però i posti anche più precari. L'iscrizione in massa in queste scuole, potrebbe pregiudicare molto le carriere scolastiche, che potrebbero fermarsi alle superiori, non andando all'Università e riproponendo le differenze; quasi in un'ottica di classe, essere migrante significa e significherà appartenere ad una nuova "working class". I ragazzi e le ragazze delle seconde generazioni e della "generazione 1.5"<sup>9</sup>, vivono a contatto con due mondi: da una parte, sono legati alla cultura della zona di provenienza, tramite i genitori; dall'altra, sono legati ai modelli culturali del gruppo dei pari, modelli che possono contenere elementi anche molto dissonanti, come quelli che riguardano gli stili di vita. Soprattutto durante il periodo dell'adolescenza, molto probabilmente si svilupperanno dei conflitti, causati dall'incerto senso di appartenenza<sup>10</sup>; tendenzialmente, se per la società ospite avrà un carattere inclusivo, il conflitto culturale sarà di minore intensità, mentre si riscontreranno atteggiamenti poco inclusivi, ci sarà una tendenza a riabbracciare i modelli culturali riguardanti la cultura dei parenti. Un'altra importante tessera del mosaico dell'immigrazione, è

<sup>9</sup> Rumbaut (1997b), ha proposto il concetto di generazione 1,5 per indicare la generazione che cominciò il processo di socializzazione e la scuola primaria nel paese d'origine, ma ha completato l'educazione scolastica all'estero.

<sup>10</sup> Un film che esprime emblematicamente questo tipo di conflitto, è "sognando Beckham" di Gurinder Chada, Gran Bretagna, 2002, studi in questo senso sono condotti a Torino da R.Ricucci e C.Capello, dell'università degli studi di Torino.

costituita dal ruolo dei **Servizi socio sanitari**, unitamente al loro accesso, in quanto possono essere potenti mezzi di promozione dell'integrazione.

Il Servizio Sanitario Nazionale, istituito nel 1978, è un sistema pubblico, avente carattere universalistico verso tutti gli individui, non solo i cittadini, con tutte le accezioni ambigue che questo termine può comportare; ha inoltre un carattere universale, in quanto garantisce la salute, tutelando non solo la cura, ma la prevenzione in ambito lavorativo, ambientale, alimentare: da qui la prospettiva universalistica. Dato il carattere universale del SSN, anche i migranti figurano tra gli aventi diritto: ciò è ribadito dall'articolo 34 e in parte dall'articolo 35 del Testo Unico sull'immigrazione, che equiparano i cittadini stranieri regolari ai cittadini italiani nell'accesso alle cure e che garantiscono cure minime agli stranieri non regolari.

Tuttavia, sono state rilevate barriere di diversi tipi: innanzitutto riguardanti l'accesso e riguardanti la fruizione; nel particolare:

le possibili barriere nell'accesso ai servizi, sono:

- Le barriere giuridico legali;
- Le barriere economiche;
- Le barriere burocratico amministrative
- Le barriere organizzative

le possibili barriere nella fruibilità sono:

- Le barriere linguistiche;
- Le barriere comunicative;
- Le barriere interpretative

Oltre alle barriere sopracitate, potrebbero essere presenti nodi critici nella compliance e disparità nel trattamento, ma su queste tematiche sono stati compiuti ancora pochi studi, ma anche il SSN sta lentamente e faticosamente riconoscendo le proprie lacune e tentando in qualche modo di colmarle, pur con evidenti differenze a livello territoriale, in quanto ogni azienda ospedaliera, ogni presidio ospedaliero e ogni ASL, adatterà una propria prassi di attuazione delle leggi sull'immigrazione; la minore o maggiore accessibilità o fruibilità dei servizi dipenderà dai dirigenti locali. Non si hanno dati certi in merito all'accesso ai Servizi Sanitari da parte dei migranti; gli ultimi dati nazionali in merito sono costituiti dalle SDO relative ai ricoveri dei pazienti stranieri nel 2004.

I Servizi Sociali hanno una mission diversa da quella del Servizio Sanitario, ma molto contigua ad esso: la promozione del benessere e la riduzione/eliminazione delle cause di disagio; per accedervi è però necessario essere in possesso del Permesso di Soggiorno, o titolo equipollente. Il ricorso ai Servizi Sociali da parte dei migranti può essere condizionato negativamente da una serie di nodi

critici, soprattutto per quanto riguarda l'accessibilità ai Servizi stessi, e l'adeguatezza della presa in carico messa in atto dagli operatori sociali verso un'utenza multiculturale.

A livello formale, non esistono norme specifiche per i pazienti migranti, ma nei codici deontologici sono presenti diverse affermazioni: per esempio nel codice deontologico degli Assistenti Sociali, che tuttavia non sono gli unici operatori coinvolti, è sancito:

- La professione si fonda sul valore, sulla dignità e sulla unicità di tutte le persone, sul rispetto dei loro diritti universalmente riconosciuti e sull'affermazione delle qualità originarie delle persone: libertà, uguaglianza, socialità, solidarietà, partecipazione.
- La professione è al servizio delle persone, delle famiglie, dei gruppi, delle comunità e delle diverse aggregazioni sociali per contribuire al loro sviluppo; ne valorizza l'autonomia, la soggettività, la capacità di assunzione di responsabilità; li sostiene nell'uso delle risorse proprie e della società nel prevenire ed affrontare situazioni di bisogno o di disagio e nel promuovere ogni iniziativa atta a ridurre i rischi di emarginazione.<sup>11</sup>

Questi enunciati si dovrebbero tradurre in politiche ed azioni, e in diversi settori dei Servizi Sociali, si stanno fronteggiando le problematiche relative al fornire servizi alla persona adeguati e di qualità per i migranti, promuovendo nel contempo l'integrazione e la convivenza tra diverse comunità. La qualità e la quantità di questi interventi varieranno però da zona a zona, anche in merito alle diverse risorse e ai diversi bisogni dell'utenza.

**La partecipazione alla vita pubblica** è regolata dall'articolo 9 comma 12c del Testo Unico sull'immigrazione; esso afferma che:

*“oltre a quanto previsto per lo straniero regolarmente soggiornante nel territorio dello Stato, il titolare del permesso di soggiorno o soggiornante di lungo periodo può:*

*(...)Partecipare alla vita pubblica locale, con le forme e nei limiti previsti dalla vigente normativa”.*

Da una parte il diritto alla partecipazione alla vita pubblica è garantito in modo formale, ma, dato che la legge italiana sulla cittadinanza permette il voto locale e nazionale solo ai cittadini italiani (e ai cittadini europei in caso di amministrative europee<sup>12</sup>), di fatto gli stranieri non votano. Tentativi di estensione di voto sono stati portati avanti a livello locale, in città come Genova<sup>13</sup>, e a livello

---

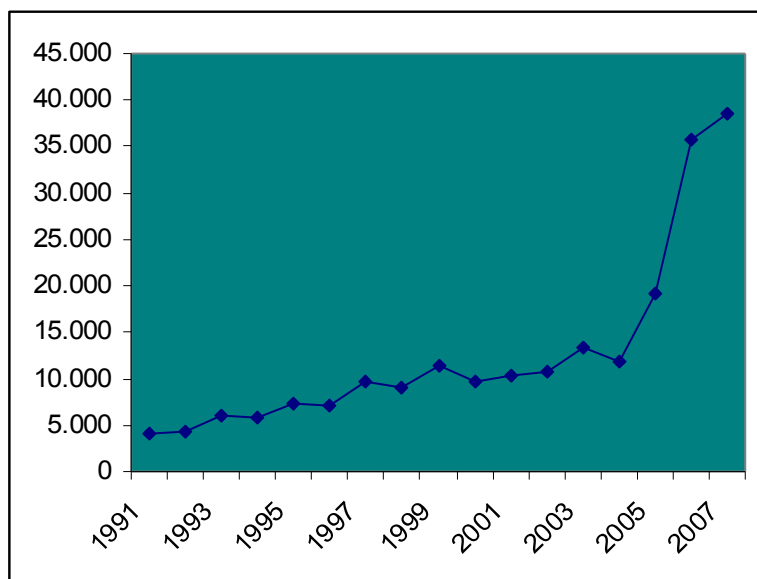
<sup>11</sup> Articoli 4 e 5 del Codice Deontologico dell'Ordine Assistenti Sociali

<sup>12</sup> Per le elezioni europee dell'anno 2009, i rumeni in Italia possono votare, in quanto cittadini comunitari; sono circa 700.000 persone, ma sulla loro affluenza al voto si hanno seri dubbi; di facto, nessuna forza politica li ha presi in considerazione in quanto tali.

<sup>13</sup> A Genova, con la delibera 105/2004, venne esteso il diritto di elettorato attivo e passivo per le elezioni comunali e circoscrizionali ai cittadini extra UE; questa delibera venne poi bloccata dal Consiglio Dei Ministri.

nazionale con la proposta di riforma sull'immigrazione, la Amato Ferrero<sup>14</sup> del 2007, che avrebbe portato a 5 anni gli anni necessari per richiedere la cittadinanza italiana; tuttavia entrambi i tentativi non sono andati a buon fine. In Italia, per votare, bisogna essere cittadini; per diventare cittadini bisogna nascere da un cittadino, o sposare un cittadino, oppure risiedere da almeno 10 anni ininterrotti in Italia; ecco una tabella riassuntiva in merito:

**Grafico 3: concessioni di cittadinanza nel tempo.**



anni	Numero concessioni
1991	4.158
1992	4.204
1993	5.954
1994	5.840
1995	7.330
1996	7.131
1997	9.589
1998	9.021
1999	11.328
2000	9.595
2001	10.401
2002	10.685
2003	13.406
2004	11.945
2005	19.266
2006	35.766
2007	38.466

Il numero delle concessioni di cittadinanza è, come si nota, in costante aumento; tuttavia questo succede anche perché i potenziali aventi diritto, con il tempo aumentano; vi è piuttosto una forte ritrosia a non concedere la cittadinanza da parte delle Autorità. Il tempo medio per ottenere una naturalizzazione è di 3 anni, la maggior parte tramite matrimonio con un cittadino italiano, tanto che Luisa Zanfrini, riprendendo i modelli di cittadinanza di Walzer, ha affermato che il modello di naturalizzazione in Italia si fonda sul “familismo legale” (Zanfrini 2008), nonostante il fatto che, come affermato in precedenza, gli stranieri che lavorano in Italia, producono il 9% del PIL nazionale. Una eccezione al diritto di partecipazione alla vita pubblica, è l’iscrizione ai Sindacati,

<sup>14</sup> Il disegno di legge Amato Ferrero del 2007, prevedeva, tra le altre cose, l’elettorato per i cittadini extra Ue residenti in Italia da almeno 5 anni; tuttavia con la caduta del Governo Prodi, il ddl fu abbandonato.

fenomeno che, come riportato in precedenza può essere anche letto come legato alla necessità di tutela sul lavoro.

Concludendo questa breve rassegna, si può notare come l'immigrazione in Italia non segua un modello fisso, governato e con diritti certi ed esigibili, come succede in altri Paesi europei, come Francia e Inghilterra, ma somiglia maggiormente a un modello non governato a livello nazionale, ma frammentato a livello locale, dove gli attori locali (dirigenti scolastici, dirigenti delle ASL, Sindaci), fanno le veci delle Istituzioni, creando politiche di immigrazioni a partire dal proprio Ente; ciò porta a politiche sull'immigrazione frammentarie, anche discordanti, a livello microlocale.

Alla luce di quanto scritto, è ragionevole pensare che, se per integrazione si intendesse “l'insieme dei processi sociali e culturali che rendono un individuo membro di una Società”, in Italia ci sarebbe ancora molto da operare. In questa tesi, vorrei prendere in considerazione una tessera in particolare di questo particolare “mosaico” che è l'integrazione.

## **2. La delicata relazione tra immigrazione, integrazione e salute**

Immigrazione, salute e integrazione, sono elementi intrinsecamente legati. Per la definizione OMS, essa può definirsi come: “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o di infermità”; se viene a mancare o a difettare una delle tre dimensioni principali, la salute viene compromessa; senza di essa, non si può lavorare, non si può andare a scuola, e viene a mancare la piena realizzazione dell'individuo. Per i migranti in particolare, la salute è fondamentale, in quanto costituisce lo strumento principale dell'integrazione: quando si è sani, si può lavorare e lavorare tanto, spesso in condizioni a rischio o poco salubri, è la loro parte del contratto sociale per rimanere in Italia, per garantire un futuro migliore ai propri cari.

La legge sull'immigrazione sancisce poi l'equiparazione sanitaria tra migranti regolari e cittadini italiani in modo deciso. La salute è garantita dalla legge, quindi se un migrante regolare non viene curato, o viene curato male, è lo Stato che ne risponde; inadempienze nella cura significa quindi rottura del contratto sociale, oltre che discriminazione e iniquità sociale.

Purtroppo, a livello di Servizio Sanitario Nazionale ci sono forti barriere all'accesso e alla fruizione delle prestazioni; sono bias di sistema. Cercare di ridurre queste barriere, comporterebbe una erogazione di servizi più efficace, ed appropriata; inoltre, se lo Stato e i singoli decisori in ambito medico sanitario si adoperasse in modo forte per ridurre queste disuguaglianze, forse il contratto sociale con i migranti sarebbe maggiormente rispettato, e questo potrebbe riflettersi una maggiore equità e coesione sociale. il problema delle disuguaglianze di salute tra migranti e cittadini italiani, non è solo un problema sanitario: è un problema di giustizia sociale.



Per analizzare nel dettaglio questa dimensione, ho ritenuto necessario dividere la tesi in otto capitoli principali, più l'introduzione e le riflessioni conclusive.

Nel primo ho fornito una cornice normativa, sia a livello internazionale che nazionale, sul diritto alla salute per i migranti, ponendo l'attenzione sugli aspetti formali.

Nel secondo capitolo, ho illustrato i determinanti di salute per la popolazione generale e di come questi determinanti impattino sulla popolazione migrante in particolare.

Nel terzo capitolo, ho analizzato la salute dei migranti sotto il profilo epidemiologico, così come appariva nell'ultima ricerca nazionale, nel 2004, ponendo il focus su alcune aree critiche del profilo di salute dei migranti, come l'abnorme numero dei ricoveri da traumi fisici, e l'aumento dei casi di TBC.

Nel quarto capitolo, ho analizzato l'accesso da parte dei migranti alle strutture sanitarie sotto diversi punti di vista, come quello organizzativo e quello culturale, comparando anche le modalità di accesso dei cittadini italiani rispetto a quelle dei migranti regolari e non regolari.

Nel quinto capitolo, ho elaborato il quadro della ricerca, presentando lo stato dell'arte degli studi sulle disuguaglianze di salute tra migranti e autoctoni, restringendo il campo della ricerca fino a definire un framework di ricerca ben definito; fatto questo, dopo aver definito gli obiettivi di ricerca, ho tracciato alcune ipotesi di ricerca, e scegliendone una in particolare, ho definito i metodi e le tecniche e i tempi.

Nel sesto capitolo ho contestualizzato l'ambito di ricerca, analizzando il fenomeno dell'immigrazione in Piemonte, Provincia per Provincia, fino a definire il fenomeno migratorio nella zona di Novara.

Nel settimo capitolo, ho presentato la ricerca, una indagine quali-quantitativa sulla disparità di trattamento dei pazienti migranti all'interno dell'Ospedale Maggiore di Novara.

## **CAPITOLO 1**

### **LA NORMATIVA**

In questo primo capitolo analizzerò la normativa sulla tutela della salute dei migranti; sia a livello nazionale, sia a livello internazionale, in quanto il quadro normativo nazionale, non è frutto solo del dibattito legislativo italiano, ma anche di Dichiarazioni, Trattati e Convenzioni ratificate nei decenni.

## 1.1 La cornice internazionale

A livello internazionale, non esistono norme specifiche riguardanti il diritto alla salute dei migranti, ma sono presenti diverse fonti giuridiche che garantiscono il diritto alla salute per l'Uomo e per fasce di popolazioni specifiche, per esempio minori e donne in gravidanza.

La fonte primaria di tutela alla salute, è sicuramente la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo<sup>15</sup>, che recita all'articolo 25:

*“Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo (...) alle cure mediche (...). La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure ed assistenza (...).”*

Attraverso questa fonte è possibile affermare che la tutela della Dichiarazione è diretta ad ogni individuo, e non cittadino, alla famiglia, e con particolare riguardo ai minori; questo aspetto verrà sottolineato nel 1966 con la Convenzione di New York, attraverso il Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali, che ribadisce quanto affermato dalla Dichiarazione del 1948, ponendo però l'accento su particolari aspetti, quali tutela sanitaria per tutta la fascia infantile della popolazione, come previsto dall'articolo 10 comma 3:

*“Gli Stati adotteranno speciali misure per favore la protezione di fanciulli e adolescenti senza discriminazione alcuna per filiazione o altra ragione.”*

La Convenzione di New York è fondamentale per la prima volta nella storia, viene affermato l'impegno internazionale verso la prevenzione sanitaria per la popolazione infantile, è riconosciuta a livelli internazionale.

La tensione alla tutela dell'infanzia, verrà ribadita anche con la Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia<sup>16</sup>, adottata a New York nel 1989, che tutela ulteriormente il diritto alla salute e alla

---

<sup>15</sup> Documento firmato a Parigi nel 1948.

<sup>16</sup> dall'Italia solo nel 1991 con la legge numero 176

possibilità di beneficiare del servizio sanitario<sup>17</sup> per tutte le persone comprese in questa fascia di popolazione.

Il processo di tutela delle norme sanitarie a favore dei migranti, è stato inoltre favorito e rafforzato da Trattati economici, come la ratifica da parte dell'Italia del Trattato Oil del 1975 e il Trattato di Schengen del 1991. Il Trattato Oil nasce, per iniziativa italiana nel 1975, per tutelare i lavoratori italiani in Belgio, e ha come scopo il miglioramento delle condizioni di vita dei lavoratori migranti, nei termini di ingresso in Paesi terzi per lavoro, certezza delle cure sanitarie e di possibilità di ricongiungimento con la famiglia; paradossalmente viene ratificato dall'Italia solo nel 1986<sup>18</sup>. Successivamente, l'approvazione del Trattato di Schengen del 1991, approvato dall'Unione Europea, ha costituito lo strumento normativo con il quale favorire non solo il libero passaggio di merci e uomini all'interno dei Paesi membri, ma anche la formazione di una base di diritti comuni a tutti i cittadini europei; con il processo di allargamento dell'UE, molti cittadini residenti in Paesi extra UE (rumeni, polacchi, per esempio), sono diventati comunitari, beneficiando in modo diverso, spesso più favorevole, del sistema sanitario della nazione in cui si trovavano<sup>19</sup>.

Nel 1986, è stata poi ratificata da molti stati Onu la Carta di Ottawa<sup>20</sup>, che ha definito come prioritario, per una maggiore efficacia della tutela della salute, il riorientamento dei Servizi Sanitari anche in base delle esigenze culturali. Questa Carta non ha avuto effetti normativi, ma da allora sono stati compiuti, sotto l'egida del World Health Organization (WHO), l'agenzia Onu promotrice dell'evento, molte ricerche in merito, studi che nel tempo hanno prodotto, come verrà riportato nei capitoli successivi, effetti molto importanti.

Queste fonti giuridiche internazionali, tutte firmate e recepite dall'Italia, indicano una forte unità di intenti da parte della Comunità Internazionale verso l'universalità del diritto alla salute verso l'individuo, ma scontano una loro limitata attuazione a livello nazionale, o una attuazione che paradossalmente limita l'accesso alle fasce più deboli, sia "locali", che migranti<sup>21</sup>, ponendo, per esempio barriere economiche: sono i singoli Stati che di facto decidono in quale modo applicare le norme internazionali.

---

<sup>17</sup> articolo 24 della Convenzione.

<sup>18</sup> Questo Trattato prevedeva la parità di trattamento dei lavoratori stranieri con quelli italiani. Secondo gli studiosi G. Sciortino e A. Colombo, il motivo del ritardo nella ratifica sembrerebbe risiedere nei conflitti di competenze che si erano sviluppati tra Ministeri, oltre che il fatto che il fenomeno dell'emigrazione dall'Italia verso altri Paesi stava scemando; op. cit., pagine 53-55.

<sup>19</sup> I sistemi sanitari di molti Paesi hanno pongono barriere all'accesso a seconda dello status giuridico del paziente, come ad esempio l'Italia: se si è cittadini italiani o stranieri regolari, almeno dal punto di vista normativo si è equiparati dal punto di vista sanitario; se invece lo status è quello di irregolare, allora, ci sono delle limitazioni anche al diritto alla salute. Per i neocomunitari, riguardo all'accesso ai servizi sanitari, ci sono ancora dei nodi, che spiegherò meglio più avanti, quando parlerò della procedura ENI.

<sup>20</sup> Risultato del Congresso internazionale sulla promozione della salute, tenutosi a Ottawa dal 17 al 21 novembre del 1986, che aveva come obiettivo la salute per tutti per il 2000 e oltre.

<sup>21</sup> In questo senso, sia lo status giuridico di piena cittadinanza, o cittadinanza parziale, o ancora non cittadinanza, che il reddito, possono costituire degli ostacoli molto gravi.

L'insieme di queste Dichiarazioni, Convenzioni, Trattati, ha portato, al sistema giuridico italiano a molte modifiche all'interno del sistema giuridico, in special modo per quanto riguarda la normativa sanitaria riguardante i migranti e soprattutto indicato una strada da percorrere, sulla quale l'Italia non può tornare indietro.

## 1.2 Il contesto normativo italiano

Dopo aver esaminate brevemente le norme internazionali sul diritto alla salute per i migranti, ora è necessario esaminare le leggi italiane sul fenomeno. Sin dalla prima metà dell'800, il nostro Paese è stata una zona di partenza per altri Paesi, europei (Francia, Belgio, Svizzera e più tardi Germania), sia extraeuropei (Canada, Stati Uniti, Argentina, Brasile, Uruguay, Cile, Australia...), tanto che da stime della Inca CGIL, gli italiani emigrati da metà dell'800 ad oggi sarebbero circa 36 milioni, un numero enorme<sup>22</sup>, mentre gli immigrati in Italia erano molto poco numerosi, in gran parte francesi, nella zona del Nord Ovest; il Legislatore, era quindi più interessato a seguire i migranti, e assicurare loro attraverso delle leggi sulla cittadinanza che permettessero a loro e ai loro figli di ritornare in Italia<sup>23</sup>. Di converso, data la scarsa entità del fenomeno migratorio, le leggi in questione erano poche e poco articolate; l'unico riferimento normativo in questione fu il Regio Decreto del 1931, il Testo Unico di Polizia che vedevano lo straniero come un potenziale pericolo per l'ordine interno<sup>24</sup>. Le uniche materie prese in considerazione dalla legge erano il soggiorno e l'espulsione<sup>25</sup>.

Successivamente, in epoca post fascista, l'Italia ha preso parte ad una serie di accordi a livello internazionale: la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo del 1948, la Convenzione di Ginevra sui rifugiati<sup>26</sup>, la Convenzione Oil, la Dichiarazione dei Diritti Economici, Sociali e Culturali, e la Convenzione sui diritti del fanciullo e del bambino<sup>27</sup>. Questi accordi internazionali, hanno modificato le leggi sull'immigrazione italiane, da totalmente inesistenti, a leggi più o meno restrittive, aumentando anche nel contempo la tutela sanitaria degli stranieri presenti, sia regolari che irregolari. La prima vera legge sull'immigrazione in Italia, è stata la ratifica del Trattato Oil del 1986, seguita dalla legge Martelli del 1990, al Testo Unico sull'immigrazione del 1998 fino alla legge Bossi-Fini del 2002. Insieme alle leggi sull'immigrazione, in Italia si è sviluppato un curioso sistema di regolarizzazione dei flussi, che si basa su sanatorie una tantum. La sanatoria più recente è

---

<sup>22</sup> Stima tratta dal sito Inca CGIL, su elaborazioni di fonti varie.

<sup>23</sup> Utilizzando questa chiave di lettura, si può comprendere, in parte la ratio delle leggi sulla cittadinanza in Italia, che permettono a discendenti di Italiani di ottenere facilmente la cittadinanza, attraverso una versione forte dello *iuris sanguinis*.

<sup>24</sup> Il periodo era quello precedente alla seconda guerra mondiale e in pieno ventennio fascista; lo spionaggio, il nemico interno, era un timore molto presente.

<sup>25</sup> Tratto da A. Colombo e G. Sciortino, "gli immigrati in Italia", pagine 49-50.

<sup>26</sup> Ginevra, 1951

<sup>27</sup> Vedi supra.

stata nel 2009 e ha riguardato una categoria lavorativa particolare, le “badanti”, in quanto utili al nostro sistema di welfare, non in grado di reggere da solo l’invecchiamento della popolazione; Nei decenni, il fenomeno dell’immigrazione nel nostro Paese è cambiato: da evento “di passaggio”, a elemento strutturale e fondamentale per la Società; da poche migliaia negli anni ’80, a quasi 5 milioni adesso.

Nonostante le norme sull’immigrazione siano diventate nel tempo più inclusive, secondo la studiosa Tognetti Bordogna, lo straniero è sempre identificato dagli italiani come “un individuo da tenere in posizione marginale perché soggetto da cui difendersi”<sup>28</sup>, come testimoniano le norme previste in materia di immigrazione nel Pacchetto Sicurezza (legge 94/2009), che aldilà del loro contenuto, hanno disposto dell’immigrazione come fatto correlato eminentemente alla sicurezza..

### 1.3 Migranti e sanità in Italia

*”La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”.*

Articolo 32 della Costituzione della Repubblica Italiana

In questo articolo della Costituzione, la fonte normativa di più alto grado della Repubblica, viene disposto che la Repubblica debba tutelare l’individuo, senza distinzioni dal punto di vista dello status di cittadinanza, ponendo la tutela della salute come interesse della Comunità intera; è interessante inoltre che l’articolo dedichi particolare attenzione alle fasce deboli, ai non indigenti, che allora come oggi costituiscono il gruppo più a rischio dal punto di vista della salute, e il gruppo con più difficoltà ad accedervi ed usufruirvi.

Paradossalmente, sia a livello normativo che a livello attuativo, le vigenti leggi sanitarie che riguardano i migranti non sono di natura universalistica, in quanto hanno formalmente “creato” diverse categorie di pazienti, con diritti parzialmente diversi, ponendo come discriminare lo status di cittadinanza; gli assistiti dal sistema sanitario nazionale si dividono infatti in:

- pienamente assistiti, che sono i cittadini italiani e in “assistiti solo sulla carta” gli stranieri regolari, in quanto le strutture sanitarie sono poco attrezzate per fornire accogliere ed assistere pazienti stranieri e
- assistiti parzialmente: le varie categorie di irregolari.

Nel nostro Paese, l’agire del Legislatore riguardo le norme per l’assistenza sanitaria degli stranieri, si può suddividere in due, se non tre fasi cronologicamente distinte:

---

<sup>28</sup> Mara Tognetti Bordogna, i colori del Welfare, pagina 15.

- nella prima fase, che è durata fino al 1995, i diritti sanitari dei cittadini stranieri erano riconosciuti ma non tutelati<sup>29</sup>: per i migranti regolari, mentre per i migranti non regolare, i diritti sanitari non erano né tutelati né riconosciuti.
- nella seconda fase, dal 1995 al 2009, i diritti sanitari sono riconosciuti e in parte resi effettivi per i migranti regolari, mentre per gli migranti regolari, i diritti sanitari, sono riconosciuti in parte (in modo parziale rispetto a particolari fasce di popolazione) e tutelati solo in parte;

La prima legge che realmente parlò di diritti sanitari ai migranti, dopo il Regio Decreto del 1931, peraltro ancora vigente, fu la legge 833 del 1978, con la quale venne istituito il Servizio Sanitario Nazionale, avente carattere di universalità e gratuità<sup>30</sup>. L'articolo 6 della stessa legge prevedeva l'assistenza sanitaria per gli stranieri e gli apolidi, non ponendo limitazioni di sorta; in linea teorica, fu sancita parità di assistenza sanitaria tra italiani e migranti. Tuttavia, nel rendere effettivi questi diritti, furono rilevate gravi problematiche non considerate dal Legislatore, che riguardavano l'attuazione della legge da parte degli amministratori locali, e la possibilità di fruizione per tutti i beneficiari, sia italiani che migranti. Per i cittadini italiani si riscontrarono fin da subito barriere burocratiche e anche architettoniche all'accesso dei Servizi Sanitari, e la qualità dei Servizi variava (e varia ancora adesso), da zona a zona: come afferma Costa(2004), vi era e vi è un forte gradiente di disuguaglianza tra Nord e Sud Italia. Per i pazienti migranti, oltre alle problematiche burocratiche e architettoniche, se ne aggiunsero altre, di tipo legale<sup>31</sup> e culturale: per questa popolazione di pazienti, era difficile accedere ai Servizi, e una volta “dentro” di essi, la fruizione era limitata, con gravi conseguenze sull'efficacia dell'intervento; queste problematiche erano presenti principalmente a causa del modello organizzativo culturalmente connotato del Servizio Sanitario Nazionale e della stessa concezione “occidentale” di salute e malattia. All'inizio questi nodi critici non vennero presi in considerazione, anche perchè l'immigrazione era allora un fenomeno inedito e relativamente poco consistente dal punto di vista numerico<sup>32</sup>; la possibilità che alcuni pazienti avessero dei bisogni di salute diversi dalla maggioranza dei pazienti non era prevista, tanto più che l'obiettivo iniziale del Legislatore era quello di mettere a regime un sistema che fornisse prestazioni altamente standardizzate per tutti.

Nel 1980 viene emanata la legge 33, che creò per la prima volta, una prima distinzione all'interno della popolazione dei migranti, a livello di status e quindi di diritti: gli stranieri furono divisi in “residenti” e “temporanei”; per i primi era possibile, versando una quota partecipativa, l'iscrizione al SSN, mentre per i secondi erano previste solo le cure urgenti, come disposto in molte legislazioni

<sup>29</sup> Tutelati cioè resi effettivi

<sup>30</sup> Precedentemente la Sanità italiana era frazionata in una miriade di mutue private; con questa legge di riforma, è stato recepito l'articolo 32 della Costituzione.

<sup>31</sup> Lo status del migrante alla fine degli anni '70 era infatti molto incerto dal punto di vista della normativa, come affermano Sciortino e Colombo nel loro libro “Gli immigrati in Italia”, edizioni il Mulino 2004.

<sup>32</sup> Gli stranieri in Italia nel 1978 sono circa 195.000, dati Ministero dell'Interno.

straniere<sup>33</sup>. Era tuttavia esclusa l'attività di prevenzione tra gli stranieri temporanei, questo perché, come indica la definizione, si pensava che non rimanessero a lungo nel Paese. Questa legge<sup>34</sup>, fu estremamente rilevante dal punto di vista simbolico, in quanto la parità, anche teorica, con il cittadino italiano, viene subito a mancare: sono poste differenze tra l'assistenza sanitaria per italiani e per i migranti, e vengono costituite diverse categorie di diritto.

La prima legge che parla in modo articolato di diritti sanitari per gli stranieri fu la 943/86<sup>35</sup>; questa legge ratificò il trattato OIL del giugno del 1975, trattato fortemente voluto dall'Italia, come tutela dei propri lavoratori all'estero, soprattutto in Belgio<sup>36</sup>; essa norma principalmente sull'ingresso e sul soggiorno del lavoratore migrante. Questa legge prevedeva in realtà evidenti limiti all'accesso per lavoro al territorio italiano, che veniva esercitato in modo molto restrittivo, nonostante la crescente domanda di risorse umane.

Nell'articolo 3h, vengono poi garantiti, per i lavoratori extracomunitari regolari, gli stessi diritti in tema ai servizi sociali e previdenziali rispetto ai cittadini italiani.

*“la Repubblica italiana, in ratifica della convenzione OIL (...), garantisce i diritti relativi all'uso dei Servizi Sociali, (...) il mantenimento dell'identità culturale, alla scuola, all'abitazione (...)”*

Per gli aventi diritto ai termini di legge, non vengono però prese in considerazione né le specificità culturali dei bisogni, né i problemi di comunicazione tra pazienti stranieri e personale medico, in caso di un eventuale accesso in ospedale: l'accessibilità ai servizi sanitari e la fruizione agli stessi è, come in precedenza, molto limitata<sup>37</sup>. L'unico modo di arrivare in ospedale, per gli irregolari, assolutamente non contemplati rispetto alle norme riguardanti il diritto alla salute, era il Pronto Soccorso, con possibilità di denuncia se l'ospedale voleva recuperare le spese. Non esistono però indagini sulla diffusione della prassi di denunciare il paziente non regolare, e sugli esiti di quella pratica.

Nello stesso tempo, diversi fenomeni<sup>38</sup> legati alla globalizzazione economica, hanno aumentato il divario tra stranieri regolarmente presenti e stranieri effettivamente presenti: da un lato venivano chiesti requisiti molto restrittivi per entrare, dall'altro, dal lato dei settori produttivi nazionali,

---

<sup>33</sup> Articolo 5, C.e;

<sup>34</sup> La cui ratio dipendeva in parte dai modelli di immigrazione messi in atto dalle diverse comunità nazionali presenti in Italia: gli iraniani, per esempio, che costituivano una percentuale considerevole tra gli immigrati a inizio anni '80, consideravano l'Italia come una meta di passaggio per altri Paesi, come la Francia o la Svezia.

<sup>35</sup> Norme in materia di collocamento e di trattamento dei lavoratori immigrati extracomunitari e contro le immigrazioni clandestine, approvata il 30/12/1986.

<sup>36</sup> Sciortino, Colombo, op. cit. pagina 51.

<sup>37</sup> Sarà tuttavia in quegli anni che studiosi e tecnici di settore cominceranno a occuparsene; un esempio è il libro “immigrati e diritto alla salute”, a cura di Graziella Favaro, edito da Unicopli nel 1988.

<sup>38</sup> I fenomeni di push & pull, cfr introduzione.

veniva chiesta molta manodopera, e si comprese, anche a livello politico e non solo, che le leggi in materia non erano più efficaci.

La successiva legge sull'immigrazione fu la cosiddetta legge Martelli<sup>39</sup>, dal nome del suo relatore, varata nel 1990<sup>40</sup>. La legge Martelli era inizialmente molto ambiziosa, volendo intervenire su diversi aspetti quali:

- regolare un fenomeno così complesso come l'immigrazione;
- programmare i flussi di migranti verso l'Italia;
- attuare quanto previsto da diversi trattati internazionali<sup>41</sup>

A livello di norme sanitarie, questa legge prevedeva che i cittadini extracomunitari e gli apolidi, che chiedevano di regolarizzare la loro posizione ai sensi di legge e che precedentemente non avevano diritto all'assistenza sanitaria ad altro titolo, potevano essere a domanda assicurati presso il Servizio sanitario nazionale ed iscritti alla unità sanitaria locale del comune di effettiva dimora<sup>42</sup>; la quota dell'iscrizione veniva calcolata in base al reddito prodotto in Italia e all'estero, ed essa variava da regione a regione, e l'assicurazione sanitaria, stipulata per il capofamiglia, si estendeva a tutti i membri della famiglia, e per i lavoratori autonomi, dipendenti o libero professionisti, era prevista l'iscrizione obbligatoria contro la malattia. Nel 1991 i cittadini extracomunitari regolarmente residenti in Italia, ed iscritti nelle liste di collocamento, erano equiparati ai cittadini italiani non occupati, per quanto attiene l'assistenza sanitaria e il relativo onere contributivo<sup>43</sup>. Tuttavia, agli stranieri regolati era preclusa la possibilità di cure di alta specializzazione a livello europeo ed erano ancora vigenti, a partire da un Decreto Legge 1986<sup>44</sup>, norme di contribuzione alla spesa del SSN diverse a quelle vigenti per il cittadino italiano: per un migrante, l'aliquota di contribuzione è del 7.5%, mentre per un italiano era del 5%.

Per i migranti adulti non regolarmente soggiornanti, non furono sanciti diritti sanitari, se non per cure di carattere urgente, misure sostanzialmente già previste dalla legge del 1980; tuttavia, per le persone non regolarmente presenti in Italia che si recavano presso un presidio sanitario, c'era anche il rischio di denuncia ( e di foglio di via) presso le Forze dell'Ordine, in quanto le autorità sanitarie avevano l'obbligo di effettuarla e i costi degli interventi erano completamente a carico del paziente.

Unitamente alla legge Martelli, venne deliberata una sanatoria, che regolarizzò, ovvero che da non regolari rese "regolari" circa 234.000 persone; ma fu una misura "una tantum", in quanto non

---

<sup>39</sup> Legge 39/1990.

<sup>40</sup> Ex decreto legge 416/1989, la legge conseguente venne divisa in due tronconi: il primo riguardante ingresso e soggiorno, fu approvata in Parlamento, mentre il secondo troncone, nel quali si parlava di diritti sanitari e sociali, non passò all'esame della Camera. Zanfrini 2007.

<sup>41</sup> In particolar modo dalla Convenzione di Ginevra del 1951 sui Rifugiati e dai Patto ONU sui Diritti Economici, Sociali e Culturali varato nel 1966 a New York.

<sup>42</sup> Articolo 9.

<sup>43</sup> Decreto Legislativo 415/1990, articolo 4.

<sup>44</sup> Decreto Legge 8/10/1986.



risorse assolutamente la questione “a monte” degli stranieri irregolari: questo perchè i flussi previsti dalla legge erano programmati secondo un’ottica più politica che basata sui bisogni reali di risorse umane<sup>45</sup> del Paese, con il risultato che poco dopo la sanatoria, si verificò nuovamente un “boom” di immigrati non regolari. Dal 1990 al 1995, ci saranno quindi decine, se non centinaia di migliaia, di persone che versano nello status giuridico di clandestinità giuridica, non potendo neanche beneficiare dei diritti sanitari. Gli unici Enti che li tutelavano dal punto di vista sanitario, erano quelli afferenti al volontariato, che per primi cercheranno anche di registrare dati epidemiologici.

In conclusione, si può affermare che la legge del 1990 fu la prima legge che cercò di trattare il fenomeno dell’immigrazione in modo organico, ma fallisce in questo intento in quanto è una legge molto “miope” e dall’attuazione molto incerta, in quanto molto vaga in diversi punti, quasi per lasciare un’ampia discrezionalità agli attuatori locali. Dal punto di vista sanitario, creò ulteriori categorie di pazienti stranieri<sup>46</sup> :

- gli stranieri regolari
- gli stranieri irregolari
- le straniere irregolari in maternità
- i minori stranieri non regolari
- gli stranieri rifugiati

Le persone facenti parti di queste categorie, che permangono tuttora, sono in possesso di diritti sanitari diversi, a dispetto di quanto prevede, per esempio la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, che ha posto come fondamentale il diritto alla salute per tutti gli individui, non importa lo status di cittadinanza; anche a livello attuativo permangono molti nodi, quanto, nonostante le disposizioni della Carta di Ottawa firmata nel 1986, il Sistema Sanitario Nazionale non prende in considerazione la variabile culturale del bisogno<sup>47</sup>. A livello locale cominciano a mettersi in atto delle “buone prassi”, soprattutto grazie alla spinta del volontariato, sia di matrice laica che di matrice cattolica, ponendo sempre i più ai politici la questione dei diritti negati. Questa lenta e faticosa opera di agenda setting, da parte di attori Pubblici e Privati, darà i suoi frutti nel 1995, che si rivelerà l’anno della cambiamento.

La seconda fase del rapporto migranti e salute, cominciò attorno al 1995: a 5 anni dalla approvazione della legge Martelli, si stimava che in Italia fossero presenti almeno più di 250.000 stranieri non regolari, della quale assistenza sanitaria, se ne poteva occupare solo il volontariato, che tuttavia disponeva di mezzi e risorse limitate; inoltre i diritti sanitari di queste persone non erano

---

<sup>45</sup> Sciortino, Colombo, “Immigrati in Italia”, Il Mulino 2004, Roma: come rilevano gli Autori, le comunità nazionali favorite nei decreti flussi erano quelle sudamericane e extraeuropee, principalmente di fede cristiana.

<sup>46</sup> Precedentemente gli stranieri erano: residenti e temporanei, con diritti sanitari diversi.

<sup>47</sup> A livello di studi, cominciano ad emergere le prime pubblicazioni in merito, come il libro della Favaro in cui è presente anche un saggio della Bordogna, e alcune pubblicazioni di Geraci.

esigibili, in quanto dipendevano dalla carità. Tuttavia, i maggiori gruppi del volontariato italiano che si occupavano di migranti e non solo, ovvero Caritas di Roma, Naga di Milano, Senza Frontiere di Torino, e altri di altre città, insieme ad alcuni autorevoli attori Pubblici, come l'Istituto di Ricerca Dermatologico San Gallicano di Roma, e gli sportelli ISI di Torino, riuscirono ad orientare l'agenda setting istituzionale sul tema rapporto migranti-servizio sanitario. A questo punto, Elio Guzzanti, il Ministro della Salute del Governo Dini, cogliendo la gravità della lacuna dei diritti sanitari per gli irregolari, si fece imprenditore di quella policy: lui, insieme a un buon numero di politici<sup>48</sup> agirono come un gruppo di pressione, e insieme riescono a “far passare”<sup>49</sup>, attraverso una “finestra di policy” il DL 489/95, intitolato “Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione dell'ingresso e del soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea”. Questa legge fu molto dibattuta, contata l'ancor presente carattere di eccezionalità attribuito, dall'opinione Pubblica e da molti politici al fenomeno dell'immigrazione; dal punto di vista dell'assistenza sanitaria riuscì ad essere molto innovativa: l'articolo 13 recita:

*“Agli stranieri temporaneamente presenti nel territorio dello stato sono assicurate, nei presidi pubblici e accreditati, le cure ambulatoriali e ospedaliere assistenziali, nonché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva. È altresì garantita la tutela della maternità responsabile e della gravidanza, come previsto dalle vigenti norme applicabili alle cittadine italiane. L'accesso dello straniero alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano. (...), sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti le prestazioni preventive, quelle per la tutela della maternità e della gravidanza,(...)”*

Come si può evincere, questa norma presentava diverse novità rispetto al passato:

- cure mediche garantite sia per stranieri regolari che per irregolari
- il valore da salvaguardare è la salute pubblica, quindi la prevenzione deve essere estesa a tutte le persone e a tutte le fasce di popolazione presenti in Italia.
- La parificazione, dal punto di vista sanitario, tra donne straniere in maternità rispetto alle cittadine italiane
- l'obbligo di **non** segnalazione da parte delle Autorità Sanitarie verso le Forze dell'Ordine dei pazienti stranieri non regolarmente in Italia

---

<sup>48</sup> 60 senatori e oltre 140 deputati

<sup>49</sup>La cronaca ufficiale di quegli eventi è riportata in un articolo di Salvatore Geraci, “la medicina delle migrazioni in Italia, un percorso di conoscenza e diritti”, tratto da Studi Emigrazione n°157, 2005, p. 61.

- tutela “forte della maternità e della gravidanza”, anche dal punto di vista degli oneri finanziari.

Grazie a questa legge, parte dei bisogni sanitari dei cittadini stranieri non regolari diventavano da atti di carità erogati con risorse limitate, ad elementi sanciti all'interno di un percorso di diritto, in quanto le cure diventano potenzialmente<sup>50</sup> esigibili verso le Istituzioni: pur non venendo equiparati ai cittadini regolari, ma rispetto alla precedente normativa vi è un netto cambiamento; è un passaggio molto importante. Questa ordinanza viene riproposta, a sua volta, ben 5 volte, fino alla legge 40 del 1998. Per i cittadini irregolari, i costi ambulatoriali o di ricovero saranno nulli per le donne in gravidanza o i minori; per gli altri stranieri irregolari, i costi saranno a loro carico o, se indigenti, dopo un modulo di autocertificazione, atto a stabilire che il certificante era indigente, in modo da essere a carico del Ministero dell'Interno; questo fatto ha portato a degli abusi, in quanto non c'è modo di verificarne la veridicità.

Tuttavia, la norma inizialmente risultò essere poco chiara, e solo una successiva nota esplicativa<sup>51</sup> diede modo di capire in parte le intenzioni del Legislatore; tra il 1996 e il 1998 si succedono telex note di chiarimento ministeriali, quesiti regionali e anche delibere locali ormai orientate in modo da “includere” questa popolazione nel sistema sanitario<sup>52</sup>, grazie alla procedura denominata Straniero Temporaneamente Presente. Il Decreto Legge che sanciva questa norma, venne reiterato tra il 1996 e il 1996 ben 5 volte; successivamente, un'ordinanza della Corte Costituzionale proibì un ulteriore rinnovo di questa procedura, e il nuovo ministro della Sanità, Rosy Bindi, “salvò” l'articolo 13, diventato articolo 11 con un'ordinanza ministeriale, il 15 novembre del 1996.

I cittadini stranieri, anche se regolarmente presenti sul suolo nazionale, non avevano totalmente gli stessi diritti dei cittadini italiani; e avevano ancor meno diritti se erano irregolarmente presenti: quanto la normativa generale sull'immigrazione era tuttavia ancora impostata sull'urgenza, ignorando che i caratteri dell'immigrazione in Italia erano cambiati dagli anni '80, anni in cui i cittadini stranieri erano considerati degli ospiti di passaggio potenzialmente pericolosi; dai primi anni novanta l'immigrazione era invece diventato un fenomeno strutturale per il nostro Paese. La ratio sottostante alle norme fino al 1998 era quella dell'equiparazione immigrato come persona (anzi non-persona, come diceva Dal Lago) da cui proteggersi e da tenere ai margini.

L'anno del tanto atteso cambiamento, della parificazione formale, fu il 1998. Questa situazione di manifesta discriminazione venne cambiata dalla legge 40/1998<sup>53</sup>, una legge di riforma generale sul

<sup>50</sup> Potenzialmente perché i cittadini irregolari avendo questo status giuridico, si trovano in una posizione di asimmetria di potere molto grave verso le Istituzioni: di facto sarebbe per loro impossibile battersi per i propri diritti. Discorso diverso per le associazioni di migranti e per diversi attori Pubblici e del volontariato, che possono portare avanti delle azioni di advocacy.

<sup>51</sup> In particolare, il telex diramato dal Ministero della Sanità il 14/05/1996, n° 1000, protocollo 4497.

<sup>52</sup> Tratto da Studi Emigrazione, op. citata, pagina 65.

<sup>53</sup> Titolata: “Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”.

tema dell'immigrazione, che riuscì a cogliere il mutato clima dell'opinione pubblica verso gli stranieri; dopo pochi mesi, vennero incorporati elementi di leggi precedenti in materia, e venne emanato il Testo Unico sull'Immigrazione, la legge 286/1998<sup>54</sup>, o Turco-Napolitano, dal nome dei suoi relatori; esso prevedeva, come avrebbe detto T. Khun, uno “spostamento di paradigma” verso la concezione dell'immigrazione e dell'immigrato: da evento percepito dall'opinione pubblica e dal Legislatore come un fenomeno di passaggio, ad un elemento strutturale alla società italiana. L'immigrato, da potenziale rischio, diventa potenziale risorsa; illustrare le modalità di questo cambiamento, esulerebbe dai temi di questa tesi, ma è fondamentale riconoscere parte del merito al lento lavoro di tanti operatori dei più disparati settori del Servizio Pubblico e del volontariato, che partendo dal basso, con un lavoro di “bottom-up” verso le Istituzioni locali e nazionali, riuscirono poco a poco, a cambiare la situazione di discriminazione verso i migranti, almeno a livello normativo, riuscendo perfino a coinvolgere politici locali e nazionali, fino ad aprire una finestra di policy, i cui principali imprenditori furono l'allora Ministro Livia Turco e l'attuale Presidente della Repubblica, Napolitano.

Al titolo primo della legge, dove vengono enunciati i diritti e doveri del cittadino straniero, viene affermato che

*“allo straniero (...) comunque presente alla frontiera o comunque nel territorio italiano, sono riconosciuti i diritti fondamentali della persona umana (...)”; inoltre “lo straniero regolarmente soggiornante nel territorio dello Stato, gode dei diritti in materia civile attribuiti al cittadino italiano”; “lo straniero regolarmente soggiornante partecipa alla vita pubblica locale”. Riguardo i rapporti con la Pubblica Amministrazione: “allo straniero è riconosciuta parità di trattamento con il cittadino italiano, relativamente alla tutela giurisdizionale dei diritti e degli interessi legittimi, nei rapporti con la Pubblica Amministrazione, nei limiti e nei modi previsti dalla legge”<sup>55</sup>*

Da queste norme si può capire la ratio della legge, ovvero quella di conferire ai cittadini stranieri dei diritti che per quanto imperfetti, siano chiari; è dunque verso un'ottica di integrazione e convivenza che viene pensata questa legge, ma ci sono diverse norme, come quella riguardante la partecipazione pubblica dei migranti, che non sono mai state applicate: i cittadini stranieri regolari, anche se presenti da diversi anni, non possono votare né a livello locale, né a livello nazionale.

L'ottica della “sicurezza” fu comunque mantenuta: con l'articolo 13 vennero istituiti i Centri di Permanenza Temporanea; luoghi che, formalmente avevano come scopo l'identificazione del

---

<sup>54</sup> Emanato il 6/03/1998 come “Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”

<sup>55</sup> Rispettivamente: Articolo 2 comma 1, 2, 4 e 5.

cittadini straniero trovato senza documenti regolari e l'espulsione verso il Paese di origine, ma che ora, con le disposizioni presenti nel Pacchetto Sicurezza, sono diventati di facto dei luoghi di reclusione.

Dal punto di vista sanitario, sono fondamentali gli articoli 34 e 35, sui quali è doveroso soffermarsi, in quanto sono gli articoli che definiscono i diritti/doveri dei migranti e del Sistema Sanitario italiano.

L'articolo 34 del Testo Unico, disciplina l'erogazione delle prestazioni sanitarie a favore degli stranieri regolarmente presenti sul territorio italiano. Sancisce che gli stranieri regolari si dividono, dal punto di vista dell'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale tra coloro che sono obbligatoriamente iscritti al SSN e da chi può scegliere se iscriversi o meno.

I gruppi di immigrati obbligatoriamente iscritti al SSN, sono:

- stranieri regolarmente soggiornanti che abbiano in corso attività regolari di lavoro autonomo o subordinato o siano iscritti nelle liste di collocamento;
- stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiornante, per lavoro autonomo, per motivi familiari, asilo politico e umanitario, richiesta di asilo, attesa di adozione, affidamento, acquisto della cittadinanza.

Per i migranti appartenenti ad altre categorie, la legge dispone che:

*“Lo straniero regolare che non rientrasse nelle categorie sopraccitate, è tenuto ad assicurarsi contro il rischio di malattie, infortunio e maternità mediante stipula di apposita polizza assicurativa con un istituto assicurativo italiano o straniero, valida sul territorio nazionale, ovvero mediante iscrizione al servizio sanitario nazionale valida anche per i familiari a carico”.*

*Per l'iscrizione al servizio sanitario nazionale deve essere corrisposto a titolo di partecipazione alle spese un contributo annuale, di importo percentuale pari a quello previsto per i cittadini italiani, (...).*

*Nel caso di iscrizione obbligatoria, l'iscrizione sanitaria è valida sia per il contraente che per la famiglia a carico, ed è valida quanto la durata del permesso di soggiorno. Nel caso di iscrizione sanitaria obbligatoria, la durata è annua, e la quota d'iscrizione viene calcolata in base al reddito guadagnato l'anno precedente in Italia o all'estero.*

*Praticamente tutti gli stranieri regolari sono parificati ai cittadini italiani per quanto attiene l'assistenza erogata<sup>56</sup>”.*

---

<sup>56</sup> Articolo 34 comma 3

È una norma molto importante: ribadisce il concetto di parità tra pazienti italiani e pazienti stranieri regolari; a livello effettivo la parità con il pazienti italiano sarà, come affermano molti studiosi, solo a livello simbolico, in quanto gli interventi per rendere i servizi sanitari pubblici “migrant friendly”, ovvero che tengano conto delle particolarità culturali, epidemiologiche e sociali dei pazienti migranti, sono ancora molto poco estesi.

L'articolo 35 del Testo Unico riguarda invece la tutela sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale: tra i non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, ci sono soprattutto<sup>57</sup> i cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno. Per loro sono garantite cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti, o comunque essenziali<sup>58</sup>, ancorché continuative per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva, a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Sono inoltre garantiti:

- la tutela sociale della gravidanza e della maternità
- la tutela della salute del minore
- le vaccinazioni e gli interventi di prevenzione e profilassi

Viene inoltre riaffermato che “l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme di soggiorno, non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto<sup>59</sup>”; questa norma, in vigore dal 1995, è stata approvata perché non ci sia timore nell'avvicinarsi alle strutture sanitarie, mettendo così a rischio la tutela della salute propria e della collettività. Di fatto, in questo modo, vengono garantiti dei diritti fondamentali a una fascia rilevante di popolazione precedentemente senza diritti. Questa norma è inoltre giuridicamente all'avanguardia in Europa, in quanto altre legislazioni, come quella tedesca e francese sono meno inclusive. Le prestazioni sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti, qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione a parità dei cittadini italiani. La legge attuativa<sup>60</sup> del TU, dispone diverse soluzioni amministrative, tra cui quella riguardanti la presa in carico sanitaria degli stranieri non iscritti e non iscrivibili al SSN, la procedura STP<sup>61</sup>. Il codice STP

---

<sup>57</sup> Ma non solo, anche gli stranieri con permesso di soggiorno per affari o turismo, di breve durata, sono tra gli interessati dall'articolo 35.

<sup>58</sup> Per cure essenziali si intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato o nel breve termine ma che con il tempo potrebbero determinare complicazioni, cronicizzazioni o aggravamenti con maggior danno alla salute o rischi per la vita.

<sup>59</sup> Articolo 35 comma 1

<sup>60</sup> il D.P.R. del 31/08/1999, n° 394

<sup>61</sup> Articolo 43; esso recita in merito:

“La prescrizione e la registrazione delle prestazioni nei confronti degli stranieri privi di permesso di soggiorno vengono effettuate, nei limiti indicati dall'articolo 35, comma 3, del testo unico, utilizzando un codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente). Tale codice identificativo è composto, oltre che dalla sigla STP, dal codice ISTAT relativo alla struttura sanitaria pubblica che lo rilascia e da un numero progressivo attribuito al momento del rilascio. Il codice, riconosciuto su tutto il territorio nazionale, identifica l'assistito per tutte le prestazioni di cui all'articolo 35, comma 3, del testo unico. Tale codice deve essere utilizzato anche per la rendicontazione delle prestazioni effettuate da parte delle strutture pubbliche e private accreditate ai fini del rimborso e la prescrizione, su ricettario regionale, di farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con i cittadini italiani, da

garantisce l'anonimato del possessore, ma spesso vengono fornite generalità false per paura di essere rintracciati, cosa che non avviene; ciò però comporta problemi di anamnesi. Ai richiedenti che non possono pagare le spese di compartecipazione, è chiesto di compilare un modulo di autocertificazione che attesti lo stato di indigenza.

Con l'ingresso in Europa dei Paesi neo-comunitari nel 2007, ci sono stati alcuni problemi riguardanti la normativa in materia di assistenza sanitaria: i neo comunitari, se non iscrivibili al SSN, in caso di bisogno, non potevano ottenere il codice STP, in quanto non erano extra europei; è stato quindi varato il codice ENI, Europeo Non In regola analogo al codice STP ma per i neo comunitari<sup>62</sup>.

La successiva Circolare 5/2000<sup>63</sup>, chiarifica alcuni punti precedentemente poco chiari, come la definizione di "cure urgenti" e cure "essenziali". Per "cure urgenti" si intendono: "quelle 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, terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi alla vita".

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<sup>64</sup>.

Una misura che dal punto di vista tecnico, tutela realmente la salute collettiva, e nel contempo costituisce uno strumento di osservazione privilegiata per meglio capire le problematiche legate allo status di clandestinità: lo sfruttamento lavorativo e sessuale, la devianza.

---

parte delle farmacie convenzionate.

- Gli oneri per le prestazioni sanitarie di cui all'articolo 35, comma 3, del testo unico, erogate ai soggetti privi di risorse economiche sufficienti. comprese le quote di partecipazione alla spesa eventualmente non versate, sono a carico della U.S.L. competente per il luogo in cui le prestazioni sono state erogate. In caso di prestazioni sanitarie lasciate insolute dal cittadino straniero, l'azienda ospedaliera ne chiede il pagamento alla U.S.L.. Ovvero, se si tratta di prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, al Ministero dell'interno, secondo procedure concordate. Lo stato d'indigenza può essere attestato attraverso autodichiarazione presentata all'ente sanitario erogante.

<sup>62</sup> Circolare del Ministero della Salute DG RUERI/11/3152/P/I.3.b/1 del 19/02/08

<sup>63</sup> Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n°286 "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"-Disposizioni in materia di assistenza sanitaria.

<sup>64</sup> Chi viene scelto dalla comunità o dal clan per intraprendere in progetto migratorio, è ovviamente l'individuo più sano, in quanto ha più possibilità di riuscita; viene chiamato "effetto migrante sano"; è generalmente anche quello più istruito; sarà comunque un argomento che verrà esaminato a fondo nei capitoli successivi.

## **1.4 Il Piano Sanitario Nazionale e i Piani di Zona**

Oltre alle leggi, strumenti molto potenti di affermazione dei diritti dei pazienti migranti sono il Piano Sanitario Nazionale e i diversi Piani di Zona: attraverso di essi si concretizzano le politiche in ambito nazionale per quanto riguarda il Piano Sanitario Nazionale e a livello sovralocale per effetto dei diversi Piani di Zona, strumenti di integrazione socio sanitaria già adottati in alcune parti d'Italia come l'Emilia Romagna e poi previsti per tutta Italia grazie all'articolo 19 della 328/2000<sup>65</sup>; in particolare vorrei analizzare il PSN 1998-2000, per l'importanza delle sue linee guida.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, strumento di programmazione sanitaria a livello nazionale, prevedeva un percorso di tutela e promozione della salute. Riprende gli argomenti della legge Bindi<sup>66</sup>, articolandoli maggiormente, e ne recepisce dei nuovi. I focus principali sono la partecipazione dei cittadini e l'integrazione degli interventi, sia secondo un'ottica multisetoriale, tra sociale e sanitario<sup>67</sup> che multiprofessionale. Tra gli obiettivi fondamentali che si pone di raggiungere, vi è il rafforzamento della tutela dei soggetti deboli; tra cui sono individuati gli stranieri immigrati; le indicazioni di introdurre all'interno del Servizio Sanitario condizioni di maggiore equità nella erogazione dei servizi alle diverse categorie di popolazione in condizioni di bisogno, anche contrastando i nodi riguardanti l'accesso ai Servizi. Il Piano Sanitario Nazionale pone come obiettivi da raggiungere entro il triennio, l'accesso all'assistenza sanitaria, che deve essere garantita a tutti gli immigrati, secondo le norme vigenti in tutto il territorio nazionale.

Il Piano afferma anche che durante il triennio, dovranno essere sviluppate le seguenti attività rivolte allo sviluppo di politiche intersettoriali di salvaguardia della salute degli immigrati:

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

## **1.5 Il Pacchetto Sicurezza**

La recentissima legge 94/2009, entrata in vigore l'8 di agosto, ha previsto una modifica parziale, in senso restrittivo, delle norme sull'immigrazione e sulla cittadinanza; i principali elementi introdotti o modificati riguardano:

<sup>65</sup> La 328/2000 è la legge di riordino del Sistema integrato dei servizi socio-sanitari.

<sup>66</sup> Legge 229/1999

<sup>67</sup> Non per caso, entro breve uscirà la legge 328/2000, la legge di riordino dei Servizi socio sanitari, che avrà come l'obiettivo dell'integrazione.



- Il cambiamento delle norme relative al matrimonio e all'acquisizione di cittadinanza;
- L'introduzione del **reato** di ingresso e soggiorno irregolare<sup>68</sup>;
- Il cambiamento delle norme sulla residenza anagrafica;
- L'obbligo di esibizione del permesso di soggiorno per tutti gli atti pubblici;
- L'aumento del tempo di detenzione massima nei Cie<sup>69</sup>

Esaminare in modo analitico i singoli punti sarebbe molto interessante, in quanto questa legge è in chiara controtendenza alle precedenti e in quanto sta avvenendo di fatto all'interno della nostra Società, ovvero il processo di convivenza e metissage tra noi e coloro che sono arrivati e stanno arrivando in questi anni; tuttavia, in primo luogo questa non è la sede adatta alla discussione in merito, e in secondo, è stata varata molto recentemente, e osservare la dimensione attuativa sarà fondamentale; in ogni caso, è palese che il rapporto tra stranieri e Servizio Sanitario Nazionale instaurato con la legge Turco Napoletano, potrebbe risultare fortemente condizionato dall'articolo 1, dove viene richiesta l'esibizione del permesso di soggiorno per ogni rapporto con la Pubblica Amministrazione, dall'iscrizione all'anagrafe, all'atto del matrimonio, a qualsiasi prestazione sanitaria, fatta salva la norma che introduce, nella stessa legge, il reato di clandestinità e quindi l'obbligo di denuncia da parte di qualsiasi Pubblico Ufficiale o incaricato di pubblico servizio. Per il personale sanitario, a seguito di vivaci proteste non vi è obbligo di denuncia, ma *diritto di denuncia*: una sottile differenza, quasi per aumentare la discrezionalità, per altro tipica, nelle leggi italiane concernenti l'immigrazione. Dal punto di vista attuativo, la norma in particolare probabilmente sarà poco seguita, in quanto l'Ordine dei Medici, dove per accedervi bisogna operare il Giuramento di Ippocrate, mal tollera intrusioni che interferiscono con il mandato della professione; in pratica si continuerà a non denunciare, ma tanto basterà ad allontanare ulteriormente i migranti non regolari dalle strutture sanitarie, anche a causa degli operatori sanitari che denunceranno.

Adesso, con la legge appena approvata, è difficile fare ipotesi sulle conseguenze: però, secondo molti operatori di settore e secondo logica, il numero degli immigrati non regolari che si serviranno dei Servizi sanitari pubblici crollerà quasi subito; arriveranno in ospedale solo i pazienti più gravi; ci sarà un peggioramento generale delle condizioni di salute per questa popolazione, e il Privato sociale sanitario e le cliniche clandestine saranno sempre più frequentati da questa fascia di popolazione. Inoltre tutti i servizi di bassa soglia, specialmente del Privato Sociale che si occupano di accompagnamento ai servizi sanitari di fasce deboli quali prostitute, tossicodipendenti, e homeless, dovranno operare in modo alternativo a quello attuale.

---

<sup>68</sup> Su questa norma, insieme all'obbligo di esibizione dei permessi di soggiorno per tutti gli atti con la PA, vi sono dubbi di costituzionalità avanzati da ASGI: queste norme andrebbero a ledere diversi trattati internazionali firmati dall'Italia.

<sup>69</sup> Articoli 1 e 2 della legge.

Nominalmente il diritto alla salute rimane salvo, come indicato dalla Costituzione all'articolo 32, ma di facto esso viene intaccato in modo grave: viene così a mancare un pilastro fondamentale verso la convivenza; è insomma, una misura "inutile, pericolosa, anzi dannosa" (Geraci 2009).

### **1.6 Un diritto che produce differenze**

Le leggi sull'immigrazione producono un diritto separato rispetto a quello ordinario, determinando modalità di accesso separate ai Servizi della nostra società, Servizi che sono impostati su un modello universalista. Questo fenomeno si può osservare all'interno del Servizio Sanitario Nazionale; in questo ambito, le differenti categorie di beneficiari sono determinate principalmente dallo status giuridico di cittadinanza e in secondo luogo, dai bisogni sanitari.

Le categorie di stranieri immigrati beneficiari del SSN sono:

- i cittadini stranieri in regola sulla normativa di soggiorno;
- le donne in gravidanza e in stato di irregolarità giuridica
- i minori non regolarmente presenti in Italia;
- gli stranieri temporaneamente presenti ( gli uomini e le donne adulte non in gravidanza).

I cittadini stranieri regolari, sono equiparati ai cittadini italiani dal punto di vista di diritti/doveri sanitari; e al pari dei cittadini italiani, sono particolarmente tutelate le fasce più a rischio. Donne in gravidanza, minori e anziani. Il fenomeno degli stranieri immigrati anziani è recente, ma in lento aumento e viene favorito da due flussi: dagli stranieri che sono arrivati in Italia negli anni '80 che cominciano ad invecchiare<sup>70</sup>, e dai ricongiungimenti familiari, legali o illegali effettuati dai lavoratori stranieri in Italia . In modo legale, il ricongiungimento familiare è una pratica molto complessa, specie se legata ai genitori o ai nonni; in modo illegale, richiedendo magari un visto temporaneo per turismo e poi non tornando più nel Paese di origine. Dal punto di vista sanitario, le malattie che affliggono questa fascia di popolazione sono quelle cronico degenerative e quelle legate a problematiche respiratorie.

Una seconda categoria individuata dalla legge è quella comprendente le donne straniere irregolari in stato di maternità. Per loro è prevista una forte tutela sociale, tale ottenere un permesso di soggiorno, fino a sei mesi dopo il parto, ed è fatto divieto di espulsione; a loro carico, possono

---

<sup>70</sup> presentando, tra l'altro caratteristiche epidemiologiche simili agli immigrati italiani, sia interni, che esterni della stessa età (E. Gelormino, 2008)

essere prescritti gli esami ritenuti necessari dal medico, esenti dal ticket, come anche le prestazioni correlati all'IVG, a parità dei cittadini italiani<sup>71</sup>.

Una terza categoria è costituita dai minori non regolari; la loro tutela è stata garantita anche dalla Convenzione di New York. È previsto che possano accedere a tutte le strutture sanitarie<sup>72</sup> tranne il pediatra di famiglia pubblico. Le cure sono in forma gratuita. Se, dopo la nascita, si richiede un permesso di soggiorno temporaneo, per i 6 mesi successivi si ha diritto all'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, presso il distretto della zona di competenza e ad accedere a tutte le cure previste per i bambini italiani, tra cui la pediatria di base.

Per i restanti stranieri irregolari, si applicava fino a pochissimo tempo fa, l'articolo 35 del Testo Unico; ora sono vigenti le norme contenute nel "Pacchetto Sicurezza".

Come si evince, vi è una eterogeneità di condizioni d'accesso, e una eterogeneità di diritti, di fronte a un Servizio che dovrebbe essere di stampo universalistico, ma che non lo è.

In conclusione, si può affermare che sia migrante regolare che quello non regolare, godano di importanti diritti sanitari, che quasi li equiparano, sotto questo punto di vista, al cittadino italiano; è altrettanto vero però che esistono elementi che limitano l'accesso e la fruizione al Sistema Sanitario Nazionale, rendendo questi diritti "di carta". I fattori che limitano i diritti dei pazienti migranti sono di natura sociale, culturale ed organizzativa.

## **CAPITOLO 2**

### **I DETERMINANTI DI SALUTE**

"Equity in health implies that ideally everyone  
could attain their full health potential,  
and that no one should be disadvantaged  
from achieving this potential because their social position  
or other socially determined circumstance".

Whitehead, Dahlgren

#### **2.1 I determinanti di salute in generale**

---

<sup>71</sup> In applicazione alle leggi 29 luglio/1975 n°405, legge 22 giugno 1978, n°194, articolo 10 e del Decreto Ministeriale settembre 1998.

<sup>72</sup> Ambulatori specialistici, ospedali e consultori pediatrici di zona.

Nel corso di questo capitolo, cercherò di illustrare, alla luce dei più recenti e autorevoli studi in materia, quali sono i fattori che determinano una migliore o peggiore condizione di salute per gli individui, o per un gruppo specifico di individui.

La prima parte del capitolo cercherà di illustrare quali sono i determinanti di salute riguardanti la popolazione in generale, e quali sono le loro interazioni, mentre nella seconda parte del capitolo, cercherò invece di ragionare su come questi determinanti di salute generali vanno ad interagire (o sarebbe meglio dire impattarsi), con chi mette in atto un processo di migrazione, azione che ha la conseguenza di ridisegnare in modo totale la vita degli individui; tanto che la sociologa Mara Tognetti Bordogna, lo considera come un “fatto sociale totale”.

Per ottenere questi risultati, mi ispirerò a ricerche epidemiologiche di studiosi, come Marmot (1994, 1999, 2002) Wilkinson (1996, 2000, 2004, 2005), Costa (1994, 2000, 2006, 2008), Whitehead (2005) e altri, che negli anni hanno evidenziato l'esistenza di diversi fattori che modificano in senso negativo o in senso positivo la salute di una popolazione; questi fattori sono i determinanti di salute positivi, i fattori di protezione e i fattori di rischio.

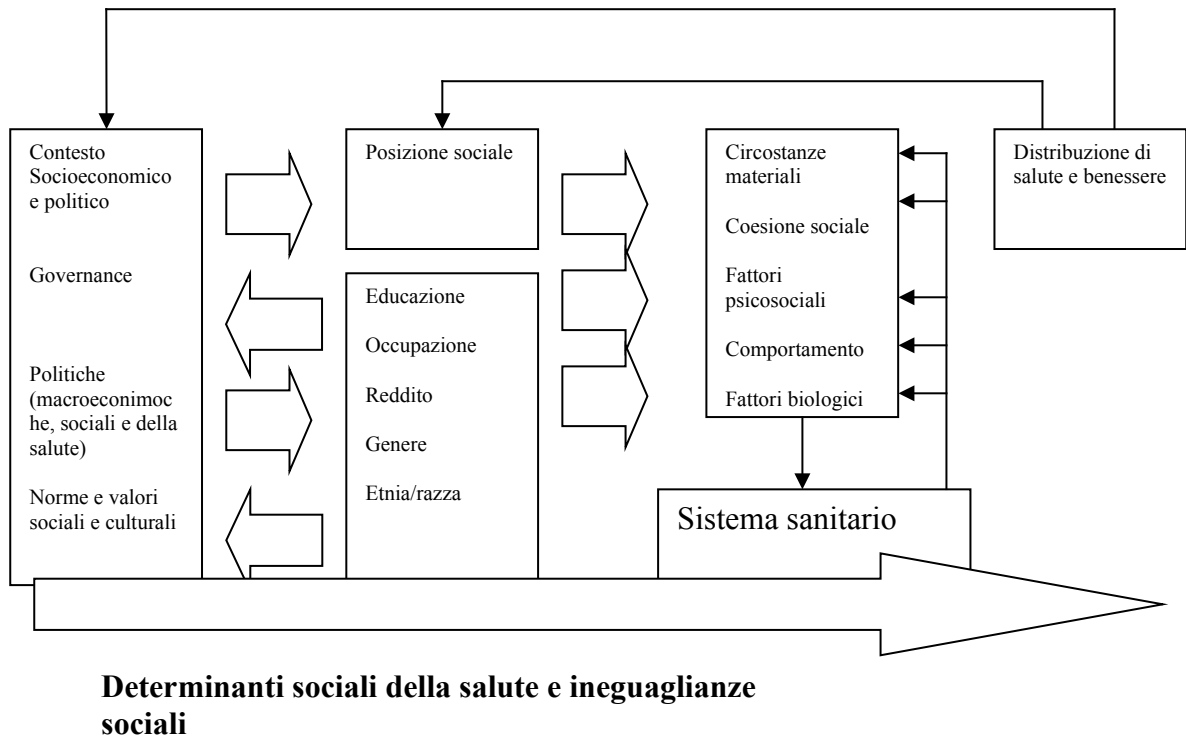
**I determinanti di salute positivi** “sono quei fattori che contribuiscono al mantenimento della salute, come per esempio la sicurezza economica, abitazione e alimentazione adeguata, oltre che buone relazioni con le persone della propria rete, e relazioni sociali gratificanti” (Wilkinson 2005).

**I fattori di protezione** “sono quegli elementi che eliminano il rischio o facilitano la resistenza alla malattia, come per esempio alcuni fattori psicosociali, come per esempio il senso di avere un obiettivo, o il sentirsi all'interno di un network” (WHO 2002); altri fattori di protezione, possono essere le diete sane, come quella mediterranea, ricca di frutta e di olio di oliva (Costa et al. 2006).

**I fattori di rischio** sono quegli elementi che causano problemi di salute e malattie potenzialmente prevenibili; possono essere di natura sociale, economica oppure associati con specifici fattori ambientali, o legati allo stile di vita, come per esempio il fumo o l'inquinamento ambientale.

Dato il carattere molto complesso, e in parte ancora sconosciuto delle interazioni che legano i diversi fattori, fare distinzioni tra determinanti di salute positivi, fattori di protezione e fattori di rischio, può essere a volte molto arduo. Nelle ricerche epidemiologiche, il focus è spesso puntato sui fattori di rischio, che permettono di identificare i fattori di protezione e i determinanti di salute positivi; l'ottica di queste ricerche è di natura olistica, ovvero che cerca di tenere conto sia dei singoli aspetti. Delle interazioni tra di essi, soprattutto tra i fattori di “downstream”, ovvero che vanno ad influire dall'alto verso il basso e dei fattori di upstream, che vanno ad influire dal basso verso l'alto del Sistema.

**Schema 1: i principali fattori di downstream e upstream individuati dalla ricerca, fonte: Solar e Irwin 2007.**

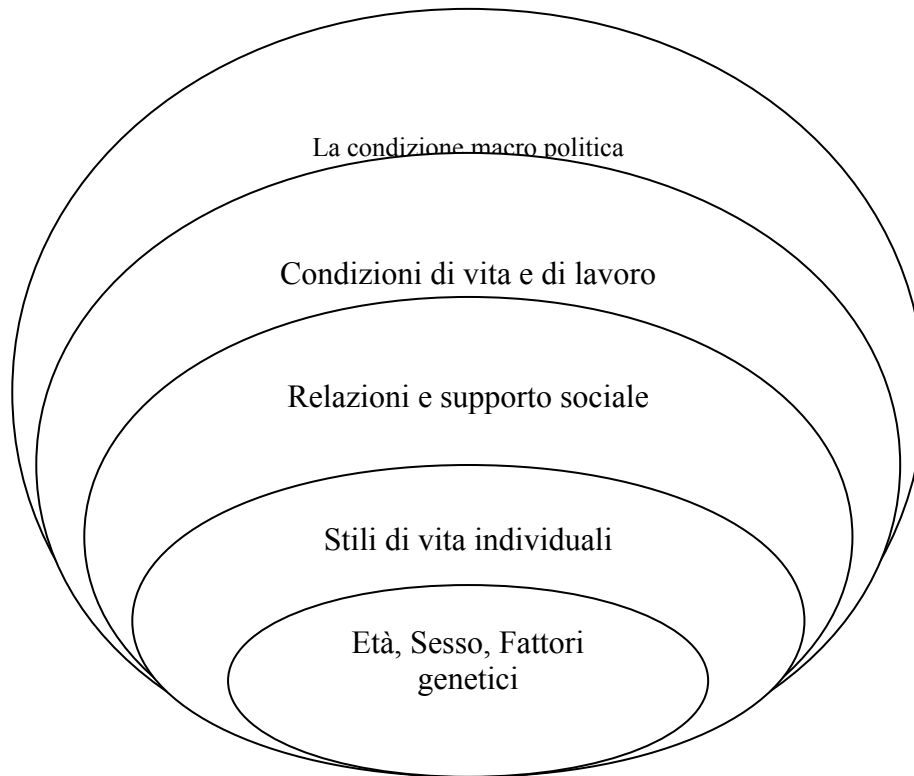


Lo schema soprastante, elaborato nel corso di una ricerca in ambito Who, “The epidemiological determinants of disease”, (Solar e Irwin, Londra 2007), riporta i fattori di downstream e upstream che interagendo tra di loro lungo l’arco temporale di un’intera vita: dal concepimento alla vecchiaia, e lo stato di salute è l’esito di esposizioni prolungate ad essi; se si volesse agire su questi determinanti si dovrebbero progettare interventi intersettoriali in quanto le interazioni tra di essi sono complesse, la risposta da fornire dovrà essere olistica.

Secondo me, sono molto interessanti gli studi in ambito WHO compiuti in particolare di M. Whitehead e da G. Dahlgren nel 1993<sup>73</sup>, hanno portato ad un significativo schema di sintesi sull’insieme dei determinanti di salute.

**Schema 2 : i determinanti di salute individuati da Dhalgren e Whitehead per il WHO**

<sup>73</sup> La ricerca in questione è “Tackling down the inequalities” Phase 1, 1993.



In questo schema, ogni strato rappresenta una diversa categoria di determinanti, dal livello sovra individuale più alto, la condizione macro politica, al livello più individuale, il livello genetico. La categoria di determinanti più contestuale riguarda dalle condizioni macro politiche sopranazionali e nazionali, che determinano le condizioni di vita e di lavoro, come per l'appunto l'ambiente lavorativo, i Servizi Sanitari, l'educazione. A loro volta, questi fattori condizionano totalmente o in parte l'ambito relazionale dell'individuo; gli stili di vita individuali si trovano invece ad un livello intermedio, essendo influenzati sia da fattori che provengono dall'alto e si proiettano verso il basso che da fattori che provengono "dal basso", si proiettano verso l'alto; l'età, il sesso e i fattori genetici sono fattori meramente individuali. Man mano che il fattore di downstream diventa di upstream, diventa sempre più complesso intervenire per cambiare i determinanti da sfavorevoli a favorevoli per la salute dell'individuo; esaminerò strato per strato questi fattori, per chiarire la natura delle loro interazioni sulla salute, individuale o di gruppo.

## **1° strato: la condizione macro politica**

La condizione macro politica ed economica, può essere osservata sia a livello sovra nazionale, che a livello nazionale.

A livello sovra nazionale, la dimensione macro politica include strategie di crescita economica neo liberiste, che però hanno ampliato le disuguaglianze di stipendio e la povertà<sup>74</sup>; l'acuirsi dei processi di globalizzazione economica, ha ridotto le possibilità per i governi di influenzare questo trend, in quanto hanno ridotto di facto la sovranità nazionale su alcuni settori, come le politiche fiscali e di mercato.

A livello nazionale, la crescita economica nazionale costituisce un importante determinante di salute: secondo le evidenze scientifiche, nel lungo termine, con lo sviluppo economico, la salute della popolazione migliora, non però in modo uniforme per tutti i Paesi e non per tutti i gruppi socio economici: tra i diversi Paesi ricchi ci sono differenti tassi di mortalità infantile e diverse aspettative di vita, in quanto vengono implementate politiche sanitarie nazionali e locali secondo modi e principi diversi. È fondamentale poi la distribuzione della ricchezza tra la popolazione: se vi saranno ampie disuguaglianze in tal senso, ci saranno allora tassi di mortalità tra gruppi anche molto diversi (Kyprianov 2005), in quanto ci sarà minore accesso alle risorse<sup>75</sup> e ci saranno maggiori fattori psicologici che interverranno come fattori di rischio, come maggiore stress, ansia, elementi che secondo diversi studi, soprattutto quelli compiuti in Inghilterra da Marmot (1994), portano a maggiori probabilità di adottare comportamenti a rischio. Ovviamente, come determinante di salute socio economico, compare la povertà, che limita la possibilità di vivere una vita sana, e in diversi stati europei è considerata uno dei maggiori fattori di rischio per la salute (Whitehead, Dalhgren 2003); si può affermare che:

- la povertà può essere una causa di povera salute;
- una povera salute può essere causa di povertà;
- una salute migliore può essere una via di uscita dalla povertà

Sotto questo profilo, sono molto importanti, oltre che leggi strettamente economiche, che influiscono sulla distribuzione di ricchezza in generale, anche le leggi di settore, come quelle riguardanti l'istruzione, il lavoro, la salute e la loro applicazione.

## **2° strato: condizioni di vita**

Lo sviluppo economico e sociale in Europa ha mostrato come la salute possa essere migliorata attraverso miglioramenti nelle condizioni di vita e di lavoro in diversi settori, come ad esempio:

- istruzione;

---

<sup>74</sup> Whitehead, Dhalgren 2004.

<sup>75</sup> Specialmente per le classi sociali più basse.

- ambiente di lavoro
- disoccupazione
- situazione abitativa
- Sanità

le azioni su questo livello di determinanti sono molto importanti per ridurre le disuguaglianze sociali nella salute; tuttavia, le politiche di intervento rispetto a questi fattori, implicano l'agire in contemporanea in diversi settori, assumendo quindi una logica intersettoriale.

## ISTRUZIONE

Tutti gli studi analizzati, hanno mostrato una stretta associazione tra istruzione e salute: minore è l'istruzione, ovvero gli anni formali di studio, tendenzialmente peggiore sarà lo stato di salute dell'adulto; di converso, maggiore sarà il grado di istruzione, migliore sarà lo stato di salute dell'individuo. La relazione tra una migliore educazione e una migliore salute, può essere sia diretta, che indiretta: direttamente perchè una maggiore informazione può aiutare a prevenire i fattori di rischio e adottare fattori di salute/prevenzione in modo autonomo; indirettamente, perchè tanto più elevata sarà la posizione lavorativa raggiunta tramite gli studi, tanto più si svolgerà in ambienti salubri, sicuri e con minori rischi stress. L'educazione ha quindi un enorme potenziale nel promuovere la salute, e quindi nel ridurre le disuguaglianze di salute; inoltre, secondo gli stessi studi, è possibile affermare che:

- **l'educazione tradizionalmente è un'importante via di uscita dalla povertà:** più anni di istruzione formale una persona studia, maggiori sono le possibilità di avere lavori meglio retribuiti, in ambienti più salubri e sicuri;
- **l'educazione è un canale per la mobilità sociale,** in quanto permette alle persone di migliorare la loro posizione socioeconomica nella società;
- **l'empowerment è inoltre un importante outcome dell'educazione,** in quanto il ruolo dell'educazione nell'incoraggiare la partecipazione nella comunità non dev'essere sottostimato;
- **il sistema educativo gioca un ruolo fondamentale nel preparare i bambini alla vita,** fornendo loro i mezzi e le abilità per raggiungere il loro pieno potenziale sociale, emozionale, e fisico.

Per tutti questi motivi, l'educazione è ritenuta uno dei determinanti di salute più importanti; dagli economisti è considerata un'esternalità positiva, in quanto i suoi effetti non riguardano il solo individuo, ma tutta la sua cerchia, e in ultimo la Società stessa.

## AMBIENTE DI LAVORO



I rischi legati al lavoro sono ancora alcuni dei maggiori fattori di rischio, dato che possono concorrere a creare situazioni di scarsa salute e incidenti, talvolta invalidanti, talvolta mortali, nonostante gli innegabili progressi in materia<sup>76</sup>, almeno nell'area europea. I tassi di incidenti e i rischi sul lavoro, sono diversi da Paese a Paese; i rischi, oltre ai fattori fisici, includono anche l'esposizione ad agenti chimico biologici, allergie e fattori psicosociali, come ad esempio lo stress correlato al lavoro. Più bassa è la posizione sociale, maggiore il rischio di avere un lavoro non sicuro; secondo diversi studi<sup>77</sup>, i fattori psicosociali legati all'organizzazione del lavoro giocano un importante ruolo nello spiegare le disuguaglianze socioeconomiche nelle patologie cardio vascolari.

## DISOCCUPAZIONE

La disoccupazione aumenta i rischi di salute e le morti premature dovute a suicidi (Bartley 1994). Nel contesto occidentale, il lavoro gioca un ruolo centrale nella società: fornisce stipendio, prestigio e fa sentire una persona inclusa e importante nella vita della comunità di appartenenza; di converso, la disoccupazione esclude quindi le persone dalla partecipazione e dai benefici che l'occupazione fornisce (anche dal punto di vista psicosociale). È tuttavia molto arduo studiare la relazione tra disoccupazione e salute in Paesi (o Regioni) con ampi tassi di lavoro informale. (Whitehead e Dalhgren 2007). Secondo alcuni studi, (Judge et al. 2005), la disoccupazione può avere un impatto negativo sulla salute dei bambini nei nuclei familiari con adulti disoccupati. La proporzione dei minori che vivono con adulti disoccupati, nel 2004 oscillava tra il 2 e il 16.8%<sup>78</sup> dei minori in totale.

Anche il rischio di venir licenziati e quindi di rimanere disoccupati, è fonte di pericolosi stati di stress; il cambiamento del mercato del lavoro e il crescente numero di lavoratori a tempo determinato sta introducendo quindi ulteriori fattori di rischio. I gruppi più a rischio comprendono i lavoratori manuali, le persone con pochi anni di studio, famiglie a basso reddito, madri solo, minoranze etniche e di recente immigrazione (Duffy, 1998).

## SITUAZIONE ABITATIVA

La condizione igienico-abitativa, ovvero vivere in un ambiente più o meno salubre, ed avere uno spazio sufficiente, è un determinante di salute fondamentale, in quanto influenza la vita dell'individuo nel tempo libero.

## SANITA'

I determinanti di salute legati al rapporto individuo-sanità è fondamentale: esso è però un aspetto complesso, e in questo paragrafo chiariremo l'impatto che hanno diversi fattori che lo compongono; per analizzarli meglio, suddivideremo questa area di determinanti in 3 categorie:

---

<sup>76</sup> Un tragico episodio di incidente sul lavoro, è costituito a Torino dalla vicenda della Thyssenkrupp.

<sup>77</sup> Mackenbach 2005, Marmot nel suo celebre studio della mortalità dei colletti bianchi del 1997.

<sup>78</sup> Il dato però varia da Paese a Paese, e la zona di riferimento è l'Unione Europea.

- la prevenzione primaria
- l'accesso ai servizi
- i percorsi di cura

**La prevenzione primaria** è forse uno degli strumenti più potenti di riduzione delle disuguaglianze di salute; per legge è un servizio che per legge deve essere svolto dal Servizio Sanitario Nazionale; secondo gli studi di Costa (2007) e di Padovani (2009), in Italia esisterebbe un forte gradiente geografico (a discapito delle regioni meridionali) e un forte gradiente legato all'indice socio economico, in quanto sono in genere i cittadini più istruiti ad essere più sensibili alle campagne di prevenzione; sarebbe quindi opportuno, nella loro conduzione, un particolare impegno verso i gruppi socio economici più a rischio, che sono anche i le persone a cui la prevenzione fatica maggiormente ad arrivare e ad essere efficace.

**L'accesso ai servizi**, è ovviamente il punto focale del rapporto individuo-salute; in Italia non ci sono barriere normative di sorta, in quanto tutti possono rivolgersi ai Servizi<sup>79</sup> ma di facto, come per la prevenzione, le popolazioni più a rischio hanno grosse difficoltà ad avere accesso ai Servizi, per cui, in alcuni casi, si è pensato di rendere questi servizi più accessibili, rendendoli a “bassa soglia” (o “elevata prossimità”).

**I percorsi di cura**: tra i pazienti italiani presentano disuguaglianze a livello territoriale, con un maggiore accesso per i pazienti nelle zone meridionali del Paese, dovuto al peggior stato di salute e in base allo status socio economico, con un maggior rischio di cure inappropriate e minor accesso a cure innovative; esiste inoltre una grande variabilità territoriale per quanto riguarda il consumo di farmaci, non spiegabile in base alla diversa diffusione delle patologie, il cui uso, nonostante i dati limitati, varierebbe in base al livello di studio: negli strati di popolazione con minori livelli di studio, vi sarebbe un maggiore ed ingiustificato uso di farmaci, specialmente di certe famiglie, come sonniferi e antidepressivi; anche nella relazione medica, il determinante più significativo, sembrerebbe risultare il titolo di studio: per le persone con titolo di studio maggiore, sarebbero riportati un numero maggiore di errori di diagnosi, mentre tra le persone con un tds minore, si tenderebbe a spostare l'attenzione sull'ascolto.

### **3° strato: il ruolo del supporto sociale**

Il supporto sociale è stato definito come “una risorsa fornita da altre persone”<sup>80</sup>, ed è considerato come “un'informazione che guida il soggetto a credere di essere amato, curato, stimato, considerato, e di appartenere a un network sociale di comunicazione e di mutua obbligazione”.<sup>81</sup>

<sup>79</sup> Con alcune limitazioni per i migranti non regolari.

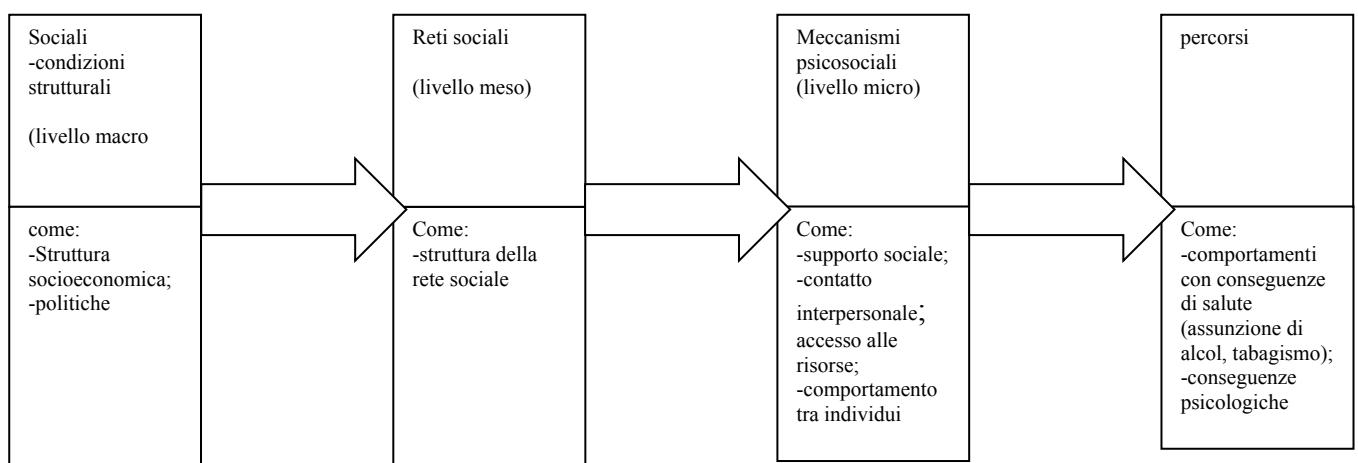
<sup>80</sup> Cohen and Syme SL. Social support and health. London, Academic Press, 1985.

<sup>81</sup> Cobb S. Social support as moderator of life stress. Psicosom Med. 1976.

La natura delle relazioni umane è vitale per la salute e il benessere di un individuo, come sono vitali, per esteso, per una comunità. A livello individuale, ci sono forti evidenze che indicano come certi tipologie di reti sociali, partecipazione e relazioni sociali siano positive per la salute di una persona; individui con forti reti sociali hanno tassi di mortalità ridotti di 1/3 rispetto a persone con pochi legami sociali; di converso, le persone che sono isolate dagli altri, hanno un rischio maggiore di morte prematura. Essere disoccupati o vivere in povertà aumenta i rischi di esclusione sociale (Macinko 2001).

Un efficace schema riassuntivo della correlazione del supporto sociale come determinante di salute, è stato elaborato da Berkman e Glass (2000)

**Schema 3: il supporto sociale come determinante di salute**



#### **4°strato: gli stili di vita**

Gli stili di vita sono determinanti di salute “intermedi” rispetto ai fattori di downstream e upstream, in quanto sono individuali, ma contestualizzati all’interno di una società e quindi di un sistema culturale ben preciso; in presenza di abitudini non corrette, come si potrebbe procedere per intervenire su di esse? Ci sono almeno 3 possibili risposte:

- intervenire sull’individuo;
- intervenire sulla società;
- agire a livello intermedio

Se per modificare uno o più stili di vita si volesse intervenire solo sull'individuo, la logica retrostante sarebbe quella di considerare la persona completamente autodeterminata, ma la sociologia, fin dai suoi albori, dimostra che non è così; un approccio che seguisse solo questa ottica, organizzando delle campagne informative solo sui rischi connessi ad una particolare pratica, avrebbe un'efficacia limitata: di converso, se si volesse intervenire solo con politiche "dall'alto verso il basso" l'individuo sarebbe pensato solo come un attore passivo della società, powerless quando la realtà è diversa, in quanto esiste un certo grado di autodeterminazione: per esempio, il solo aumento del costo del prodotto di tabacco e alcol, ha effetti evidenti ma non significativi<sup>82</sup>. Se invece si adottasse un approccio intermedio, che coniugasse politiche di downstream e di upstream, i risultati sarebbero evidenti e significativi: un esempio è dato dalle campagne contro il tabagismo, che nell'arco di 10-15 anni ne hanno ridotto significativamente il consumo, anche se le classi socioeconomiche più basse rimangono molto difficili da raggiungere attraverso queste campagne e il rischio di diventare un fumatore è maggiore rispetto a una persona con uno status socio economico maggiore.

Gli stili di vita che sono considerati critici per la salute sono:

- il tabagismo;
- l'abuso di alcol;
- l'alimentazione, l'attività fisica e l'obesità

### **Il tabagismo**

Il tabagismo rappresenta uno dei principali fattori di rischio per numerose patologie, dai tumori al polmone, alla laringe, all'esofago, a problemi cardiaci, come infarti e malattie croniche alle vie respiratorie; il fumo è ancora il maggiore rischio legato al comportamento presente in Europa, nonostante la significativa riduzione dei fumatori tra il 1990 e il 2005 per merito delle politiche attive degli Stati. L'impatto sulla salute del fumo passivo è maggiore di quanto generalmente si creda, ma è molto complesso da misurare: un modo per farlo sarebbe quello di calcolare il numero e il tipo di patologie fumo-correlate tra persone non fumatrici conviventi o a contatto con persone fumatrici.

### **Sovraconsumo di alcol**

In Europa, il sovraconsumo di alcol, è uno dei maggiori determinanti di scarsa salute e morte prematura; l'elevatissimo consumo di alcol nelle parti centrali e orientali dell'Europa, è stato identificato come uno dei fattori chiave nel causare il declino dell'aspettativa di vita osservato negli anni '90 (Whitehead, Dalhgren 2007). L'alcol presenta anche significative differenze di mortalità in

---

<sup>82</sup> Anche se, come notano gli economisti, questo genere di beni sottoposti ad aumento di prezzo, nel medio lungo periodo induce una diminuzione della domanda (Mankiw G., elementi di macroeconomia 2003)

ambito di genere (Cockerham 2000), di istruzione e classe sociale (indagine multiscopo ISTAT 1994-95).

I danni arrecati dall'alcol alla salute sono diversi, ma difficili da quantificare a causa della sottostima delle morti attribuibili dovuta all'inaccurata attribuzione all'alcol di molte morti, come quelle per incidente stradale; l'abuso di alcol rappresenta un fattore di rischio per i tumori delle vie respiratorie dei tratti gastrointestinali, del fegato e ad esso sono anche correlati cirrosi al fegato, intossicazioni acute da alcol, morti violente e accidentali (Vannoni, 2004). Si può poi riconoscere un doppio effetto negativo dell'abuso di alcol sul versante sociale: uomini negli strati sociali più bassi tendono sia a bere di più del resto della popolazione e soffrono anche di un maggiore impatto negativo sulla salute, date la salute generalmente già affaticata.

### **Nutrizione, attività fisica e obesità**

Le diete non salutari con troppi grassi e troppi pochi vegetali e frutta, costituiscono, insieme alla mancanza di attività fisica, specialmente accompagnati dall'abitudine al fumo, uno dei maggiori e crescenti determinanti di scarsa salute e morte prematura in Europa. Questi determinanti sono fattori di rischio per molte malattie cronico degenerative e vascolari, in particolare cardiovascolari e neoplasie.

### **5°strato: età, sesso, fattori genetici**

In questo strato dello schema di Dahlgren e Whitehead, sono compresi tutti i fattori individuali che influenzano la salute: dall'età, più o meno elevata, al genere, in quanto donne e uomini hanno predisposizioni a malattie diverse, i fattori genetici, che possono determinare la presenza/assenza di una particolare patologia (si pensi alla talassemia mediterranea), o aumentare o diminuire la probabilità dell'insorgere di un disturbo.

## 2.2 I determinanti di salute specifici delle popolazioni migranti

Se si volesse ragionare sul modello di Whitehead e Dalhgren, ponendo come focus una popolazione precisa, quella dei migranti in un Paese specifico, cosa si otterrebbe? A quali ipotesi si potrebbe arrivare? Si parla di ipotesi, in quanto la letteratura specifica è limitata, se non riferita ad altri contesti nazionali.

### 1° strato: le condizioni macro politiche

A livello sovra nazionale il mercato neoliberista, ha creato una ineguale distribuzione di ricchezze, all'interno della quale, l'obiettivo è il profitto, non la giustizia sociale, per cui le classi sociali più svantaggiate, rischiano di dover sopportare il maggior peso della povertà; a livello nazionale sono state varate diverse leggi mirate specificatamente verso i migranti: leggi che da un lato hanno introdotto due "nuove" categorie di persone<sup>83</sup>: e dall'altro hanno cercato di regolare la vita dei migranti in diversi settori.

Le nuove categorie di cittadini che sono state introdotte con la legge, sono state quelle dei migranti regolari e i migranti non regolari, che con il cosiddetto Pacchetto Sicurezza, approvato ad agosto 2009, ritornano ad essere le non-persone, dal punto di vista dirittuale, che erano prima delle riforme del '95. Questa norma prevede infatti diversi punti molto controversi, come:

- l'aumento della difficoltà nel contrarre matrimoni "misti"
- se richiesto, l'obbligo di presentare il permesso di soggiorno per le relazioni con la Pubblica Amministrazione (cure sanitarie, matrimoni, processi in Tribunale come testimoni)
- il permesso di soggiorno "a punti"
- l'aumento della detenzione massima nei Centri Identificazione ed Espulsioni, gli ex CPT

Queste norme, a detta di molti esperti<sup>84</sup> potrebbero causare una ulteriore sommersione dei non regolari rispetto alla società, con conseguente diminuzione della qualità della vita.

### 2° strato condizioni di vita e di lavoro

- istruzione
- ambiente di lavoro
- disoccupazione
- situazione abitativa

---

<sup>83</sup> La cui discriminante è fornita in base allo status di cittadinanza.

<sup>84</sup> Vitale, Pastore, 2007.

## ISTRUZIONE

come precedentemente riportato, gli studi hanno mostrato una stretta correlazione tra educazione e salute; per i migranti questo tema è molto complesso, in quanto si devono tenere in considerazione i diversi gruppi di migranti, sia dal punto di vista del paese di provenienza che dal punto di vista del gruppo sociale di appartenenza. Sostanzialmente la questione può essere vista secondo due punti di vista:

- il titolo di studio e gli anni di istruzione formale di chi arriva (minori compresi);
- l'istruzione di chi è in età scolare, nato in Italia

Secondo diverse stime della Caritas, il titolo di studio dei migranti per lavoro, è medio alto; tuttavia, accanto a questa istruzione formale, segue una socializzazione alle norme sanitarie che dipende dal Paese di provenienza, e dalla “health literacy<sup>85</sup>” propria di quel gruppo sociale; i fattori di rischio sono poi diversi da Paese a Paese, così come le patologie sono più o meno comuni. Non sono comunque state fatte ricerche specifiche per capire le correlazioni tra titolo di studio e salute per i migranti.

## LAVORO

come riportato in precedenza, i rischi legati al lavoro sono per la popolazione in generale, alcuni dei maggiori determinanti di scarsa salute e di incidenti. Per i migranti, il lavoro costituisce forse la maggiore causa di problemi di salute di questa popolazione: secondo i dati pervenuti dalle SDO del 2004, circa il 26% dei ricoveri totali (sia in ricovero ordinario che in day hospital), erano dovuti a traumatismi: un dato fortemente sottostimato, in quanto i migranti, sia regolari che non regolari, per diversi motivi (paura delle autorità, paura di essere licenziati), spesso non si recavano a farsi medicare; con la recente modifica della normativa, probabilmente, i migranti regolari non andranno più in ospedale, per paura di essere denunciati quindi espulsi. Chiaramente, sugli effetti psicologici dello stress da lavoro per i migranti, non esistono studi, anche se si tratta della categoria sociale più fragile dal punto di vista lavorativo e maggiormente assunta con contratti a tempo determinato.

## DISOCCUPAZIONE

Come mostra una recente ricerca condotta dall'Ires Piemonte<sup>86</sup>, chi ha risentito maggiormente dell'attuale crisi economica, sono stati i migranti regolari, specialmente le persone provenienti dal continente africano, probabilmente perché maggiormente presenti nel segmento di mercato che ha risentito maggiormente della crisi, cioè l'industria. Per i migranti non regolari non esistono ovviamente dati: ma si può intuire che la crisi economica sia stata molto grave soprattutto per chi ha meno diritti. Sarebbe interessante però capire quali risvolti psicologici abbiano la disoccupazione e il lavoro precario per i migranti regolari, in quanto legato al lavoro vi è anche il loro status

---

<sup>85</sup> Per “health literacy”, si intende la capacità di occuparsi autonomamente della propria salute.

<sup>86</sup> La ricerca si intitolava “l’immigrazione in Piemonte”, pubblicata a maggio 2009 a cura dell’Ires Piemonte.

dirittuale, e di come, questo status incerto per un periodo di minimo di 10 anni (gli anni necessari per ottenere la cittadinanza) possa influenzare la salute.

#### CONDIZIONI ABITATIVA

È noto che i migranti soprattutto non regolari, ma non solo, paghino affitti molto alti, vivano in alloggi non in appropriati, igienicamente carenti, e spesso sovraffollati: questo perché l'affittuario, spesso un italiano, o un loro connazionale cerca di sfruttare la loro condizione di non regolarità. Questa situazione è reale anche per i migranti stagionali, o per i regolari, perché non tutti sono disposti ad affittare a stranieri.

#### SANITA'

Per i migranti, oltre alle difficoltà riguardanti lo status socio economico, che è mediamente basso, esistono altre problematiche molto profonde, determinate soprattutto da fattori culturali e comunicativi, per ogni categoria di determinante sanitario:

- prevenzione primaria
- accesso ai servizi
- percorsi di cura

#### **La prevenzione primaria**

Per i migranti, la situazione educativa come determinante di salute, può essere analizzata secondo due punti di vista:

- riguardo di chi arriva
- di chi è nato e sta crescendo in Italia.

Per chi è nato e sta crescendo in Italia, l'attività di prevenzione sanitaria di base possono essere forniti dalle scuole primarie in poi; tuttavia; con la recente normativa, che mette a rischio proprio i minori "clandestini", si rischia di privare della prevenzione la popolazione più a rischio..

#### **Accesso ai Servizi**

Anche se non esistono barriere normative per i migranti regolari e per quelli non regolari, l'utilizzo dei Servizi Sanitari è differente, e sicuramente minore ai bisogni, in quanto il Servizio Sanitario è largamente impreparato ad un'utenza multiculturale, che stenta ad accedervi, per una ampia serie di barriere. Una più ampia trattazione delle barriere all'accesso sarà fornita nel capitolo 4 della tesi.

#### **Percorso di cura**

Per i cittadini con basso status socio economico (ses), è stato rilevato da molte ricerche un maggior rischio di cure inappropriate<sup>87</sup>; per i migranti non esistono ancora ricerche simili quando, oltre alle difficoltà "normali", esistono anche difficoltà legate ai problemi di natura comunicativa (quindi di

---

<sup>87</sup> Geyer S., "Ricerca empirica e spiegazione delle disuguaglianze sociali in rapporto alla salute e alle malattie: aspetti teorici e metodologici", dal libro disuguaglianze di salute e immigrazione, a cura di Tognetti Bordogna, op. cit.



diagnosi), e culturale<sup>88</sup>. Sulla tematica della compliance, che gioca un ruolo fondamentale nel definire la qualità dell'intervento, esistono in merito studi qualitativi ma non quantitativi; i risultati di questi studi tendono a dimostrare che vi siano forti problematiche a riguardo. Sul consumo di farmaci da parte di questa popolazione specifica non ho trovato dati in merito, come sul delicatissimo e fondamentale aspetto delle dimissioni; sicuramente, l'aspetto dell'accesso ai Servizi è influenzato dall'istruzione.

**5°strato. Età, sesso, fattori genetici:** i migranti che arrivano in Italia spesso sono i migliori delle loro Comunità, tanto da avere un profilo di salute migliore rispetto alla media italiana; non sono quasi mai portatori di malattie esotiche, tranne nelle occasioni dove la malattia è endemica al territorio di partenza, tanto da essere considerata una situazione “normale”.

### 2.3 La dimensione culturale della salute

La cultura, intesa nel suo più ampio significato etnografico, viene definita anche come “quell'insieme complesso che include il sapere, le credenze, l'arte, la morale, il diritto, il costume, e ogni altra competenza e abitudine acquisita dall'Uomo in quanto membro della società<sup>89</sup>”, è, come si può intuire, un costrutto sociale molto potente, in quanto indirizza i comportamenti, determina le aspettative, fornisce una visione del mondo e dota i fatti di una cornice di senso, ma non è una componente stabile: essa muta in base ai cambiamenti sociali, innovazioni tecnologiche, cambiamenti ambientali, ed altri avvenimenti, come le migrazioni<sup>90</sup>.

Vita e morte, salute e malattia, sono avvenimenti ineludibili dell'esistenza umana; tuttavia, visti attraverso le lenti della cultura, assumono significati diversi; di conseguenza le credenze, le conoscenze e le pratiche che gli esseri umani mettono in atto nei loro confronti, differiscono da una cultura all'altra. Quando si fa riferimento ad un contesto che dovrebbe essere interculturale come sta diventando e in parte già è la nostra società, necessariamente si devono tenere conto dei diversi riferimenti in materia di concezioni di salute e malattia. Per esempio, per noi italiani e per gli “occidentali” in generale, il corpo è visto come una macchina, e la malattia è vista come un contrattempo, il cui rimedio è una cura ben precisa, razionale e più rapida possibile, somministrata da professionisti che operano in contesti definiti, con abiti e comportamenti ben delineati; per altre culture potrebbe non essere così, o potrebbe esserlo in parte. Nel particolare, la cultura medica

---

<sup>88</sup> In merito a dimostrare quanto possano essere rilevanti le differenze riguardanti la compliance tra operatori sanitari e pazienti di gruppi svantaggiati, sono molto rilevanti gli studi di Lisa Cooper, docente di Medicina Generale presso la John Hopkins University School di Baltimora.

<sup>89</sup> Tylor, 1871

<sup>90</sup> Attraverso il contatto con culture altre, cioè altri usi, costumi, simboli, credenze; avviene il fenomeno di *métissage*.

occidentale, ha come paradigma dominante, quello del corpo-macchina, dove ad ogni disturbo, corrisponde un guasto della macchina, riparabile in modo specifico ed isolato dal sistema-corpo, mentre altre culture seguono paradigmi differenti, e quindi strategie di intervento diverse. Per esempio, per la cultura medica cinese si basa sul rapporto degli equilibri tra diverse forze all'interno di un corpo; la guarigione non coincide con la scomparsa dei sintomi, ma nel lento riequilibrio delle forze, mentre per la medicina africana tradizionale, che ha una impostazione sciamanica, salute e malattia dipendono non soltanto dall'equilibrio nel mondo materiale, ma anche dall'equilibrio nel mondo soprannaturale: un torto a un antenato morto può avere ripercussioni sul mondo dei vivi. secondo questa logica, è poi fondamentale la dimensione temporale della malattia: per noi occidentali è situata "qui ed ora", per alcune culture può essere il riflesso di comportamenti messi in atto nel passato, da antenati o addirittura in vite precedenti<sup>91</sup>. Si può riassumere tutto affermando che, la medicina occidentale è di stampo positivista, mentre diverse medicine tradizionali, proprie dei Paesi a maggiore pressione migratoria, sono più orientate verso gli aspetti simbolici.

Il rapporto salute malattia, è quindi definibile da un punto di vista culturale, ma non solo, anche da una prospettiva individuale: gli anglosassoni hanno ben presente quest'ultimo aspetto, tanto che in lingua inglese, non esiste il concetto "malattia", ma sono presenti due concetti, "disease" e "illness" (Young, 1995)<sup>92</sup>, che prendono in considerazione elementi diversi. Per disease si intende la prospettiva biomedica dell'operatore sanitario, che vede la malattia come un'entità soggettiva, misurabile sulla base di dati fisico chimici e sulla predominanza di una visione dualistica corporeamente; per illness, indica la malattia qual è vissuta dal paziente, come un'esperienza culturalmente fondata in cui, oltre alla spiegazione, è importante discernere il significato che lo star male ha per il singolo paziente; disease e illness, non sono altro che due aspetti della stessa medaglia.

L'esperienza della malattia può assumere anche significati diversi a seconda dei diversi ruoli che un immigrato ricopre all'interno della società; in questo caso si parla di sickness. Per uno straniero-lavoratore, il lavoro è il principale mezzo di permanenza in Italia; la malattia, come evento invalidante, potrebbe quindi risultare molto rischiosa, in quanto una prolungata assenza dal lavoro; ciò è particolarmente vero se il migrante è capofamiglia; essere un lavoratore costante è il requisito principale che viene richiesto in cambio della possibilità di permanenza regolare. Inoltre l'immigrazione non è un'esperienza individuale, ma spesso è lo sforzo congiunto di più persone, che investono i loro soldi nel paese di origine sull'individuo più forte e sano della famiglia (o del clan) sperando che lavorando all'estero possa guadagnare così tanto da mandare cospicue rimesse alla famiglia di origine. La malattia sarà quindi vista come un forte rischio per il proprio progetto

---

<sup>91</sup> A. Morrone, *le rane e le stelle*, pagina 75.

<sup>92</sup> A. Young, *the anthropologies of illness and sickness*, in *Annual Review of Anthropology* 11, pagg 175-285, Palo Alto, CA, USA, 1995.

migratorio<sup>93</sup>, e tenderà quindi ad essere riconosciuta in modo diverso, generalmente non al suo arrivo e solo quando i sintomi sarà insopportabile, comportando così forti rischi per la salute dell'ammalato e delle persone con cui ha rapporti. In quest'ottica, anche gli infortuni sul lavoro, avranno pari significato se non peggiore. Se in qualche modo essi ostacoleranno l'produttiva, il migrante "colpevole" sarà rimpiazzato e inoltre, se invalidante, questo avvenimento rappresenterà, oltre a un fallimento del progetto migratorio, anche una tragedia personale, in quanto il migrante dovrà ritornare al luogo di origine, da disabile, e da "sconfitto".

La malattia e soprattutto l'infortunio sul lavoro avranno poi ricadute diverse per gli stranieri rispetto agli italiani: per gli italiani, i diritti lavorativi sono garantiti dalle leggi in materia e dai sistemi di advocacy dei Sindacati<sup>94</sup>. Gli stranieri regolari che andranno in malattia, si troveranno dal lato formale, tutelati giuridicamente, come i cittadini italiani; molto più fragili però dal lato sostanziale, quello relativo all'implementazione dei diritti, in quanto molto più ricattabili: il loro restare in Italia, unitamente ai loro congiunti, è condizionato dall'occupazione lavorativa. Se licenziati per un qualsiasi motivo, anche a torto dal datore di lavoro, faranno fatica a far valere i loro diritti, sia per motivi di accesso ai servizi giudiziari, (barriere culturali ed economiche), sia per motivi di costi di questi servizi. Uno dei pretesti di questi licenziamenti, potrebbe essere i "troppi" giorni di malattia; i lavoratori migranti, messi in questa condizione, saranno costretti a negare la gravità dei loro disagi, spesso riprendendo a lavorare prima del termine della convalescenza, negando la gravità del problema.<sup>95</sup> In quest'ottica, saranno costretti a subire i ricatti dai datori di lavoro.

Gli stranieri irregolari, si trovano in una situazione ancora peggiore, di maggiore ricattabilità da parte dei datori di lavoro italiani e stranieri, in quanto non tutelati neanche teoricamente dal diritto lavorativo: in quanto di fatto "al di fuori della legge", delle "non persone"<sup>96</sup>; tenderanno quindi ad esasperare i comportamenti di negazione del disagio in caso di malattia/infortunio in ospedale, dove spesso, non si recheranno, anche se in stato di bisogno.

---

<sup>93</sup> Progetto migratorio che molte volte non è individuale, ma che riguarda la famiglia, il clan e alcune volte l'intera Comunità.

<sup>94</sup> Tuttavia, soprattutto per gli infortuni invalidanti, anche per i cittadini italiani si porrà il problema della ricollocazione del lavoratore (ancora di più se si tratta di un lavoro manuale) in un diverso ruolo nell'attività

<sup>95</sup> Sayad, 1999.

<sup>96</sup> Dal Lago, 1999 dal libro "non persone", pagina 64

**Tabella 1: scheda di riepilogo dei diritti lavorativi tra cittadini italiani, stranieri regolari, e stranieri non regolari.**

Status cittadinanza	<b>TUTELA AI DIRITTI LAVORATIVI<sup>97</sup></b>	
	Diritti formali	Implementazione dei diritti
Cittadino italiano	Presenti	Presente
Cittadino straniero regolare	Presenti	Poco efficace
Cittadino straniero regolare/ clandestino	Non sono previsti diritti in merito.	Non prevista

Negli accessi al pronto soccorso, o durante i ricoveri, il sick role<sup>98</sup> del paziente straniero cambia quindi anche in base alla variabile regolare/irregolare, in corrispondenza delle minacce al progetto migratorio. I comportamenti posti in atto in ospedale, tenderanno da un lato a negare la gravità della situazione e dall'altro indurranno il migrante ad un'idea quasi "magica" nei confronti della medicina occidentale. Agli occhi dell'operatore sanitario, questi comportamenti sembreranno fuori dalla norma, ma è necessario capirne le buone ragioni e re-agire in modo culturalmente competente. In conclusione, la dicotomia salute malattia, viene definita in base ai seguenti fattori:

- Cultura di riferimento
- Gruppo sociale di appartenenza
- Percezione individuale
- Significato all'interno dell'esperienza migratoria

Come si può notare, date le particolarità del processo di metissage, la maggior parte di questi elementi (cultura di riferimento, percezione individuale), possono considerarsi in alcuni segmenti come processuali, che si trasformano nel tempo; l'unico che tenderà a mantenere una sua stabilità sarà l'ultimo, in quanto in base ad esso si determinerà l'esito del progetto migratorio.

## **CAPITOLO 3: LA SALUTE DEI MIGRANTI**

### **3.1 Il profilo epidemiologico dei cittadini migranti**

<sup>97</sup> I diritti possono essere sanciti ma non applicati. O applicati in parte: i diritti di tutela al lavoro sono effettivi e applicati verso i cittadini italiani; verso i cittadini stranieri regolari, equiparati ai cittadini italiani, i diritti sono sanciti ma, data la posizione di fragilità, e quindi ricattabilità in cui si trovano i cittadini stranieri, raramente sono implementati: da un lato dagli aventi diritto, dall'altro per via della non conoscenza degli stessi. Per i cittadini stranieri irregolari/clandestini, data la loro condizione giuridica di "non persone", non possono godere dei diritti di tutela al lavoro né da un punto di vista teorico, né tanto meno da quello pratico.

<sup>98</sup> Parsons, 1951.

Il polimorfismo del fenomeno migratorio nel nostro paese è sotto gli occhi di tutti; le domande “chi sono, perché emigrano, da quale regione immigrano, da quanto tempo sono immigrati”, non hanno una risposta univoca, in quanto sono presenti migranti da oltre 110 Paesi diversi, e gli stessi flussi migratori da stessi Paesi differiscono al loro interno dal punto di vista socio demografico, anche in base alle ragioni della migrazione<sup>99</sup>.

La raccolta di dati epidemiologici sulla salute dei migranti, è iniziata a metà degli anni '70, periodo in cui l'Italia comincia ad “importare” migranti, grazie al lavoro di associazioni di volontariato, sia laico che cattolico, che gestivano ambulatori gratuiti per la cura di italiani emarginati prima, e poi via via per i primi migranti; tra queste associazioni, alcune delle più importanti erano: Sermig e Senza Frontiere di Torino, Cesaim di Verona, CSI Brescia, Croce Rossa a Genova, Caritas a Roma, Santa Chiara a Palermo; dall'analisi di questi dati epidemiologici, pochi e spesso raccolti attraverso metodi di rilevazione diversi, emergono le stesse patologie con frequenze simili in tutto il territorio nazionale: le patologie in questione sono principalmente di tipo dermatologico e gastrointestinale.

Il Servizio Sanitario Pubblico ha cominciò ad occuparsi della salute dei migranti, anche quelli irregolari/clandestini solo dopo, dal 1995, in merito alle disposizioni contenute nel Decreto Dini, utilizzando inizialmente per la programmazione degli interventi, i dati delle associazioni di volontariato, spesso mutuando da esso anche le prassi di intervento; gli ultimi dati aggregati a livello nazionale sul profilo epidemiologico dei cittadini migranti, sono stati elaborati e resi pubblici

---

<sup>99</sup> Tratto da Costa, i diritti di Odisseo, a cura di A. Lonni, pagina 81.

nel 2006, su dati del 2004. Sono presenti dati più recenti elaborati dall'Istituto Superio della Sanità solo per singoli aspetti, come per esempio l'area delle malattie infettive e del ricorso alle IVG.

Questi dati del 2004 sono elaborati solamente in base alle le schede dimissione ospedaliera<sup>100</sup> (SDO), la cui registrazione a livello di Azienda Ospedaliera, può eventualmente comportare dei bias, per ragioni di software o di procedure; l'errore può essere anche causato da difficoltà di inserimento, perché gli operatori che hanno l'incarico di effettuarlo sono infermieri professionali, spesso senza qualifiche ad hoc che possono non avere il tempo/la voglia di eseguire correttamente la procedura..

Data la difficoltà di raccolta ed elaborazione, non esistono ancora dati che comprendano anche le cura ambulatoriali; per una più efficace, efficiente ed appropriata allocazione delle risorse, e per più efficaci politiche di prevenzione<sup>101</sup>, è auspicabile un maggior sforzo di rielaborazione dei dati nazionali. Ecco alcuni dei dati più significativi in merito

**Tabella 1: Ricoveri per regime di ricovero e cittadinanza, Italia, 2004, elaborazioni Istituto Superiore di Sanità<sup>102</sup>**

	Ricoveri ordinari		Ricoveri in day hospital	
	2004	Var % 2000-04	2004	Var% 2000-04
Immigrati pfp <sup>103</sup>	295.236	+61%	113.794	+150%
Totale ricoveri	8.587.529	-10%	3.986.924	+70%
% totale ricoveri	3.4%		2.9%	

100

La scheda di dimissione ospedaliera (SDO), rappresenta lo strumento ordinario di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. La base dati considera le molte variabili, tra le quali:

- Istituto di ricovero
- Comune di residenza
- Regione di appartenenza
- Azienda USL di iscrizione
- Cittadinanza
- Nome e cognome
- Data di nascita
- Regime di ricovero
- Tipo di attività
- Onere degenza
- Motivo di ricovero
- Intervento principale
- Interventi secondari
- Modalità di dimissione
- Giornate di degenza pre operatorie
- Giornate di degenza post operatorie
- Reparto di degenza
- Reparto di trasferimento

<sup>101</sup> Secondo studi epidemiologici, la prevenzione è il mezzo più efficace di riduzione del rischio, Omran 1971.

<sup>102</sup> I dati che tratterò da ora in poi provengono dall'Istituto Superiore di Sanità, rielaborati dagli Autori della rivista Monitor, n° 16/2006.

<sup>103</sup> Paesi a Forte Pressione Migratoria

**Tabella 2: tassi di ospedalizzazione (per 1000 persone) per sesso e regime, età 18+ anni. Italia, 2005<sup>104</sup>**

	Uomini		Donne	
	Ordinari	DH	ordinari	DH
Immigrati pfp	131	42	174 <sup>105</sup>	72
Totale residenti	156	68	157	75

<sup>104</sup> I tassi sono

<sup>105</sup> Notare l'elevato tasso di ospedalizzazione delle donne, molto superiore a quello delle italiane.

Come emerge dalle tabelle soprastanti, durante il 2004, sono stati ricoverati in totale, tra uomini e donne, 409.030 migranti, rispetto ad una popolazione totale di migranti di circa 2.900.000 persone (2.400.000 circa migranti regolari + 500.000 migranti irregolari stimati<sup>106</sup>); di questi ricoverati, 295.236 risultano ricoverati in regime ordinario e 113.794 in regime di day hospital. Il forte aumento dei ricoveri in day hospital, a detta dei tecnici di settore (Baglio 2004, Geraci 2006), denota un maggior accesso alle strutture sanitarie, ma le cause possono essere diverse e non sono stati compiuti studi a riguardo. L'impatto sul Sistema Sanitario Nazionale, è contenuto, in quanto il totale dei ricoveri di migranti è il 3.2% dei ricoveri totali; il tasso di ospedalizzazione riguardante gli stranieri risulta essere di 156 ricoveri<sup>107</sup> per mille assistiti, un tasso molto minore rispetto a quello della popolazione italiana, che si attesta sui 235 ricoveri per mille assistiti. Per un confronto con il dato nazionale, occorre tener presente che la popolazione italiana ha una diversa struttura demografica, con un peso maggiore della popolazione anziana, mentre l'età media dei cittadini stranieri è inferiore a 35 anni. Per una migliore comprensione del fenomeno, è utile analizzare i seguenti 4 grafici, che prendono in considerazione in modo disaggregato, i dati presenti nella seconda tabella; come discriminante sarà utilizzata la variabile "genere": per avere un migliore quadro d'insieme, si analizzeranno prima due a due, poi in modo sintetico, i dati riguardanti i soli uomini prima e le sole donne dopo.

Il grafico sottostante mostra i tassi di ricovero ordinario da parte di pazienti uomini residenti e provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria, sia regolari che irregolari/ clandestini; il secondo grafico mostra invece i tassi di ricovero in day hospital, sempre da parte di residenti e stranieri. Si è arbitrariamente suddiviso l'asse x in considerazione l'età, in tre settori per evidenziare meglio le differenze: le partizioni saranno arbitrariamente così costituite: 18-34 anni; 35-59 anni; 60-65+ anni. Da una rapida analisi, si può notare che nel primo settore, i valori sono molto simili, come anche nella seconda partizione (35-39), mentre nella terza (60-65+) vi si trovano valori molto diversi tra i pazienti migranti e pazienti italiani, specialmente nel tratto finale.

#### **Grafico 1: ricoveri ordinari per pazienti maschi.**

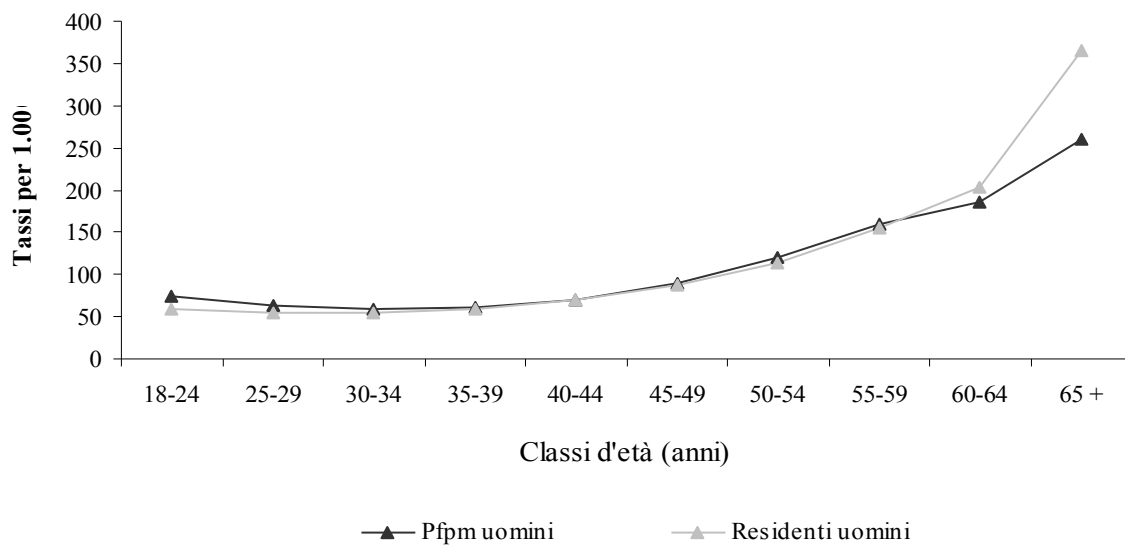
---

<sup>106</sup> I dati provengono dalla celebre ricerca di Bagliardi 2007 sui migranti non regolari.

<sup>107</sup> I tassi sono tuttavia sovrastimati, in quanto prendono per riferimento solo la popolazione regolare.



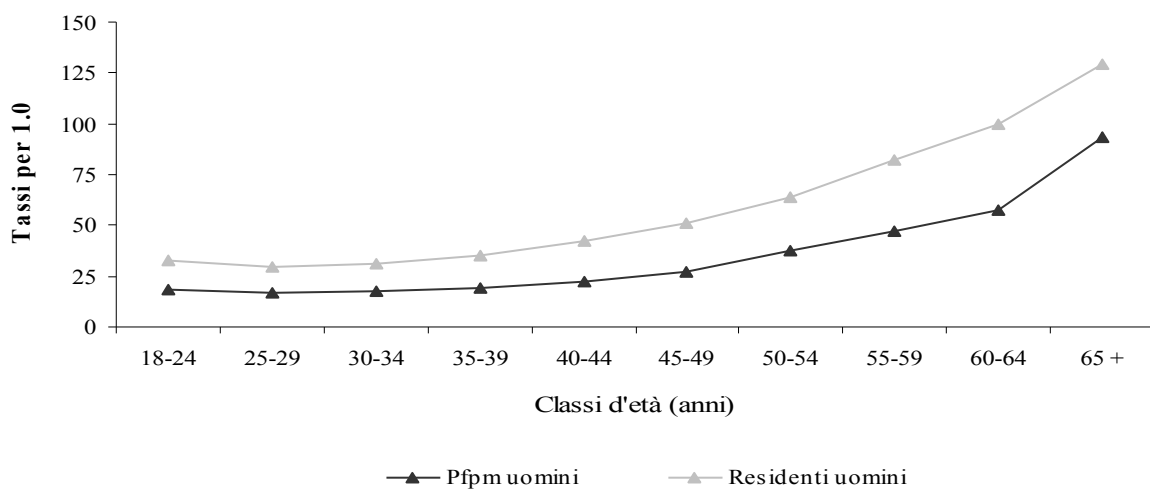
### Ricoveri ordinari - uomini



Il secondo diagramma prende in considerazione il ricovero per day hospital: suddividendo l'asse delle x con la partizione precedente si nota che già dal primo settore vi è una differenza notevole, a sfavore dei pazienti italiani; differenza che permane e aumenta considerevolmente nell'ultimo tratto del secondo settore; tale differenza risulta molto significativa nell'ultimo settore.

**Grafico 2: day hospital per pazienti maschi.**

### Day-hospital - uomini



Comparando queste tabelle, utilizzando le stesse partizioni, si può notare che:

1. nella prima e seconda partizione, i tassi dei ricoveri ordinari sono pressoché identici, ma quelli di ricovero in day hospital sono maggiori nel caso dei residenti rispetto a quelli degli stranieri;
2. nella terza partizione ci sono sempre maggiori accessi di residenti rispetto stranieri: probabilmente per l'insorgenza di malattie cronico degenerative causate da lifestyles "a rischio"

In conclusione, si può ipotizzare che, stando ai dati presi in considerazione, i residenti, accedono ai ricoveri complessivamente di più rispetto agli stranieri, e se sono ricoverati, lo sono maggiormente in regime di ricovero ordinario, per patologie gravi; questo mancato accesso al ricovero di day hospital può significare sia che per le patologie meno gravi, gli stranieri non si rivolgono all'ospedale, forse per paura di perdere il lavoro.

Il terzo grafico mostra l'andamento dei tassi di ricovero ordinario per le donne residenti e per le donne straniere, mentre il quarto i ricoveri in day hospital per le stesse popolazioni di pazienti. Nel terzo grafico, per evidenziare meglio il fenomeno, si può dividere idealmente l'asse delle x, a differenza dei 2 grafici precedenti, in due parti, ponendo come riferimento la classe di età 40-44 anni, che è a metà del grafico, e che indica l'età media di menopausa; nella parte a destra del grafico (18-40), il tasso di donne straniere che fanno uso del ricovero ordinario è molto maggiore rispetto alle donne residenti; da 40 a 65+ i tassi sono identici

**Grafico 3: ricoveri ordinari per pazienti donne.**

### Ricoveri ordinari - donne

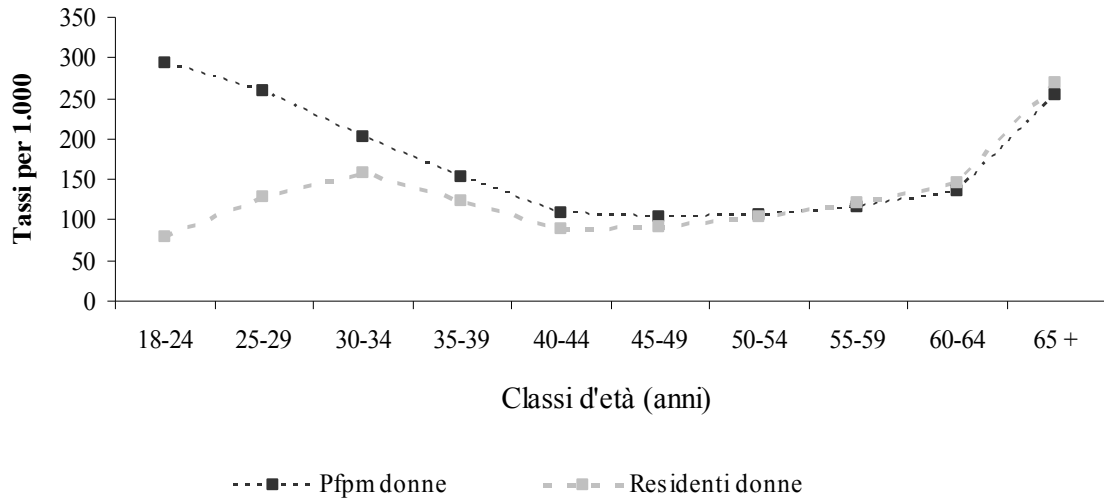
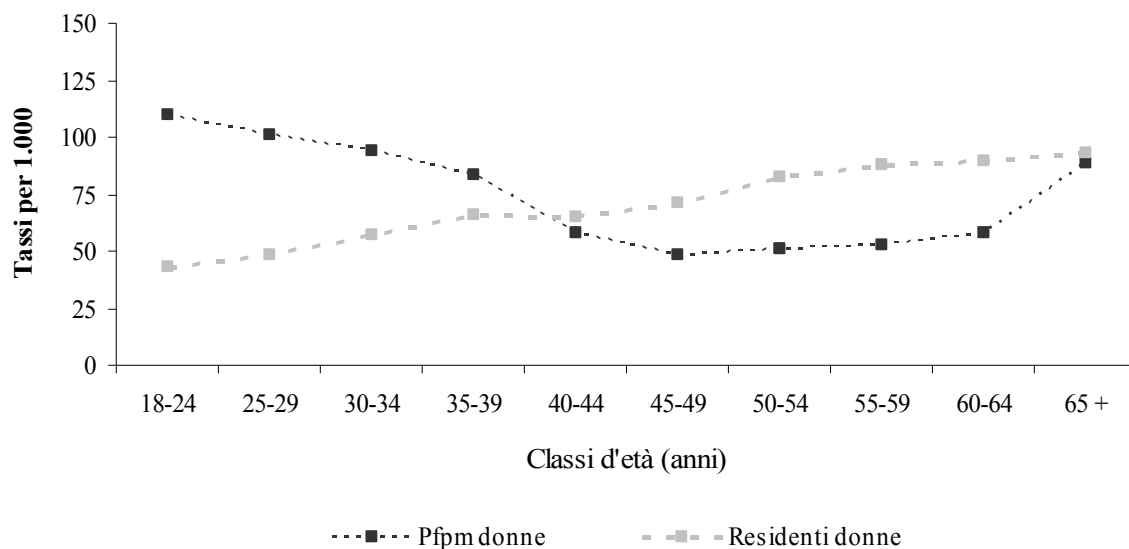


Grafico 4: ricoveri in day hospital per pazienti donne.

### Day-hospital - donne



Il quarto grafico, mostra i tassi di ricoveri in day hospital, si può notare che prima dei 40 anni un alto valore iniziale da parte delle donne straniere, valore che poi decresce fino ai 40 anni, e che dopo diventa addirittura inferiore a quello equivalente delle donne residenti.

Confrontando i grafici, e della letteratura in merito<sup>108</sup> Si possono trarre come considerazioni:

1. parallelamente a quanto viene riportato nei dossier Caritas, emerge che i tassi di ospedalizzazione delle donne straniere sono maggiori a quello delle controparti italiane, per alta l'incidenza di ricoveri in regime ordinario e in day hospital a seguito di parto naturale, complicazioni e IVG; infatti le differenze a sfavore delle straniere sono significative fino ai 40-44 anni;
2. dai dati, sembrerebbe le donne straniere si rivolgano al SSN rispetto alle controparti residenti con minor frequenza una volta arrivate a un'età in cui è meno frequente avere figli.

È importante sottolineare che se si eliminassero i disturbi legati al puerperio, il profilo di salute delle donne migranti sarebbe molto migliore a quello delle italiane.

<sup>108</sup> Dossier Caritas 2006, 2007, 2008, sezione donne e salute.

### 3. 2 Principali patologie riscontrate a livello nazionale

Le cause più frequenti di ricovero per i migranti, sia regolari che irregolari/clandestini, sono i traumatismi (25.9%), malattie dell'apparato digerente (13.8%), del sistema circolatorio (9.4%) e quelle dell'apparato respiratorio (8.2%). Per questi problemi di salute, in termini di tassi emerge che i valori dei cittadini stranieri sono sempre più bassi dei cittadini italiani, con l'esclusione dei traumatismi e delle malattie infettive e parassitarie. Per le donne straniere c'è un'incidenza molto maggiore rispetto alle donne italiane delle stesse classi d'età, per quanto riguarda i ricoveri ordinari e in day hospital in seguito a IVG, e complicazioni legate alla gravidanza.

L'alta incidenza di traumatismi, è con molta probabilità direttamente riconducibile alle precarie condizioni lavorative: lavoro a tempo determinato condotto da operai non specializzati, scarsa sicurezza nell'ambiente di lavoro, lavoro nero). L'alta incidenza di patologie derivanti da malattie dell'apparato digerente derivare sia dall'alta concentrazione di stress<sup>109</sup> che dall'alimentazione non sana; anche l'alta incidenza di patologie riguardanti l'apparato circolatorio può essere letta in questo senso. L'alta incidenza di patologie acute legate all'apparato respiratorio, può spiegarsi con la sovraesposizione al freddo: vestiti e abitazioni inadeguate, o direttamente vita in strada<sup>110</sup>; la tabella 4 mostra in modo schematico i disturbi più comuni e le loro percentuali.

**Tabella 3: frequenza dei principali disturbi di salute per i migranti maschi ricoverati in regime ordinario.**

Maschi	Valore assoluto: 73.638
Disturbi	%
Traumatismi	24.5
Malattie apparato digerente	13.9
Malattie apparato circolatorio	9.9
Malattie apparato respiratorio	8.6
Malattie osteo muscolari e tessuto connettivo	6.1

**Tabella 4: frequenza dei principali disturbi di salute delle migranti ricoverate in regime ordinario.**

Femmine	Valore assoluto: 164.451
Disturbi	%
Gravidanza/parto	56.9
Malattie apparato genito-urinario	7.3

<sup>109</sup> Come riporta anche Sayad nel suo capolavoro "la doppia assenza"

<sup>110</sup> È molto difficile fornire anche solo delle stime sul fenomeno degli homeless in Italia, si sa solo che la maggior parte sono stranieri, che fanno largo uso di alcol e droghe.

Malattie apparato digerente	6.1
Tumori	4.8
traumatismi	4.1

**Schema 5: frequenza dei principali disturbi di salute per i migranti maschi ricoverati in regime di day hospital.**

Maschi	
Disturbi	%
Malattie apparato digerente	12.8
Fattore influenzante stato di salute	11.8
Malattie infettive	9.5
Malattie osteo muscolari	9.0
traumatismi	6.1

**Schema 6: frequenza dei principali disturbi di salute per le migranti ricoverate in regime di day hospital.**

Femmine	
Disturbi	%
IVG	55.8
Malattie apparato genito urinario	9.0
Fattore influenzante lo stato di salute	6.8
Tumori	4.4
Malattie osteo muscolari	3.2

Fonte: Osservasalute, Roma 2008, Geraci

Dall'analisi comparata dei dati contenuti nelle tabelle, emerge dai dati un tasso totale di ospedalizzazione non troppo diverso, tra la popolazione migrante e quella italiana, nonostante l'effetto migrante sano, a causa dell'enorme numero di donne straniere ricoverate per disturbi legati alla gravidanza e al puerperio. Emerge inoltre che tra i pazienti migranti, vi è un gran numero di persone di origine rumena: non ci sono spiegazioni a riguardo, perché la letteratura è molto scarsa. Si possono però elaborare due ipotesi in merito:

- i rumeni erano, nel 2004 la popolazione migrante più numerosa, e data la vicinanza geografica e la porosità dei confini, l'effetto migrante sano è attenuato
- il modello di accesso ai servizi rumeno è culturalmente vicino a quello italiano
- entrambe le ipotesi sono vere e interagiscono tra di loro

Colpisce molto però che, senza problematiche legate al parto e all'ivg, la popolazione femminile avrebbe un profilo di salute molto più sano; probabilmente grazie solo ad un'attenta attività di prevenzione, si potrebbero diminuire drasticamente il numero di questi ricoveri. È da notare poi che in questi anni il numero dei consultori è diminuito e talvolta non sono preparati ad utenze multiculturali.

### **3.5 La questione dei costi**

È imprescindibile, per avere una panoramica più completa del rapporto migrazione-salute, un raffronto in termini di costi economici, almeno per quanto riguarda “i costi” sostenuti da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'Interno. Il tariffario di riferimento è previsto all'interno del DM 30 giugno del 1997.

In tutto il 2004, tra ricoveri ordinari e ricoveri in day hospital, si sono registrati 409.030 pazienti stranieri<sup>111</sup>; data la normativa in materia di stranieri e salute, i principali oneri di spesa sono stati:

- da ricoverati a totale spesa Servizio Sanitario Nazionale, ovvero minori e donne in puerperio

---

<sup>111</sup> Potrebbe essere però un dato sottostimato, dati alcuni eventuali bias di registrazione dati:

- Registrazione di un nome sbagliato
- Sottostima dovuta all'urgenza del ricovero, per particolari software.

- da ricoverati da Paesi convenzionati
- da ricoverati a carico del Ministero dell'Interno, ovvero adulti non regolarmente presenti sul territorio nazionale.

Ogni capitolo di spesa corrisponde ad una diversa sottopopolazione di pazienti stranieri, con differenti profili di salute: principali disturbi riscontrati, ovvero incidenza degli stessi, caratteristiche socio demografiche.

### **Oneri da ricoverati a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.**

Di questa categoria fanno parte gli stranieri regolari, che sono obbligatoriamente iscritti al SSN; applicando le tariffe previste, la valorizzazione complessiva è di 659.543.019 euro; nello specifico, i ricoveri e i costi sono stati di questo tipo:

**Schema 6: onere di degenza per tipo di ricovero per i pazienti migranti a totale carico del SSN.**

Tipo di ricovero		Onere di degenza
Ordinario	265.771	599.955.608
Day hospital	93.769	59.587.407
Totale:	359.540	659.543.015

Il 67% dei ricoveri si riferisce a cittadini compresi nella fascia di età tra 15 e 44 anni; con riferimento all'area geografica di riferimento, il 37,70% si riferisce a cittadini provenienti dall'Est Europeo, il 28,04% a stranieri provenienti dall'Africa, il 14,47% a stranieri provenienti dall'Asia, mentre l'11,5% proviene dall'America Meridionale.

La remunerazione tariffaria media per ricovero (euro 1.834), è più bassa rispetto a quella di un paziente italiano, in quanto trattasi mediamente di prestazioni meno complesse; il dato riguardante questo onere potrebbe essere tuttavia un dato sottostimato, in quanto per dei bias caratteristici dei software di registrazione pazienti, che viene compiuto in corsia da un infermiere addetto, il campo di cittadinanza è automaticamente quello "italiano", e nell'urgenza del lavoro ci si potrebbe non ricordare di cambiare quel campo.

### **Oneri da ricoverati da Paesi convenzionati**

Attraverso questo onere dovrebbero essere codificati soltanto i ricoverati di cittadinanza dell'Unione Europea, o di altri Paesi convenzionati che si trovano in Italia per motivi diversi dal lavoro e quindi non possono risultare residenti; sembra tuttavia che i dati in merito siano stati sovrastimati per errori di codifica. Non potendo valutare la natura dell'errore; se il dato dovesse essere ritenuto vero, il rimborso spettante la



Regione verso il Servizio Sanitario Nazionale, con le tariffe del DM 30/06/1998, ammonterebbe a 41.518.605 euro.

**Schema 7: onere di degenza per i pazienti ricoverati da Paesi convenzionati.**

Tipo di ricovero		Onere di degenza
ordinario	13.467	39.348.982
Day hospital	3.876	2.169.624
Totale:	17.343	41.518.605

**Ricoveri degli stranieri con dichiarazione di indigenza**

I pazienti stranieri ricoverati e afferenti alle categorie “con dichiarazione di indigenza totale a carico del SSSN e del Ministero dell’Interno”, non sono regolarmente presenti in Italia; per loro è stata utilizzata la procedura STP e ENI<sup>112</sup>. Sono dichiarati “ indigenti” in quanto, come previsto per legge, hanno autocertificato, al momento delle dimissioni, firmare un modulo di autocertificazione che attesti la propria indigenza. Il totale dei costi di salute di questi pazienti è di 87.424.075 euro (41.518.605 + 45.905.470), a fronte di fondi per 36 milioni di euro (30 milioni + 6 milioni), tra SSN e Ministero dell’Interno.

Nello specifico, gli stranieri ricoverati con dichiarazione di indigenza a totale carico del SSN: in questa categoria ricadono le prestazioni da ricoveri (ordinari e dh) di stranieri irregolari facenti parte di categorie tutelate, quali donne in stato di maternità e puerperio e minori. I ricoveri totali sono 28.182, di cui il 58,47% riferiti a cittadini provenienti dall’Est europeo, soprattutto rumeni; il 18,6% di cittadini provenienti dall’Africa, il 16,56% cittadini provenienti dall’America centro meridionale. I costi totali sono di 55.111.761 euro, a fronte della disponibilità del fondo ad hoc del SSN di 30 milioni di euro.

**Schema 8: onere di degenza per i pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario a totale carico del Ministero dell’Interno.**

Tipo di ricovero		Onere di degenza
ordinario	17.127	45.041.756
Day hospital	11.055	10.070.005
Totale:	28.182	55.111.761

<sup>112</sup> La procedura ENI è analoga a quella STP, solo che i beneficiari sono i migranti neo comunitari.

Dalle SDO, risulta che i ricoveri a carico di stranieri non regolari a carico del Ministero dell'Interno, siano 16.770. il 53.8 % dei ricoveri si riferisce a cittadini dell'Est europeo (soprattutto rumeni), il 25,75% riguardo africani; l'Albania 11% circa, Marocco 9.42%. dei ricoveri. La prima categoria dignostica è “malattia e disturbi del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo”, con l'11,8 %, seguita dalla categoria “malattie e disturbi dell'apparato digerente”, con il 9.95% dei ricoveri e dalla categoria “malattie del Sistema Nervoso”, con il 7,52%. Il costo totale è di 45.905.470 milioni di euro; il fondo ad hoc del Ministero dell'Interno è di 6 milioni.

**Schema 9: onere di degenza per i pazienti ricoverati in regime di ricovero day hospital a totale carico del Ministero dell'Interno.**

Tipo di ricovero		Onere di degenza
ordinario	14.514	44.615.201
Day hospital	2.256	1.290.270
Totale:	16.770	45.905.470

Se non fossero ricoverati subito in regime ordinario, probabilmente si ritarderebbe solo il ricovero, con però un'aggravamento della situazione di salute e dei costi, in quanto gli interventi sarebbero più complicati quindi più costosi.

**Schema 10: onere totale di degenza per i pazienti ricoverati.**

Capitolo di spesa	Valorizzazione (euro)
A totale onere SSN	659.543.015
Da Paesi convenzionati	41.518.605
A carico SSN	55.111.761
A carico Ministero dell'Interno	45.905.470
Totale:	801.078.851

Le spese non coperte del 2004 sarebbero quindi state di circa 64 MLN di euro: il totale degli oneri a carico SSN e Ministero dell'Interno meno l'ammontare dei fondi previsti. Utilizzando però solo la logica costi-benefici, si può ricordare che gli stranieri regolare “producono” ricchezza economica per circa 4 miliardi di

euro a fronte di circa di una spesa (che può essere vista come un investimento) di poco più di 1 miliardo, sia per la Sanità che per l'assistenza in generale<sup>113</sup>. I 64 milioni, non contando le spese ambulatoriali, di Servizi specialistici, potrebbero essere eliminati attraverso una più efficace ed equa politica di integrazione e prevenzione. Con l'entrata di diversi Paesi dell'Est nell'UE, questi costi (data l'alta incidenza dei pazienti rumeni divenuti in gran parte regolari) dovrebbero essere diminuiti; tuttavia non ci sono né dati aggiornati, né studi in merito, infatti, da 2004, il profilo di salute dei migranti e lo stesso fenomeno delle migrazioni, è sicuramente cambiato, e questi cambiamenti, di natura socio demografica hanno sicuramente alterato il profilo di salute generale. Fino al 2006, era ipotizzabile che la popolazione dei cittadini migranti in Italia, sotto il punto di vista del profilo di salute, si suddividesse in 2 sottopopolazione: i migranti giunti per lavoro (e i loro familiari ricongiunti) e i profughi/asilanti; entrambe queste categorie hanno un profilo di salute che è mediamente migliore dei loro coetanei tra la popolazione italiana: i primi grazie all'effetto migrante sano<sup>114</sup>, i secondi perché appartenenti, in maggior parte alle élite dei loro Paesi. Dopo il 2006, a seguito dell'apertura delle frontiere europee ai Paesi dell'Est, si è verificata una immigrazione di massa da parte degli abitanti di quei Paesi, non più solo migranti sani, ma una popolazione intera, con profili di salute variabili.

### 3.3 L'effetto migrante sano

La salute dei migranti non è particolare solo per gli elementi caratteristici del loro profilo di salute, ma anche per alcuni “fenomeni” specifici: l'effetto migrante sano, la sindrome di Salgari, la sindrome da General Hospital.

L'opinione Pubblica, i mass media (spesso strumentalmente) e non di rado gli stessi operatori sanitari hanno come stereotipo lo straniero come “untore”. In realtà, come evidenzia la letteratura internazionale, e le tabelle soprastanti dimostrano, i migranti sono mediamente giovani e di costituzione sana e robusta<sup>115</sup>. Tanto da avere un profilo di salute migliore rispetto a quello mediamente posseduto dai loro coetanei autoctoni<sup>116</sup>, anche se i familiari ricongiunti e i migranti in fuga da guerre e crisi possono avere profili epidemiologici diversi. Nella maggior parte di casi, avviene una autoselezione a monte, per cui partono solo i “migliori”, chi ha minori possibilità di riuscire nel progetto migratorio, cioè gli individui non abbastanza sani, robusti e adattabili, non partono; la letteratura chiama questo fenomeno effetto migrante sano (Parkin, 1992). Il migrante, una volta giunto nel Paese di arrivo, avrà un capitale di salute a sua che userà come merce di scambio, posto che il viaggio per arrivare non glielo abbia già consumato; troverà però una serie di

---

<sup>113</sup> Caritas 2008.

<sup>114</sup> il fenomeno “migrante sano sarà approfondito successivamente”.

<sup>115</sup> Cfr supra.

<sup>116</sup> Parkin 1992.

condizioni avverse che depaupereranno questo suo “patrimonio”; quindi lui o lei si rivolgerà a una struttura sanitaria per qualche patologia significativa. G. Costa, grazie ai suoi studi (2004), ha individuato il le determinanti di questa “vulnerabilità”:

<p><b>Temperatura fredda (casa, vestiario):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>patologie acute recidivanti delle vie respiratorie alte e basse</b></li> <li>• <b>atralgie acute</b></li> </ul>
<p>Alimentazione non sana (dieta povera e cattiva masticazione)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• turbe digestive</li> <li>• <b>ulcera peptica<sup>117</sup></b></li> </ul>
<p>Scarsa sicurezza (sul lavoro, sulla strada, nell’ambiente sociale)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>traumatologia da incidenti</b></li> </ul>
<p>Promiscuità e fatiscenza dell’abitazione</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>malattie arcaiche (TBC, malattie sessualmente trasmissibili, parassitosi)</b></li> </ul>
<p>Stress da adattamento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ulcera peptica</b></li> <li>• <b>alcool</b></li> <li>• <b>salute mentale</b></li> <li>• <b>devianza</b></li> </ul>

**Schema 11: profilo epidemiologico degli stranieri, fonte “I diritti di Odisseo”, articolo di G. Costa, pagina 91.**

Il periodo in cui godrà di buona salute nel Paese ospite, prima dell’insorgenza di una patologia significativa, è chiamato dalla letteratura “intervallo di benessere”; dopodiché lui o lei si

<sup>117</sup> Sulle cause primarie dell’ulcera peptica, ci sono ampi dibattiti in merito; è stato però notata una forte correlazione tra forte stress e ulcera peptica.

rivolgeranno o al SSN o ad altre strutture mediche, come ambulatori del privato sociale o cliniche clandestine; all'effetto migrante sano, si oppone quindi l'effetto "migrante esausto"<sup>118</sup>. All'inizio degli anni '90, questo intervallo di salute era di circa un anno; ora sembra che si sia accorciato diventando di pochi mesi soltanto.

È definita come sindrome di Salgari, quell'atteggiamento di chi, senza alcuna esperienza e al di là di ogni evidenza scientifica, avvicina il tema sanitario degli immigrati, se attivo nell'ambito clinico assistenziale, esclusivamente in termini di incontro con malattie tropicali, o, se attivo nell'ambito della comunicazioni e della politica, in termini di allarme sanitario, richiedendo prevalentemente interventi di controllo e contenimento. La "Sindrome di Salgari" è frutto del pregiudizio, del fascino e timore dell'esotico<sup>119</sup>. Talvolta infatti può succedere che un operatore sanitario, a causa dei problemi di comunicazione, riconosca interpreti sintomi di malattie comuni come sintomi di malattie tropicali; di converso, nei migranti si genera la sindrome da general hospital: i migranti pazienti, arrivati in ospedale crederanno che tutto o quasi si può guarire, come nei telefilm mandati in onda in tutto il mondo, generando aspettative non sempre reali, quasi taumaturgiche.

### 3.4 Le aree critiche per la salute del migrante

Diversi studiosi (Costa, Geraci), hanno indagato sulle aree critiche per la salute dei migranti; Geraci (1994) in particolare ha elaborato una tabella nella quale elenca le condizioni di vita dei migranti e per ognuna di essa, prende in considerazione le situazioni di rischio.

**Tabella 12: aree critiche per la salute del migrant; fonte: Costa, Beneduce, in "La salute straniera: epidemiologia, culture, diritti", Edizioni Scientifiche italiane, 1994, pagina 27.**

Condizioni patologiche
-malattie infettive
Traumi ed infortuni
Disagio/malattie psichiatriche
Condizioni fisiche:
-maternità
-infanzia
-Adolescenza
-vecchiaia

<sup>118</sup> Bollini a Siem, 1995, in Zincone 2001, secondo rapporto sull'immigrazione, 2001.

<sup>119</sup> S. Geraci, monitor, articolo citato.

<p>Condizioni sociali</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-prostituzione e tratta</li> <li>-abuso</li> <li>-detenzione</li> </ul>
<p>Aggravanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-disagio sociale</li> <li>-Immigrazione forzata o non selezionata</li> <li>-immigrazione giuridica</li> <li>-mancanza/difficoltà accesso ordinario a strutture sanitarie</li> </ul>

Dai dati delle tabelle soprastanti emergono le incidenze delle patologie di ricovero: quelle più frequenti, per gli uomini sono i traumatismi, mentre per le donne sono i ricoveri per problemi legati al parto, al puerperio e all'IVG. Tuttavia non sono le uniche: i tassi di ricoveri per malattie infettive, "vecchie" e "nuove", sono considerevolmente maggiori rispetto a quelli della popolazione italiana. Vorrei focalizzare l'attenzione su due aree critiche in particolare: quella dei traumatismi e quella della malattie infettive, in particolare per quanto riguarda la tubercolosi. I traumatismi hanno un'incidenza spaventosamente alta tra i migranti, che però è sottorappresentata, giacché molti infortuni rimangono sommersi<sup>120</sup>; la maggior parte dei traumatismi non sono legati a particolari patologie dell'apparato osteo-scheletrico, ma ad infortuni sul lavoro, in misura molto maggiore rispetto ai corrispettivi italiani. La tubercolosi è invece una malattia infettiva legata anche alle situazioni di estremo disagio, che in Italia era quasi scomparsa, tranne per le fasce avanzate di età, e che con le migrazioni ha trovato nuovo vigore.

### Traumatismi

Nel 2004, la categoria di ricovero "malattie e disturbi del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo", insieme a quella dei "traumatismi multipli rilevanti" hanno registrato un'incidenza molto alta tra i migranti regolari e un'incidenza ancora maggiore tra i migranti non regolari, di cui non si conosce la popolazione ma, date le stime elaborate dal modello dell'Università Milano-Bicocca nel 2004<sup>121</sup>, sembra essere tra le 500.000 e 700.000 persone. L'incidenza dei traumi registrati, su una popolazione totale dei regolari, 2.402.157 persone (fonte Istat, su uomini, donne, anziani e minori) è del 12%; sarebbe interessante avere ulteriori dati sul genere e sulle classi di età dei ricoverati. Contrariamente a quanto si pensi, l'incidenza sulla popolazione non regolare è molto

<sup>120</sup> Cfr supra

<sup>121</sup> Bagliardi 2006, articolo sul numero dei migranti non regolari sul Rapporto Caritas 2006

più bassa, sul 6%<sup>122</sup>. Si può supporre che questo dato, sia molto più basso del reale, in quanto arrivino al SSN solo i casi più gravi; gli altri rimangono “sommersi”, non curandosi, rivolgendosi al Privato Sociale e a cliniche clandestine. Le cause dei ricoveri, sono principalmente incidenti sul lavoro, cadute, incidenti stradali, violenze. Dalla letteratura in merito, e dall’esperienza degli operatori di settore, si può poi affermare che molte volte le cadute nascondono incidenti di lavoro, e che molti ricoveri, specialmente in day hospital non vengono effettuati, rimangono sommersi, per paura di perdere posti di lavoro, in misura maggiore tra i non regolari. Tuttavia entrambe queste dimensioni sono difficilmente quantificabili e non sono stati effettuati studi in merito.

Si parla, in questa sede di ricoveri, non di infortuni totali, il cui numero è sconosciuto; questa incidenza assume dati significativi se si ragiona sulle precarie condizioni lavorative (lavoro nero in primis), e sulla eventuale poca esperienza lavorativa nel settore da parte dei migranti.

### Il ritorno della TBC

Con il fenomeno delle migrazioni, sono ricomparse in Europa e in Italia vecchie malattie. Una delle più pericolose è la tubercolosi. La tubercolosi è una malattia infettiva dipendente dalla reattività del sistema immunitario, tutte le condizioni che provocano una diminuzione delle difese dell'organismo rendono quest'ultimo particolarmente sensibile allo sviluppo di una malattia tubercolare. Più precisamente il diabete, le malattie gastrointestinali croniche, la denutrizione, l'alcolismo e le malattie debilitanti in genere sono fattori predisponenti. Va sottolineato in questo senso il ruolo svolto dall'AIDS, che negli ultimi anni è stata responsabile della ricomparsa di casi serissimi di tubercolosi che erano quasi del tutto scomparsi nei paesi occidentali. I migranti non hanno portato la tubercolosi da dove sono partiti, ma l’hanno presa in Italia, a causa delle condizioni di vita che hanno trovato. Dalla seconda metà del 1900, fino agli anni '80, si è assistito ad una progressiva riduzione della frequenza della TBC nella popolazione italiana, mentre negli ultimi 20 anni, il trend è stato sostanzialmente stabile. L’attuale situazione epidemiologica della TBC in Italia, è caratterizzata da una bassa incidenza nella popolazione generale, dalla concentrazione della maggior parte dei casi in alcuni gruppi a rischio, in alcune classi di età, e dall’emergere di ceppi tubercolari resistenti.

#### **Tabella 13: malati di tbc in Italia, tra migranti e italiani.**

---

<sup>122</sup> Ovviamente non si conosce l’esatto numero di questa popolazione: tuttavia, ricerche internazionali (UE, Fasani, Progetto Clandestino 2007) e nazionali (ISMU, Blangiardo 2007), parlano di circa 500-600 mila irregolari in Italia nel 2004.

Anno	stranieri	totale	% stranieri
1999	961	4429	21.7
2000	1201	4759	25.2
2001	1391	4505	30.9
2002	1293	4212	30.7
2003	1459	4518	32.3
2004	1664	4220	39.4
2005	1809	4137	43.7

La classe mediana dei malati di tbc italiani è quella dei 55-64 anni, mentre la classe mediana tra gli stranieri è quella dei 25-34 anni. Dal 1999 al 2005, i casi di tbc i non italiani, hanno rappresentato nel complesso, il 32% del totale; nel tempo si è registrato un costante aumento di tale proporzione, dal 22% del 1999 al 44% del 2005. Esiste un certo grado di sottotifica, ma non sembra essere rilevante dal punto di vista statistico.

La prevenzione in questo ambito dovrà essere molto articolata, e riguardante delle misure che modifichino gli stili di vita, incidendo sulle condizioni di emarginazione.

### 3.5 Prospettive di salute: la transizione epidemiologica

Come appare evidente dalle ricerche e dai dati socio demografici, il fenomeno delle migrazioni in Italia sta conoscendo un nuovo fenomeno: si sta sviluppando quello che gli epidemiologici chiamano “transizione epidemiologica<sup>123</sup>”: lentamente, ma progressivamente, si cominciano a rilevare sempre più casi di patologie cronico degenerative. Alcuni casi riguardano anziani migranti ricongiunti, altri anziani migranti i cui parenti hanno organizzato dei “viaggi della speranza”; la maggior parte degli migranti presenti in Italia da anni. Accanto ai flussi di “nuovi” migranti, la cui maggior parte beneficia dell’effetto migrante sano, vi è un gran numero di migranti che è residente da anche molti anni. Questa sottopopolazione sta invecchiando in Italia, ormai loro paese adottivo, e sta acquisendo il profilo di salute degli anziani italiani: poche malattie acute, molte di tipologia cronico degenerative; questo processo sarà molto lungo, considerando che l’età media dei migranti (regolari) è inferiore ai 35 anni. Ciò significherà porsi una serie di interrogativi:

- come risponderà il sistema integrato dei servizi alla persona?

<sup>123</sup> Omran, 1971, Frank, 1991.



Gli interventi verso la popolazione anziana ex migrante, di che tipo saranno? Secondo l'ottica dell'efficienza e dell'efficacia organizzativa, bisognerà tradurre culturalmente gli interventi erogati agli anziani italiani, oppure bisognerà sperimentare dei servizi, o delle prassi di servizio innovative? Per l'erogazione di eventuali prassi di servizio innovative, bisognerà creare delle figure professionali ad hoc, oppure addestrare gli OSS per un lavoro con utenza multiculturale anziana? Come vivrà l'anziano immigrato (e la famiglia) la sua anzianità? Secondo un modello italiano, un modello esportato dal Paese di origine, o secondo una modalità intermedia? Come si potrà costruire un intervento di istituzionalizzazione per un migrante non più autosufficiente? Il ruolo della famiglia sarà diverso?

- Chi avrà diritto alle eventuali prestazioni?

Solo i cittadini italiani ex migranti (una esigua minoranza, se non cambia la legge sulla cittadinanza), o anche i migranti regolari? Ma i migranti regolari, una volta diventati "inutili", perché troppo vecchi, per il mercato del lavoro, cosa faranno? Ritorneranno nel Paese di origine come i beurs di Sayad? Oppure permarranno in modo irregolare, con tutti i limiti imposti dallo status? E gli irregolari che in Italia avranno lavorato una vita in nero?

- In che modo si svilupperanno i rapporti intergenerazionali?

Che ruolo avrà l'anziano capofamiglia agli occhi dei figli/nipoti nati in Italia? si può prendere spunto dalla letteratura estera (francese in particolare), o sorgeranno delle specificità tutte italiane?

- Che tipo di permanenze sperimenteranno i migranti regolari, o ancora peggio, irregolari soli, senza rete sociale?

In Italia, il fenomeno delle persone anziane sole ha dimensioni preoccupanti; i drop out delle comunità straniere che saranno anziani e soli in Italia, che vita sperimenteranno?

Per tutti questi interrogativi, oggi non si ha una risposta certa, in quanto è un fenomeno in divenire; sicuramente bisognerà guardare alle buone pratiche di Paesi di lunga tradizione migratoria, come Francia e Inghilterra e Spagna, nella quale il fenomeno migratorio e il welfare hanno caratteristiche simili all'Italia.

La Caritas stima almeno 500.000 di minori stranieri, in parte nati qui, in parte arrivati accompagnati o non accompagnati.<sup>124</sup> Entrambi questi fenomeni dovranno trovare delle risposte a livello sistemico: le leggi e i Servizi alla persona dovranno cercare di capire le trasformazioni in atto, per “intercettare” i nuovi bisogni, in una società sempre più multiculturale, in un’ottica di equità, efficacia ed efficienza.

## **CAPITOLO 4**

### **L’ACCESSIBILITA’ AI SERVIZI SANITARI**

L’accesso ai Servizi Sanitari è, ovviamente, una delle determinanti di salute più importanti: si stima infatti che il 15% della salute di un individuo dipenda da questo singolo fattore (dati OMS); ma non solo: l’accesso ai Servizi è un “osservatorio privilegiato”, dal quale è possibile comprendere come vengono trattate le persone, straniere e italiane

#### **4.1 La presa in carico del bisogno di salute del migrante**

Prima di illustrare l’accesso ai servizi sanitari da parte dei migranti, è necessario riportare sinteticamente la storia della presa in carico del bisogno di salute dei migranti in Italia, evidenziando il ruolo dei diversi attori sociali; inizialmente e per quasi 25 anni, il principale protagonista della presa in carico fu il Privato Sociale.

Storicamente, il primo attore sociale ad occuparsi di salute fu la Chiesa: basti pensare che la maggior parte degli ospedali furono costruiti e diretti da ordini religiosi, e i servizi che forniva erano destinati in parte in parte agli indigenti, a chi non poteva permettersi un medico privato; con la rivoluzione industriale, comincia a svilupparsi il volontariato laico<sup>125</sup> e le Mutue dei lavoratori che durante il ventennio fascista assunsero carattere statale. Il volontariato sanitario, sia laico che religioso, pur trovandosi ridimensionato dall’attività delle Mutue, continuò ad avere un’importanza fondamentale per la salute “Pubblica”, almeno fino a quando per accedere alle prestazioni sanitarie, era necessario appartenere a qualche precisa categoria lavorativa; il numero degli esclusi da questo sistema era considerevole e vi erano notevoli disuguaglianze tra i servizi prestati dalle diverse Mutue. All’indomani della seconda guerra mondiale, con la Costituzione del 1948, in particolare

---

<sup>124</sup> La cosiddetta generazione 1.5

<sup>125</sup> Come ad esempio la Croce Rossa. Tra le associazioni di volontariato, una volta inaugurato il SSN, saranno molti gli operatori pubblici: il sistema faceva fatica a recepire i bisogni, ma non i suoi operatori. In molti ospedali, nel periodo dell’esclusione, verranno istituiti ambulatori clandestini per migranti, di cui tutti sapevano l’esistenza.

con l'articolo 32, lo Stato si assunse la responsabilità di prendersi cura degli individui presenti in Italia, ma l'attuazione di questo articolo rimase lettera morta per 30 anni esatti. Alla fine degli anni '60, il volontariato sanitario, sempre sia di matrice laica che religiosa, accanto alla "tradizionale" utenza di pazienti italiani, cominciò a veder affluire nei propri centri i primi pazienti migranti<sup>126</sup>; questa fascia d'utenza "altra" e nuova, portò istanze di bisogno che all'inizio non vennero comprese, in quanto non si aveva esperienza in merito: avvenne tuttavia una presa in carico e la prima risposta fu centrata sull'emergenzialità e sulle risposte ai bisogni primari: cibo, abiti, e alloggio.

Da parte dello Stato, nel 1978 venne emanata la legge 833, che abolì il sistema delle mutue private e istituì il Servizio Sanitario Nazionale, con caratteri di universalismo e universalità; essendo gratuito, gran parte dell'utenza italiana che prima faceva riferimento al volontariato sanitario, si rivolse al Servizio Sanitario Nazionale<sup>127</sup>; inizialmente, secondo la stessa legge, anche gli stranieri e gli apolidi, avevano diritto alle cure mediche, le norme in merito rimasero tuttavia molto generiche, e presumibilmente in genere poco applicate.

Il volontariato sanitario, molto ridimensionato, ma paradossalmente con maggiori risorse disponibili, almeno in termini di risorse umane e di *know how*, continuò ad occuparsi delle fasce più marginali della popolazione italiana, ovvero i senza fissa dimora e i tossicodipendenti, intensificando inoltre il suo impegno a seguire i pazienti/utenti stranieri, che con l'andare del tempo, aumentavano sempre di più. Successivamente, il processo di presa in carico dei bisogni di salute dei migranti da parte del volontariato, fu centrato sull'analisi del bisogno, per comprendere meglio i meccanismi sociali macro e micro che generavano il disagio, ma fu un lavoro lento e faticoso, in quanto non vi era esperienza in merito: c'era l'esperienza della presa in carico del paziente italiano "marginale", ma si capì quasi subito che per l'attività di presa in carico dei pazienti migranti, questi modelli non erano efficaci. Dopo anni di lavoro e sperimentazioni, grazie alle capacità degli operatori, alla flessibilità tipica del volontariato, favorita dalle piccole dimensioni dell'organizzazione, e dalla limitata dimensione burocratica, furono sviluppati diversi metodi di intervento. La fase di analisi durò quasi un decennio: da metà degli anni '70 a metà degli anni '80, quando si procedette verso una maggiore articolazione dell'offerta di servizi; successivamente, nella maggior parte dei casi dove la rete relazionale delle associazioni di volontariato, aveva creato legami con il mondo del lavoro, prima tra singole associazioni, poi attraverso un network, venne attuato un processo di promozione della persona, come attività volte a favorire l'inserimento

---

<sup>126</sup> Riguardo a questi primi periodi, non ho trovato dati in merito, né quantitativi, né qualitativi

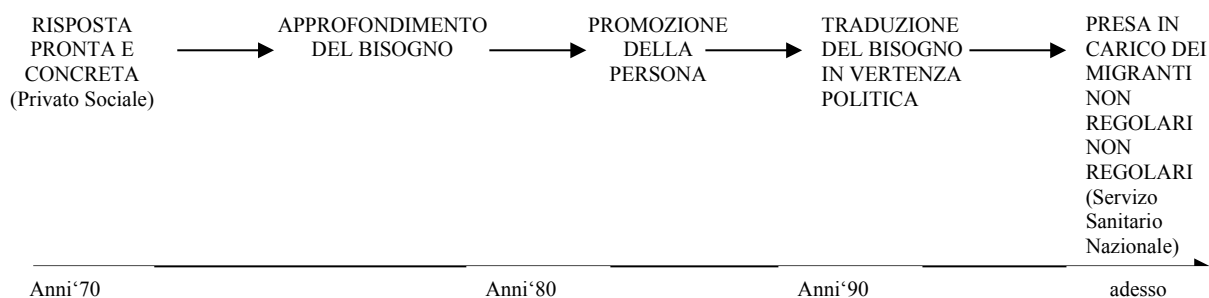
<sup>127</sup> Permarranno e permangono ancora disuguaglianze di salute, a livello territoriale, e determinate da fattori socio economico, che, stando alla letteratura, sono influenzati dal grado di istruzione. La fascia più debole ed emarginata, della popolazione italiana continua e continuerà però a non recarvisi: si tratta soprattutto degli homeless, dei tossicodipendenti e dei disabili psichici e fisici. Ciò accade perché, a causa di una serie di motivi, rimarranno letteralmente "sulla strada", lontani dai Servizi; sarà soprattutto il Privato Sociale ad occuparsene, aprendo i primi servizi a bassa soglia, o "elevata prossimità", o andando sulla strada con le unità mobili.

lavorativo e l'autonomia dei beneficiari, dopodiché si ebbe una fase di vertenza politica, in ottica propositiva, verso le Istituzioni. Grazie a questo lento lavoro, per una complessa serie di fattori, inizialmente con il Decreto Dini (1995) e successivamente con la Legge 40 (1998), i diritti sanitari dei migranti, almeno dal punto di vista formale, cambiarono radicalmente: venne stabilito che:

- il SSN doveva prendere in carico in modo chiaro i pazienti stranieri regolari, equiparandoli ai pazienti italiani;
- dovesse avvenire anche una presa in carico del paziente straniero non regolare, per “cure urgenti e necessarie ancorché continuative”.

Tuttavia, a causa di una serie di determinanti, per molti migranti, specie per coloro che si trovavano in una situazione di irregolarità, l'accesso al servizio Pubblico è ancora oggi visto come proibitivo, mentre il Privato Sociale è rimasto allora come adesso un punto di riferimento fondamentale, anche per “l'elevata prossimità” al bisogno; paradossalmente, come per gli italiani, anche per i migranti, le fasce più a rischio sono quelle che accedono di meno ai Servizi.

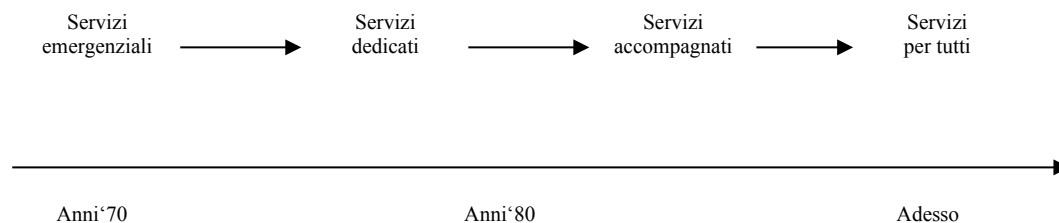
È importante ricordare che le fasi di analisi dei bisogni e di promozione della persona non sono cessati completamente in un dato momento: come si è spiegato precedentemente, il fenomeno migratori in Italia è caratterizzato dalla coesistenza da flussi di migranti arrivati da contesti diversi e in periodi successivi, quindi con diverse e mutevoli dinamiche di bisogno: queste due fasi di lavoro con i pazienti migranti, e di ri-programmazione, continuano a coesistere ancora.



**Schema N 1°: la presa in carico dei pazienti migranti, tra Privato e Pubblico**

Rispetto alla presa in carico del bisogno di salute del migrante, a fianco di queste attività messe in atto dal Privato Sociale, si affiancarono quelle del Pubblico, infatti, dalla fine degli anni '70, in poi, il Servizio Sanitario Nazionale non fu totalmente assente: svolse un ruolo marginale per i pazienti migranti, ma furono progettate e attuate una serie di iniziative. Come ricorda Mara Tognetti Bordogna (Bordogna 2005), inizialmente l'intervento del SSN fu caratterizzato dall'erogazione non

coordinata di servizi speciali per gli stranieri, con caratteristiche di emergenzialità: la convinzione era che i migranti fossero “ospiti di passaggio”<sup>128</sup>, con bisogni sanitari diversi da quelli del cittadino italiano, che non potevano essere affrontati nei servizi universalistici. Questa politica caratterizzò l'erogazione dei servizi sanitari per stranieri per quasi 10 anni, dopodiché, con la legge 943/1986, furono delineate le prime linee di politica sanitaria, e si aprì la fase dei servizi sanitari e sociali coordinati ad hoc per i migranti: permase ancora l'idea che i migranti fossero “altri” tutti uguali, e che avessero bisogni speciali; la modalità di erogazione dei servizi è tuttavia indifferenziata, in quanto non si tiene conto delle specificità culturali e sono erogati come se il target fosse costituito da cittadini italiani. In alcune aree territoriali, vengono però progettati dei servizi “accompagnati” la cui erogazione cerca di tener conto delle differenze socio culturali; questo avviene anche grazie alle buone prassi maturate nel Privato Sociale. I pazienti presi in carico finora dal Servizio Sanitario Nazionale erano solo i migranti regolari; dal punto di vista legislativo, degli irregolari non vi si fa menzione, fino al '95. Secondo Mara Tognetti Bordogna, noi ci troviamo nella fase dei “servizi per tutti”: i flussi sono costituiti da più generazioni e la politica formale del SSN è quella di erogare prestazioni sanitarie a tutti, cittadini italiani e stranieri, tenendo però conto delle particolarità culturali, di facto, si agisce ancora e soprattutto nell'ottica dei servizi indifferenziati.



#### **Schema 2 la trasformazione dei Servizi Pubblici nel tempo.**

Nonostante il ruolo attivo del Pubblico, si può affermare che fino al '95 l'attore principale della presa in carico del bisogno di salute dei migranti è stato il volontariato (spesso animato da operatori del Pubblico), ma dal 1995 in poi questo bisogno di salute fu preso in carico anche dal Pubblico, e il ruolo del volontariato ridimensionato, ma giocò ancora un ruolo fondamentale per almeno 2 ordini di motivi:

1. il volontariato sanitario riesce essere molto “prossimo” al bisogno, ponendo delle soglie di accesso molto basse, e spesso dislocandosi fisicamente nelle zone più disagiate;

<sup>128</sup> Erano di anni '70, e sembrava che fosse impossibile che l'Italia, Paese di emigrazione potesse diventare Paese di immigrazione ; l'ottica era quella del gastarbaiter tedesco.

2. date le sue caratteristiche, ha una capacità di innovazione molto difficile da replicare nel Pubblico, con una maggiore capacità di adattamento ai mutevoli bisogni dei migranti;

Come Geraci ricorda<sup>129</sup>, è però dove vi è un forte Pubblico che vi può esserci un forte Privato sociale: in quanto in quella zona si occuperà soprattutto di sperimentare strategie di intervento più efficaci ed appropriate; quasi, in un'ottica sistemica<sup>130</sup>, dove saranno presenti un forte pubblico e un forte privato sociale, potenzialmente si potrebbero ottenere sinergie molto vantaggiose per entrambi, capaci in ultimo di generare prese in carico dei bisogni degli stranieri efficaci ed appropriate, oltre che favorire un fecondo apprendimento di comunità.

Questa ottica dei “servizi pubblici per tutti”, è condivisa anche da molti attori del Privato Sociale, il cui fine ultimo dovrebbe essere quello di co-costruire, insieme all'utente/paziente un percorso di diritto che porti il Pubblico ad occuparsene, come da mandato costituzionale.

#### **4.2 I nodi all'accesso e alla fruizione dei Servizi**

Come è stato evidenziato dalla letteratura nazionale e internazionale, dall'esperienza degli operatori, e dei migranti, esistono molti fattori che determinano il bisogno di salute e molti altri ancora che influiscono sull'accesso; questi elementi si combinano, e dalla loro interazione si otterrà la qualità della cura.

Con l'intensificarsi degli irreversibili processi di immigrazione, l'utenza ospedaliera ha cominciato a diventare sempre più multietnica, con usi e costumi differenti; inoltre questi pazienti soggetti portatori di uno stato di salute diverso da quello del paziente italiano, in quanto oltre ai fattori di rischio ordinari, è determinato infatti da:

- esperienze traumatiche di migrazione<sup>131</sup>;
- situazione di fragilità economica e sociale nel Paese di arrivo;
- accesso inadeguato al sistema dei Servizi, sia sociali che sanitari

È quindi corretto affermare che i migranti siano caratterizzati da specifiche vulnerabilità, mitigate in parte dall'effetto migrante sano<sup>132</sup>: da una parte si trovano quindi i bisogni di salute, dall'altra i Servizi, ma un bisogno di salute non corrisponde automaticamente l'accesso ai Servizi, in quanto vi sono una serie di fattori che ne condizionano l'uso. Dalla parte dell'offerta, il Servizio Sanitario Nazionale è organizzato in strutture che forniscono servizi alla persona in cui ruoli, funzioni,

---

<sup>129</sup>

<sup>130</sup> Il sistema comprende e supera la semplice somma delle singole parti. Watlavicz et altri 1971.

<sup>131</sup> Come per esempio i percorsi migratori, o le particolari condizioni di tratta, come ricorda Aicha Fayem in “La violenza nel percorso migratorio della donna: accogliere, riconoscere, per offrire un percorso di aiuto”, in Atti Consensus Conference Simm 2006.

<sup>132</sup> Cfr capitolo precedente..

modalità organizzative sono aspetti ben definiti, in una chiave etnocentrica<sup>133</sup>: il modello di cura è culturalmente connotato, e non è posto in discussione, e la lingua parlata e scritta è quasi unicamente l'italiano; sono inoltre strutture disciplinatrici: per curare un gran numero di pazienti, è stato scelto di standardizzare gli interventi, ma perchè le condizioni per l'efficacia della cura siano valide, tutti i destinatari devono essere conformi al modello culturale di riferimento, come se le cure fossero pezzi prodotti in serie, "ingranaggi di una macchina" da aggiustare. Il Servizio Sanitario Nazionale è centrato nel produrre cure standardizzate focalizzate sulla dimensione biomedica, che è definita dagli anglosassoni come "illness", e non sulla dimensione del malessere espresso definita come "disease". Questa problematica è reale sia per i pazienti italiani che per i pazienti stranieri, tuttavia quando le differenze culturali e linguistiche aumentano, il modello di cura offerto dal SSN, diventa sempre più lontano dalla domanda di salute. Una volta avvenuto il difficile incontro tra domanda di salute e offerta dei servizi sanitari, si arriverà alla dimensione dell'accesso, all'interno della quale esistono disuguaglianze ben documentate<sup>134</sup>; si verificheranno successivamente una serie di disparità di trattamenti, che sono aspetti non voluti e spesso non compresi dal SSN. Queste disparità di trattamenti dipendono da diversi elementi, come determinanti culturali e barriere interne/esterne; in ultima analisi, si può affermare che i nodi alla fruizione vanno ad influenzare negativamente aspetti fondamentali del percorso di cura quali la degenza e le dimissioni, abbassando la qualità del percorso di cura, e di conseguenza abbassandone anche l'efficacia. In conclusione, si può affermare che gli elementi che influiscono sull'accesso al Servizio Sanitario Nazionale riguardo alla popolazione dei migranti, sono:

- i determinanti di accesso;
- la dimensione culturale della salute e della malattia;
- i modelli di accesso ai Servizi sanitari;
- le barriere;
- il rapporto paziente-operatore, e più in generale il nodo della fruizione

#### **4.2.1 I Determinanti di accesso ai Servizi**

Secondo la maggior parte della letteratura di riferimento<sup>135</sup>, sono proprio i gruppi socialmente svantaggiati i principali fruitori della sanità pubblica, che tende progressivamente ad indirizzare la propria attività verso tali soggetti. Accedere ai Servizi Socio Sanitari, e più in particolare ai Servizi Sanitari, non costituisce semplicemente un atto ordinario, come varcare una soglia qualunque;

<sup>133</sup> Come affermano Tognetti Bordogna 2008 e Alietti e Padovan 2008.

<sup>134</sup>Le fonti sono molteplici; una delle più autorevoli, è sicuramente il Report commissionato dall'Istituto di Sociologia della Salute della Medicina Ludwig Boltzmann di Vienna.

<sup>135</sup> Padovani G. Il diritto negato, 2008.

invece ciò costituisce un atto denso di significati culturali, relazionali e simbolici, che può venire influenzato da molti fattori.

Nell'analisi delle modalità e delle principali determinanti di accesso, la principale discriminante che verrà presa in considerazione, sarà lo status di cittadinanza, per cercare di capire l'equità del Sistema Sanitario Nazionale; in base ad essa, coloro che beneficiano del SSN, si possono dividere in diverse fasce:

- pazienti italiani
- pazienti stranieri regolari
- pazienti stranieri non regolari o clandestini

Per i cittadini italiani, dal punto di vista formale, l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale è garantito, ma esistono disuguaglianze di accesso causate dalle peculiarità delle strutture a livello locale<sup>136</sup> e dalla fragilità sociali delle proprie fasce deboli: i gruppi sociali più a rischio di disuguaglianze di accesso sono le persone tossicodipendenti, gli homeless, sia italiani che stranieri, i detenuti, i disabili e gli anziani, soprattutto se soli. Riguardo a queste fasce deboli di popolazione, un ulteriore nodo all'accesso ai Servizi è costituito dalla qualità del percorso di cura: dall'attività di prevenzione, alla degenza, alle modalità di dimissione e di compliance. Riguardo la prevenzione e la dimissione, possono esserci difficoltà oggettive, quasi "tecniche" da parte dei Servizi; ma anche la degenza può presentare delle criticità, data la minore possibilità di esigere i diritti.

Sempre ponendo lo status di cittadinanza come variabile di riferimento, si può individuare una seconda popolazione di potenziali utenti del Servizio Sanitario Nazionale: gli stranieri. I migranti regolari rappresentano una quota significativa del bacino di utenza del sistema sanitario: le attuali stime ci parlano di quasi 5 milioni di migranti (dati Istat 2009); nel 2004<sup>137</sup>, quando i migranti regolari erano circa 2 milioni e mezzo, i ricoverati stranieri furono il 3.2% del totale: una quota poco significativa ma in costante aumento, in quanto il profilo di salute sta cambiando<sup>138</sup>.

Per i cittadini stranieri, il rapporto con i servizi sanitari è molto più difficoltoso rispetto agli italiani, in quanto le determinanti che entrano in gioco sono molto più numerose e più condizionanti. Sono state inoltre identificate molte variabili. Secondo Mara Tognetti Bordogna, i fattori che determinano l'accesso per gli stranieri sono di natura:

- personale;
- culturale
- relazionale

---

<sup>136</sup>ibidem

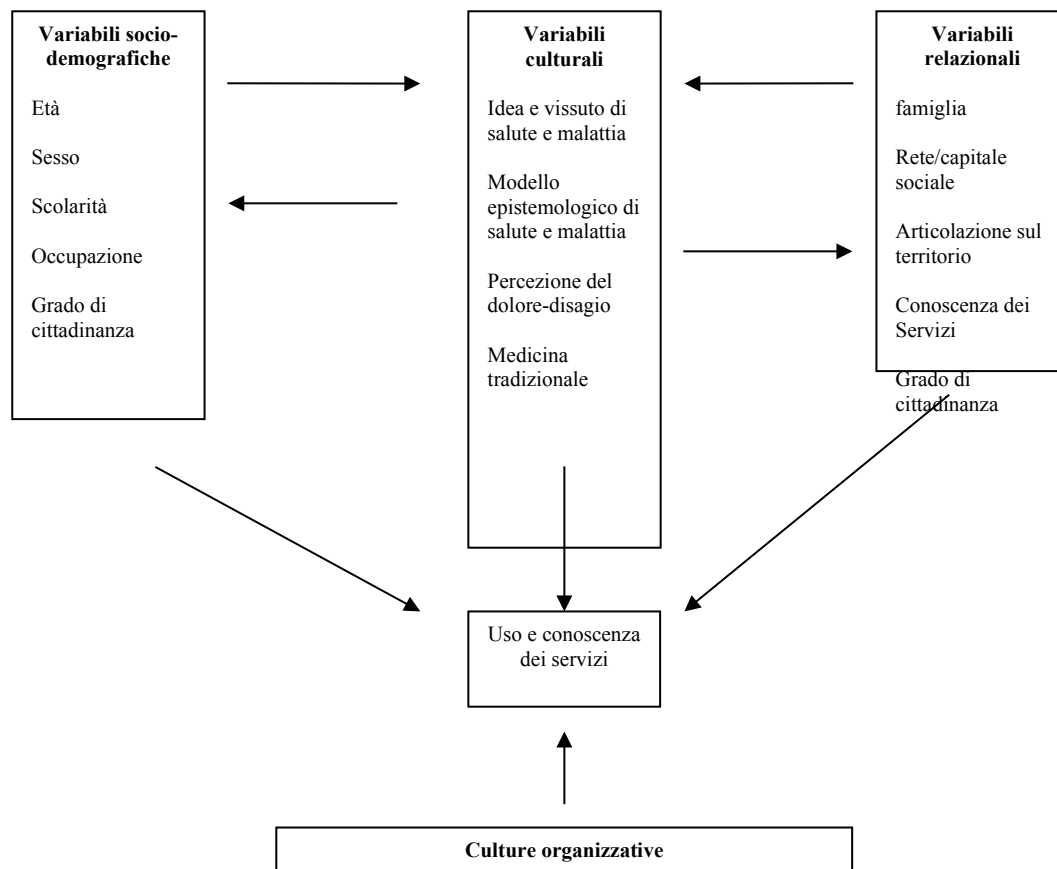
<sup>137</sup> Ultimo anno in cui sono disponibili i dati aggregati; fonte dati: Monitor n°16/2006.

<sup>138</sup> Vedi capitolo 3



Kerse<sup>139</sup> identifica poi diverse barriere all'accesso ai servizi, che l'Autrice schematizza molto efficacemente attraverso lo schema sottostante:

**Schema 3 : i determinanti di accesso ai Servizi Sanitari, tratto da pagina 34 del libro "I colori del welfare", a cura di Mara Tognetti Bordogna**



Le variabili socio anagrafiche prese in considerazione sono diverse:

- età
- sesso
- scolarità
- occupazione
- grado di cittadinanza

<sup>139</sup> Ngiare M. Kerse, è autore di diverse ricerche in ambito epidemiologico.

L'**età** e il **sex**o determinano fortemente l'accesso ai Servizi Sanitari: per esempio, da ricerca svolta a Caserta<sup>140</sup>, sembrerebbe emergere che le donne straniere si rechino generalmente di meno presso i Servizi Sanitari in quanto si trovano in una situazione di emarginazione più pesante rispetto agli uomini, "in quanto conoscono di meno la lingua italiana, hanno rare occasioni per uscire e dedicarsi alla cura del proprio corpo, e al tempo libero, molto spesso sono prive dell'appoggio dei consorti, impegnati per lo più in attività lavorative con orari proibitivi e ritmi usuranti"<sup>141</sup>; ovviamente, dove i modelli locali di integrazione dei migranti assumono caratteristiche diverse, le modalità di socializzazione ai Servizi (e quindi di accesso): per esempio, in una catena migratoria dove sono le donne sono le apripista, ci sarà da parte loro maggior "potere contrattuale" all'interno delle coppie, avendo anche maggiore autonomia di scelta. Ciò si tradurrà in modalità di accesso differenti.

La **scolarità**, cioè gli anni di istruzione formale seguiti, è una determinante molto significativa: più una persona avrà studiato, maggiori saranno gli strumenti per prendere decisioni, e tanto meglio saprà orientarsi efficacemente all'interno del sistema dei servizi, per capire l'adeguatezza o meno dei percorsi di cura; inoltre, maggiormente sarà scolarizzato, maggiormente avrà gli strumenti per adattarsi al SSN.

Per i pazienti stranieri, l'**occupazione** è un fondamentale nodo per l'accesso ai Servizi: se un migrante lavora in un contesto in cui sono rispettate le norme sul lavoro, allora potrà accedere "normalmente", cioè in presenza di un disturbo di salute, al SSN; il più delle volte il migrante tenderà a non andare in ospedale per paura di perdere il posto di lavoro, per le dinamiche spiegate precedentemente<sup>142</sup>.

Lo **status di cittadinanza** è l'ultima variabile socio demografica che la Bordogna individua: chiaramente chi ha maggiore paura delle autorità, cioè i migranti non regolari, tenderà a recarsi di meno presso gli ospedali, luoghi visti come facenti parte delle Istituzioni. Chi vivrà in uno status di immigrato irregolare, troverà anche maggiori barriere.

Le variabili culturali che l'Autrice individua sono le seguenti:

- idea e vissuto di salute e malattia;
- modello epistemologico di salute e malattia;
- percezione del dolore;
- medicina tradizionale;

Come già ricordato prima, i Servizi Sanitari, sono considerati "beni esperienziali", ovvero non si può conoscere la loro qualità se non dopo averli "consumati", per cui il vissuto di salute e malattia,

<sup>140</sup> La ricerca citata è quella condotta dall'associazione CIDIS/Alisei di Caserta all'interno del progetto europeo Partners for health Phase Two; è scaricabile dal sito: [www.alisei.it](http://www.alisei.it)

<sup>141</sup> Rapporto Cidis/Alisei 2005, pagina 23.

<sup>142</sup> cfr supra

e quindi di cura, sono molto legati ai vissuti personali e culturali, cioè derivanti da esperienze precedenti; si tenderà quindi a non cambiare metodo di cura, magari ricorrendo alla medicina tradizionale, e alle reti di cliniche clandestine che la praticano. Il modello epistemologico di salute e malattia è legato alla cultura della zona di origine, il perché da sani si è diventati malati; in quest'ottica, è importante la percezione del dolore, o meglio, la percezione dello stato di disagio: se da una zona di partenza, l'epatite A è endemica, sarà considerata "normale" e non costituirà motivo di bisogno sanitario e quindi non ci si andrà a farsi curare. L'ultima determinante appartenente a questa famiglia che l'Autrice individua, è la medicina tradizionale: aspetto che può fornire una "visione del mondo" anche molto diversa da quella del Paese ospite: la propria epistemologia della malattia e salute, i rimedi, i ruoli degli operatori, i rituali, i sick role...

Questi elementi sono però processuali, che si meticciano nel tempo, al contatto con altre esperienze, persone, culture.

L'ultima categoria che la Bordogna individua, è costituita dalle variabili relazionali:

- famiglia
- rete/capitale sociale<sup>143</sup>
- articolazione sul territorio
- conoscenza dei servizi (esperienze)

La famiglia e la presenza/assenza di una rete di supporti costituisce un fattore di rischio per la salute, ma, secondo la letteratura di riferimento (Bianco 2001), di importanza limitata, in quanto appare più utile per trovare un'occupazione piuttosto che per l'accesso ai servizi, in quanto essi sono beni esperienziali (Bianco 2001); gli aspetti quali la conoscenza dei servizi e la loro articolazione sul territorio, sono legati all'efficacia del capitale sociale come fonte di informazioni in merito.

Queste tre famiglie di variabili, caratterizzano la domanda di salute dei migranti: l'offerta di salute è mediata dalla cultura organizzativa del SSN locale, che potrà essere più o meno "migrant friendly"<sup>144</sup>, ovvero più o meno capace di attrarre utenza immigrata. La domanda e l'offerta verranno mediate dall'uso e dalla conoscenza dei Servizi, elementi esperienziali legati anche all'anzianità di residenza, in quanto chi è nuovo migrante, fattore fondamentale, verosimilmente avrà minore dimestichezza all'uso dei Servizi, specialmente se proveniente da un Paese lontano e con un capitale sociale limitato, mentre chi sarà già in Italia da tempo, sarà maggiormente socializzato al loro uso.

### 4.2.3 I principali modelli di accesso

---

<sup>143</sup> Per capitale sociale si intende l'insieme delle relazioni interpersonali formali ed informali.

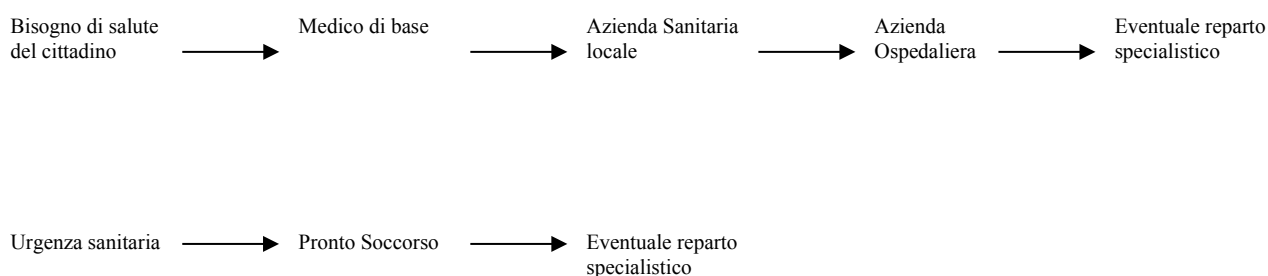
<sup>144</sup> Ovvero che adotta misure volte ad aumentare l'accessibilità dei Servizi per i migranti.

Come si è visto, il bisogno di salute può essere connotato sia dal punto di vista culturale, che secondo ragioni più legate al mantenimento del lavoro. I determinanti di accesso e le barriere quindi si combinano, come fattori di attrazione e repulsione, più che come fattori di domanda e offerta; delle interazioni tra questi elementi scaturiscono differenti modelli di accesso ai Servizi Sanitari per

- cittadini italiani, che effettuano un accesso normale,
- cittadini stranieri regolari che sono equiparati dal punto di vista sanitario ai cittadini italiani, ma che per una serie di motivi, vi accedono in modo differente e
- cittadini stranieri irregolari o clandestini, che accedono in un modo ancora diverso, con diverse traiettorie

Ora, se si esaminasse la modalità di accesso presso un ospedale per queste diverse popolazioni di pazienti, si potrebbero notare diverse particolarità.

Il percorso di cura del **cittadino italiano**, può seguire due differenti iter:



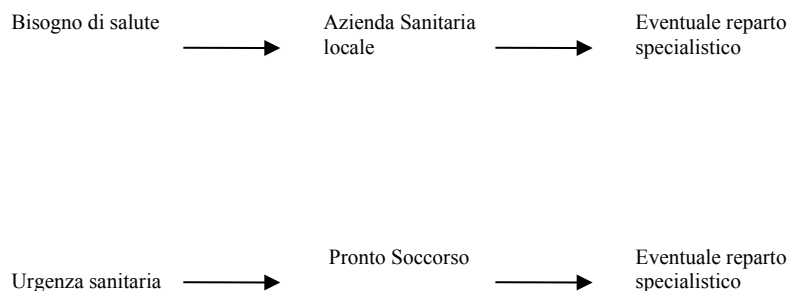
#### **Schemi 4-5 iter di accesso in ospedale da parte di pazienti italiani.**

Sinteticamente, nel primo caso, quando è avvertito un bisogno sanitario, il cittadino si reca dal medico di famiglia, che firma un'impegnativa per ulteriori esami presso l'ASL; confermata la prenotazione, e se trovate particolari patologie, si effettuerà il ricovero in ospedale, in un eventuale reparto specialistico

Nel secondo caso, a seguito di un'urgenza sanitaria, come ad esempio un trauma, il paziente verrà ricoverato in Pronto Soccorso, nel quale verrà gli effettuato un triage<sup>145</sup>; dopodiché verrà visitato ed eventualmente ricoverato in un reparto specialistico.

<sup>145</sup> Per triage (termine francese che indica *cernita - smistamento*) si intende un sistema utilizzato per selezionare i soggetti coinvolti in infortuni, gravi o leggeri che siano, secondo classi di urgenza/emergenza crescenti, in base alla gravità delle lesioni riportate o del loro quadro clinico.

Il percorso di cura del **paziente straniero regolare**, può seguire due differenti iter



**Schemi 6-7: iter di accesso in ospedale da parte di paziente straniero regolare.**

Nel primo, in caso di un qualsiasi bisogno sanitario, il paziente si rivolge al Pronto Soccorso; arrivato al Pronto Soccorso, e sottoposto a triagè, in caso di problemi non gravi, potrebbe restare ad attendere molto tempo prima di essere visitato

A detta degli operatori e della letteratura in merito, l'uso inappropriato del Pronto Soccorso è dovuto a:

- una socializzazione scorretta al SSN italiano, il Pronto Soccorso è confuso con l'ospedale;
- gli orari dei medici di base sono molto scomodi per chi lavora, italiano e straniero<sup>146</sup>
- problematiche causate dall'iter della prenotazione

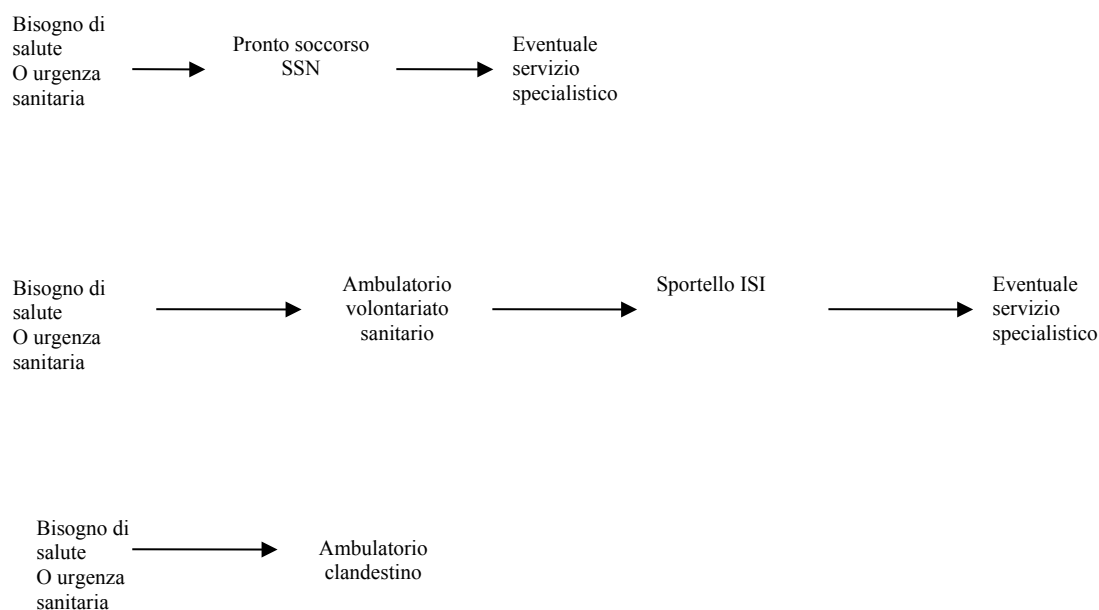
Una delle più gravi conseguenze a questo uso inappropriato, è che il Pronto Soccorso diventa oberato da un numero di utenti molto maggiore rispetto a quelli che dovrebbero essere ricoverati in modo appropriato: gli operatori saranno maggiormente oberati di lavoro, e più sotto stress, più inclini quindi ad innervosirsi verso gli utenti "responsabili" del disagio.

Il secondo modello di accesso al SSN da parte dei cittadini stranieri regolari, riguarda l'urgenza sanitaria, ed è analogo al modello italiano.

Il soddisfacimento dei bisogni sanitari per i **pazienti migranti stranieri non regolari** o clandestini, può invece assumere tre percorsi.

---

<sup>146</sup> Specialmente per chi lavora, gli orari del medico di base sono molto scomodi; inoltre i medici di base spesso non sono formati ad avere pazienti migranti; in alcuni sistemi di servizi sanitari, è poi una figura professionale che non è presente.



**Schemi 8-9-10: iter di accesso in ospedale da parte di paziente straniero regolare.**

Il primo modello di accesso è analogo al percorso di cura dei migranti non regolari, e le tappe principali sono: il Pronto Soccorso, i tempi lunghi per il triage, e il successivo ricovero.

Il secondo si avvale dell'accesso ad ambulatori di volontariato sanitario; il terzo è caratterizzato dall'accesso a vere e proprie cliniche clandestine. Nel particolare, il secondo percorso “nasce” dalla paura di essere denunciati alle Autorità, o grazie alla elevata prossimità al bisogno degli ambulatori di volontariato sanitario<sup>147</sup>; se le risorse umane o economiche non sono sufficienti, o se c'è la necessità di un intervento più complesso, allora effettuano un invio presso l'ospedale. Se il paziente ha già il tesserino di riconoscimento sanitario, la tessera STP (straniero temporaneamente presente), allora potrà andarci immediatamente, altrimenti prima dovrà farla presso il centro ISI<sup>148</sup>.

La terza traiettoria riguarda l'accesso a vere e proprie cliniche clandestine, Da testimonianze dirette e di altri testimoni privilegiati, e da indagini delle Forze dell'Ordine, è emersa l'esistenza di cliniche clandestine<sup>149</sup>, specialmente in seno a Comunità etniche molto integrate al loro interno e

<sup>147</sup> Questi ambulatori, forniscono una serie di prestazioni sanitarie totalmente gratuite, oltre a svolgere anche un lavoro di orientamento e advocacy dei diritti. Per advocacy si intende capacità di promozione di diritti in modo che l'altro sia in grado di prendere in mano le proprie responsabilità.

<sup>148</sup> I centri Informazione Salute Immigrati, possono fornire una varietà di prestazioni, tra cui cure ambulatoriali, prenotazioni esami, e rilascio tessere STP.

<sup>149</sup> Queste “cliniche” sono gestite da connazionali e sono caratterizzate da precarie condizioni d'igiene con “operatori sanitari” spesso improvvisati.

poco verso la comunità locale ospitante, il caso emblematico è costituito dalla comunità cinese, ma non solo. Alcuni dei motivi possono essere questi:

- ricorso Medicina tradizionale-mancata socializzazione al SSN, dovuta a diversi fattori (culturale, linguistico, esperienziale);
- Paura delle Istituzioni

#### 4.2.4 Le barriere di accesso

Oltre a fattori causati da determinanti specifici, fattori culturali e dovuti a un diverso uso dei Servizi, riguardo il rapporto stranieri-servizi, sono state rilevate una serie di barriere organizzative a dimensione variabile che possono aumentare o diminuire l'accesso e la fruizione ai Servizi Sanitari:

- barriere giuridico legali;
- barriere organizzative
- barriere burocratiche
- barriere amministrative
- barriere comunicative<sup>150</sup>
- barriere linguistiche
- barriere interpretative e di riconoscimento delle risorse

Le **barriere giuridico legali** riguardano lo status di cittadinanza del migrante, e determinano a quali cure abbia diritto; per i migranti non regolari, è vigente l'articolo 35, che garantisce “cure urgenti, necessarie, ancorché continuative”: tale dicitura, molto generico, è interpretata in modo diverso presso ogni Azienda Sanitaria, a seconda degli attuatori e delle direttive della Direzione Sanitaria.

Un punto critico per i non regolari sono le dimissioni e il follow up; vi è quindi anche un aspetto attuativo, di come le norme vengono declinate in prassi.

Le **barriere organizzative**: questo aspetto è legato al modello organizzativo, e determinano la maggiore o la minore accessibilità da parte di tutti i pazienti in generale e dei pazienti stranieri in particolare, per esempio fornendo una modalità di erogazione di servizi “per tutti” invece che in modo indifferenziato; altre dimensioni importanti legate a queste barriere, sono legate al grado di soglia di accesso, che può essere “elevata” o “di prossimità”, e alla dislocazione fisica dei Servizi, in zone ad alto o basso disagio. Un importante aspetto del modello organizzativo, in grado di

---

<sup>150</sup> Sia interna che esterna al Servizio Sanitario: comunicazione interna: opuscoli informativi, guide ai servizi, interna: segnaletica, cartelloni informativi.

incidere sensibilmente sull'accessibilità del Servizio, è la formazione ad hoc degli operatori sanitari: oltre che su un aspetto specifico, come lo studio di una lingua in particolare, su elementi generici riguardanti le migrazioni, per rendere gli operatori più coscienti del loro ruolo e delle eventuali specificità dei pazienti stranieri.

Le **barriere burocratiche**: il numero e gli iter delle procedure amministrative, la minore o maggiore complicatezza e lunghezza delle procedure, è un punto da presidiare non solo per i pazienti migranti, ma anche per i pazienti italiani. I nodi critici possono sorgere anche perché le procedure amministrative possono essere scritte solo in italiano, con amministrativi che parlano solo italiano; dall'altro, perché i migranti, arrivando da Paesi con apparati burocratici diversi, potrebbero non essere subito socializzati al loro disbrigo.

Le **barriere amministrative**: sono le barriere che riguardano il calcolo della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria, il ticket; procedure che da un lato possono essere faticose da parte dell'utente, ma anche da parte degli operatori che le mettono in atto, visto la prassi non sempre corretta da parte dei pazienti non regolari di auto dichiararsi sempre "indigenti", anche quando non lo sono; ma trovandosi loro in una condizione di irregolarità e non essendo possibili controlli economici, loro sfruttano questo bias di sistema, generando però un'ingiustizia.

Le **barriere comunicative**: manca comunicazione esterna e interna al SSN; esterna nel senso che i Servizi tendono ad ignorare la mancanza di informazione sulla loro esistenza sul loro ruolo, sul loro corretto accesso ed uso e non attuano comunicazioni al pubblico adeguate, presso una popolazione a rischio come quella dei migranti, per esempio attraverso campagne informative ad hoc, per esempio distribuendo materiale informativo in più lingue presso luoghi di aggregazione dei migranti regolari o meno.

I problemi di comunicazione interna vertono invece sul fatto che la lingua che viene utilizzata quasi in esclusivo, anche con gli stranieri, è quella italiana: segnaletica esterna/interna dell'ospedale, e materiale informativo, anche di natura fondamentale, come i consensi informati, si trova il più delle volte solo in lingua italiana, in quanto bisogna tenere conto che i nostri servizi, sono molto più attenti a perseguire l'atto amministrativo della procedura, la sua conformità rispetto alla norma. più che la sua efficacia e la sua efficienza; ciò si traduce anche in una minore flessibilità<sup>151</sup>.

Le **barriere linguistiche** appartengono in qualche modo alle barriere comunicative; sono un punto molto critico nel rapporto stranieri-servizi, e nel rapporto pazienti-operatori in quanto "i servizi fanno poco per farsi capire"<sup>152</sup>.

Spesso la segnaletica interna ed esterna è solo in italiano, e il personale parla solo italiano e raramente inglese; di converso i pazienti parlano la lingua del luogo di provenienza e spesso

---

<sup>151</sup> Mara Tognetti Bordogna 2004, i colori del welfare, pagina 15

<sup>152</sup>ibidem



inglese, francese o l'arabo, le principali lingue veicolari, ma in una versione molto scolastica, riuscendo ad esprimere poco i sintomi dei disturbi. Chiaramente, da più tempo il migrante è arrivato in Italia, maggiormente parlerà italiano, il problema è che parlerà anche in questo caso una lingua che non conosce perfettamente, usando termini medici incerti<sup>153</sup>.

Queste lacune comunicative saranno colmate in parte dai parenti, in parte dai mediatori linguistico culturali.

**Le barriere interpretative:** la maggior parte dei cittadini italiani è socializzata all'uso appropriato dei Servizi Sanitari, mentre chi viene da altri Paesi potrebbe non esserlo, essendo socializzato ad altri sistemi sanitari. Questo aspetto è particolarmente vero per le persone provenienti da zone dell'Africa sub sahariana e dell'Estremo Oriente; queste barriere sono in qualche modo superate tramite l'informazione e la mediazione linguistico-culturale.

### 4.3 Il rapporto paziente-operatori

Una volta esaminati tutti gli aspetti che limitano l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale rispetto ai pazienti migranti, è opportuno esaminare cosa succede all'interno dell'ospedale, ovvero quale siano cioè i rapporti tra paziente e operatore visti in chiave di nodi alla fruizione; secondo la letteratura<sup>154</sup> i principali nodi critici di questo rapporto risiedono nei rapporti tra pazienti e operatori medico sanitari.

Questa tipologia di problema, può essere molto complessa da affrontare e superare, perché implica un ripensamento del rapporto comunicativo-relazionale ordinario. Gli effetti di queste disfunzioni possono portare a trovare nei pazienti sintomi di "sindromi di Salgari" o peggio a portare diagnosi errate.

Innanzitutto, è necessario analizzare il processo comunicativo, come ricorda Watzlawicz<sup>155</sup> è composta da almeno 3 aspetti:

- sintassi
- semantica
- pragmatica

Sintassi e semantica riguardano il significato e il significante, la pragmatica considera invece gli effetti della comunicazione sul comportamento; Watzlawick, insieme a Jackson e Beavin, hanno evidenziato i 5 assiomi principali della comunicazione:

- l'impossibilità di non comunicare;

---

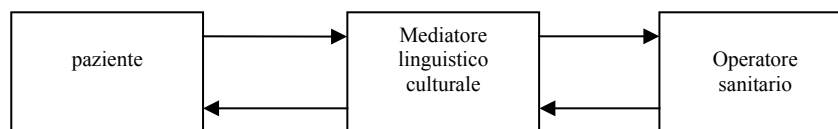
<sup>153</sup> Caring for migrant and minority patients in European Hospitals, Alexander Bischoff, Neuchatel and Basel, 2003

<sup>154</sup> Ibidem

<sup>155</sup> Paul Watzlawick, J. Beavin e D. Jackson, Pragmatics of human communication, Norton 1968 New York.

- livello di contenuto e livello di relazione;
- la punteggiatura della sequenza di eventi;
- comunicazione numerica e analogica (verbale non verbale)
- asimmetria o simmetria nei livelli di comunicazione

Questi assiomi, che vengono ritenuti come universali, devono essere “traslati” nel sistema di valore dei pazienti, e i pazienti dovrebbero fare lo stesso: lo sforzo da entrambe le parti per tradurre semplicemente le parole, non è quindi sufficiente, in quanto bisogna saper ascoltare il bisogno in tutte le sue dimensioni, non ultima quella culturale, attraverso “lenti” simili. A questo scopo, negli anni recenti, si sta facendo sempre più ricorso alla figura del mediatore linguistico culturale<sup>156</sup>; il mlc è un terzo esterno, che viene impiegato come facilitatore dei processi di comunicazione, non solo per tradurre le parole, ma anche per interpretare il significato delle azioni dal punto di vista culturale. Si può affermare che svolge un importante lavoro di de-codificazione tra:



**Schema 11 il processo comunicativo svolto dal mediatore culturale.**

Nel primo caso, il mediatore linguistico culturale traduce agli operatori sanitari l’approccio culturalmente connotato del paziente verso la malattia e la salute: per un esempio, nella zona di Casablanca nel Marocco, è in uso, da parte dei padri, sussurrare al bambino appena nato una Sura del Corano ben precisa, per dargli il “benvenuto al mondo”, atto che può destare preoccupazione tra gli operatori sanitari se non formati ad hoc.

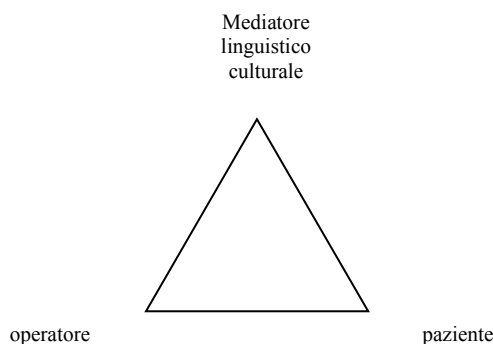
Date le norme di sicurezza italiane, sarebbe proibito avvicinarsi al figlio neonato appena dopo il parto; ciò ha generato e genera tensioni all’interno dei reparti infantili, ma in alcune aziende ospedaliere, grazie ai mediatori si è trovato il modo di far entrare il padre, con le opportunamente norme di igiene e tutela sanitaria, nella nursery, trovando così una soluzione al “problema”.

Nel secondo caso, il mediatore traduce al paziente i comportamenti e le logiche di intervento degli operatori sanitari, che sono anch’essi culturalmente connotati; spiega poi il funzionamento del

<sup>156</sup> Figura professionale che viene utilizzata anche in altri contesti, come quello scolastico e quello dei Servizi alla persona in genere.

reparto e il ruolo dei diversi operatori, operando così un'importante funzione di socializzazione al SSN. Un esempio può essere quando il mediatore culturale spiega il ruolo degli infermieri all'interno del reparto e il codice di riconoscimento a colori che portano.

La posizione del mediatore linguistico culturale verso il paziente dovrebbe essere quella di un terzo neutrale, schematizzabile così:



**Schema 12: la posizione del mediatore linguistico culturale nel rapporto operatore-paziente migrante.**

In realtà, secondo molti esperti di settore, il mediatore spesso tende a essere più vicino al paziente, attuando un processo di proiezione (o transfert) e a essere più vicino al paziente; il suo ruolo tuttavia sembra irrinunciabile per migliorare l'efficacia e la qualità di una salute sempre più multiculturale.

Problemi tra pazienti e operatori possono sorgere anche in funzione dei rapporti di genere; in molti Paesi esteri, la società è ancora fortemente patriarcale, e il ruolo della donna spesso è fortemente subordinato a quello dell'uomo; farsi visitare (e quindi avere un rapporto di potere asimmetrico) da un medico donna, può essere visto come poco accettabile, almeno di fronte ai parenti. Di converso, per le donne di molti Paesi stranieri, farsi visitare da ginecologi uomini, senza alcun parente maschio, può costituire fonte di vergogna; entrambe queste problematiche, in particolare la seconda, erano problematiche presenti nel passato anche per pazienti italiani.

Un aspetto molto importante del rapporto paziente-operatore, è la formazione. Il graduale aumento dei pazienti stranieri è un fenomeno che implica un profondo ripensamento di alcuni aspetti dei Servizi Sanitari: come ricorda Mara Tognetti Bordogna, per garantire la qualità dell'intervento, bisogna passare da un sistema di servizi indifferenziato a un sistema che eroghi servizi della stessa

qualità per tutti. Questo cambio di cultura organizzativa, necessita di azioni da diversi livelli: sicuramente da parte della Direzione Sanitaria, cioè dall'alto verso il basso, per l'adozioni di norme che diminuiscano le barriere all'utilizzo dei servizi; ma non solo, è fondamentale anche un'azione dal basso verso l'alto, per assicurare l'implementazione delle norme e la segnalazione dei nodi riguardanti la fruibilità, che certe volte non sono recepite dai livelli superiori. In questo scenario, gli operatori sanitari, ma anche quelli amministrativi, sono fondamentali, in quanto saranno loro ad avere a lavorare quotidianamente con i pazienti stranieri. Pazienti che portano bisogni di salute in qualche modo differenti dagli italiani, che si esprimono in lingue diverse, che fanno riferimento a diversi modelli di salute/malattia e che sono socializzati ad altri modelli di servizi, senza però cadere nei "culturalismi". Il rapporto paziente-operatore diventa molto complesso, anche con la presenza di mediatori linguistico culturali, non sempre possibile; diventa necessario rendere gli operatori più consapevoli di queste sfumature, per migliorare la qualità del servizio e favorire la compliance terapeutica, aumentando anche quindi l'efficacia.

La formazione degli operatori per il lavoro in ambito interculturale, dovrà fornire più che elementi specifici, una serie di spunti di approfondimento: le problematiche sono molte, ed è impossibile fare un corso di formazione in cui si proponano delle ricette universali: molto più utile, come meta obiettivo, incentivare la filosofia della mediazione.

#### **4.4 L'esperienza della rete MFH**

Dato il crescente flusso di migranti verso l'Europa, e quindi il crescente afflusso di pazienti stranieri, caratterizzati da specifiche vulnerabilità, diverse strutture ospedaliere in tutta Europa hanno aderito al progetto Migrant Friendly Hospital<sup>157</sup>. Il progetto MFH è nato per gestire in modo competente la diversità culturale all'interno degli ospedali, per "mettere in grado i cittadini con background etnici e culturali diversi di utilizzare in modo appropriato i servizi e gestire efficacemente la propria condizione di salute nei nuovi contesti di vita" (Khan 2003); l'obiettivo di fondo è quello di sviluppare all'interno di questi ospedali prima e all'interno dei sistemi sanitari poi,

---

<sup>157</sup> Il progetto MFH è compreso all'interno del più ampio progetto HPH, health promoting hospitals, una attività promossa dalla Carta di Ottawa del 1986 per mettere in rete le buone prassi medico sanitarie in diversi campi.

tramite il benchmarking, una competenza culturale, per essere “migrant friendly”. Per competenza culturale,

Le linee guida per raggiungere questo obiettivo, sono state fissate in alcuni punti:

- le persone con origini diverse devono essere considerate uguali componenti della società;
- focalizzare l’attenzione nello sviluppo e nella fornitura di servizi per persone con origini diverse;
- riequilibrio delle disparità per quelle differenze che impediscono l’accesso e l’utilizzo equo dei servizi e ostacolano la partecipazione e l’integrazione (pari opportunità).

l’idea iniziale del progetto è partita dal nodo della rete PHP dell’Emilia Romagna, che ha successivamente invitato l’Istituto Boltzmann dell’Università di Vienna ad assumerne il coordinamento specifico (Chiarenza 2005). Le organizzazioni coinvolte, hanno rappresentato un ampio ventaglio di tipologie di ospedali: dai grandi ospedali metropolitani, ai piccoli ospedali di provincia, dagli ospedali pubblici a quelli privati, da diverse nazioni europee: Austria, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Paesi Bassi, Spagna, Svezia e Regno Unito. Il progetto è durato due anni e mezzo, da ottobre 2002, a marzo 2005. In attuazione alle linee guida, si è deciso di:

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

In una prima fase di analisi e valutazione dei bisogni, sono state identificate tre aree problematiche prioritarie, su cui intervenire:

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

l’analisi comparata dei bisogni ha mostrato che barriere linguistiche e culturali nella comunicazione non solo sono causa di limitazioni nell’accesso e nell’uso appropriato dei servizi, ma anche di livelli inferiori della qualità delle cure e dell’assistenza, di bassa soddisfazione del paziente e, in ultima istanza, di risultati di salute peggiori (Bischoff 2003); inoltre, è stata rilevata una scarsa compliance e cooperazione durante le cure, probabilmente a causa della scarsa informazione (Chiu 2003). Infine, è emerso come livelli bassi di competenza culturale degli operatori siano la causa della presenza di stereotipi e pregiudizi; questa carenza, come rileva Cross (1989), comporta una generale

difficoltà ad agire efficacemente come professionista e come organizzazione in un contesto multietnico e multiculturale. Per raggiungere gli obiettivi, sono stati avviati tre sotto progetti, atti a migliorare e potenziare:

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

Sulle basi delle conoscenze scientifiche, del confronto con le esperienze, e dei risultati del progetto pilota, è stato elaborato un documento programmatico, la Dichiarazione di Amsterdam, che raccoglie una serie di raccomandazioni per un sistema sanitario migrant friendly.

Principali raccomandazioni per le Direzioni Aziendali:

- inserire l'attenzione ai bisogni dei migranti e delle minoranze etniche nei documenti di programmazione;
- migliorare l'accesso ai servizi mediante la produzione di materiale informativo e la predisposizione di segnaletica multilingue;
- superare le barriere linguistiche e culturali, mediante la realizzazione di un servizio strutturato e coordinato di mediazione culturale;
- fornire adeguata attenzione alla continuità delle cure, assicurando i necessari collegamenti con i servizi del territorio e fornendo informazioni sulla gestione della malattia e lo stile di vita

principali raccomandazioni per il personale e le professioni sanitarie:

- i professionisti sanitari e il resto del personale dovranno acquisire specifiche capacità relative a competenze interculturali, di comunicazione e in materia di diversità;
- la pratica clinica, i servizi di prevenzione e le azioni di promozione della salute devono essere organizzati in modo adeguato per essere utilizzati da una popolazione differenziata;

Raccomandazioni per gli utenti e i gruppi di minoranza etnica:

- i rappresentanti delle comunità di immigrati/minoranze possono contribuire non solo tutelando gli interessi di tali gruppi, ma svolgendo altresì un ruolo di mediazione. Essi dovrebbero agire a tutela del diritto sull'accesso equo e alla qualità dei servizi, favorendo nel contempo lo sviluppo di una maggiore socializzazione ai Servizi Sanitari per i membri delle proprie comunità

## **CAPITOLO 5**

### **IL DISEGNO DELLA RICERCA**

Nel corso di questo capitolo, intendo esporre le direttrici metodologiche e teoriche sulle quali è stata costruita la ricerca empirica<sup>158</sup>; illustrerò la metodologia impiegata attraverso un'accurata descrizione delle tecniche di ricerca messe in campo, motivando nel contempo in termini teorici le scelte effettuate; innanzitutto è necessario delimitare lo stato dell'arte.

#### **5.1. Lo stato dell'arte**

---

<sup>158</sup> In questo capitolo, si è preferito utilizzare nella narrazione la prima persona singolare piuttosto che espressioni impersonali. Ciò con il fine di rendere maggiormente chiari ed espliciti al lettore la presenza del ricercatore e il ruolo da esso giocato nelle diverse fasi della ricerca.

Il mio interesse per il complesso rapporto tra salute e migrazioni, un aspetto che all'interno della letteratura italiana sulle migrazioni ricopre uno spazio molto limitato, se non addirittura marginale rispetto agli studi prodotti rispetto ad altri ambiti del fenomeno migratorio, ha tratto grande ispirazione dalla lettura degli studi di diversi Autori italiani e non; vorrei a proposito compiere una breve disamina della letteratura disponibile, partendo dagli Autori stranieri. Ovviamente, laddove il problema è riconosciuto e tema di costante dibattito, si sono formate delle ampie comunità scientifiche con indirizzi ben precisi: per esempio i britannici, che analizzano le disuguaglianze di salute dagli anni '70<sup>159</sup>, considerano le disuguaglianze di salute all'interno della popolazione in rapporto alle classi sociali, mentre gli statunitensi, data la loro storia, incentrano il dibattito scientifico sulle disuguaglianze di salute all'interno della popolazione come prodotto delle discriminazioni etniche.

Le letterature che ho maggiormente analizzato sono state quelle statunitensi, britanniche e italiane in quanto i database<sup>160</sup> che ho consultato avevano soprattutto articoli e riviste pubblicati in quei Paesi; ho preso in considerazione anche le letterature in tema francesi (nonostante la limitatezza dei mezzi) e quella a cura di organi transnazionali come il WHO.

L'ampia letteratura inglese in materia è di natura soprattutto epidemiologica prodotta in gran parte da studiosi come Marmot, Wilkinson, Mackenbach<sup>161</sup>. Dalla fine degli anni '70 ad ora, gli studi inglesi sulle disuguaglianze di salute all'interno della società sono incentrati sulle disuguaglianze di classe sociale, secondo il principio cardine che più una persona appartiene ad una classe sociale con un basso status socioeconomico<sup>162</sup>, più ha probabilità di avere condizioni di salute svantaggiate. Sulle tematiche relative all'accessibilità ai Servizi, sembra esserci una letteratura limitata: come Autore principale, ho trovato Rose N.<sup>163</sup>, che si occupa di come le culture dell'organizzazioni interagiscano con gli utenti; riguardo a questo tema, ho trovato come riferimento anche un testo, di natura medico-organizzativa<sup>164</sup>, che illustra gli interventi condotti all'interno dell'ospedale di Bradbury per accogliere i pazienti appartenenti a gruppi sociali a rischio; la finalità principale è quella di introdurre una sorta di flessibilità medica in favore dei pazienti di gruppo sociali a rischio. Nel particolare, questo testo, prende in considerazione l'eterogeneità all'interno dell'utenza

---

<sup>159</sup> Rapporti Black (1978) e Acheson (1998) sulle disuguaglianze di salute.

<sup>160</sup> I database da me consultati sono stati: Jester, Blackwell Synergy, J-Journal, e contenevano articoli di carattere medico, antropologico e sociale.

<sup>161</sup>

<sup>162</sup> O meglio: sulla distribuzione della ricchezza nella popolazione

<sup>163</sup> Rose N., "Governing the enterprising self", in Heelas P. and Morris P., pubblicato su "The values of enterprises culture. The moral debate, Routledge, London 1992.

<sup>164</sup> Il testo è "Equality and diversity strategy 2008-2015" pubblicato Bradford Teaching hospitals in collaborazione con l'NHS, AAVV, Bradford 2008; non a caso l'ospedale che ha pubblicato lo studio, fa parte del network MFH.



ospedaliera, prendendo atto che alcuni pazienti possono risultare più svantaggiati degli altri a parità di patologia a causa di alcune determinanti, ovvero appartenenza culturale, disabilità, età e genere; questo testo si può considerare quindi come un vademecum per i propri dipendenti, finalizzato a cambiare la cultura organizzativa dell'organizzazione ospedaliera, orientandola verso un'ottica di maggiore sensibilità verso i pazienti che portano queste problematiche; da un certo punto di vista, sembrerebbe una misura molto limitata, ma in realtà è un passo fondamentale, in quanto l'obiettivo è un cambiamento diretto all'operare degli operatori, ma centrato sulla forma mentis sulla cultura organizzativa<sup>165</sup>.

La letteratura americana è soprattutto di carattere epidemiologico, e si sofferma relativamente poco sui primo migranti e sulla loro relazione con i Servizi: le disuguaglianze di salute sono soprattutto studiate, data la tormentata storia degli afroamericani, come disparità di accesso ai Servizi Sanitari rispetto all'etnia di appartenenza<sup>166</sup>. I primi studi risalgono a metà degli anni '40<sup>167</sup>. Si cerca di capire come e perché gli afroamericani, e altri gruppi "etnici"<sup>168</sup> ricevano cure di minore qualità rispetto ai pazienti bianchi, anglosassoni e protestanti anche a parità di diritti di accesso; i contributi in merito sono molti: alcuni degli Autori più citati all'estero sono R. Hummer, dell'università statale della Louisiana che si occupa anche di determinanti di salute nel processo di invecchiamento di americani di origine ispanica; W. Dressler, uno studioso di antropologia medica dell'università dell'Alabama, che si interessa di rapporti tra cultura e rischio di malattia; L. Cooper, della John Hopkins Bloomberg School of Public Health, conduce invece ricerche sia sulle barriere all'accesso, sia sull'efficacia degli interventi al Medicaid per i pazienti di colore. Molto importante anche il filone della comunicazione interculturale, trattato in particolare da Bennet e dall'associazione Peace Corps<sup>169</sup>.

I principali studiosi delle disuguaglianze di salute all'interno della comunità scientifica francese sono A. Sayad e Fassin; riguardo a Sayad, soprattutto il saggio "la malattia, la sofferenza, il corpo", pubblicato con il libro "La doppia assenza. Dalle illusioni dell'immigrato alle sofferenze dell'immigrato" (2002). In questo scritto, il sociologo algerino compie una disamina dei mutamenti dell'esperienza della malattia, della sofferenza e della percezione del corpo, che avvengono durante il processo di immigrazione (o emigrazione, a seconda di chi lo racconta), e tutte le ricadute sulla condizione dell'immigrato anche quando questi decide di tornare nel Paese di origine. Didier Fassin studia invece come, fra le disuguaglianze di salute, quelle che riguardano i migranti siano più rilevanti (2004); arriva a queste conclusioni grazie a studi empirici negli ospedali francesi (2000).

---

<sup>165</sup> Prende in considerazione un aspetto che Fassin (2005), Aletti e Padovan (2008), studieranno più a fondo, ovvero quello della flessibilità, in relazione ai bisogni/particolarità del paziente all'interno di una struttura ospedaliera.

<sup>166</sup> Molto importante in questo senso, il lavoro di Dressler.

<sup>167</sup> Montagu, *ethnic health differences*, Epidemiologic research Foundation, Boston 1945.

<sup>168</sup> Dove per etnico si intende "senso di appartenenza ad un gruppo di popolazione ben preciso"

<sup>169</sup> L'associazione Peace Corps si occupa di mediazione culturale sin dagli anni '50.

Ovviamente, anche diverse organizzazioni transnazionali hanno elaborato degli studi a riguardo: per esempio il WHO, ha approfondito il tema delle disuguaglianze di salute attraverso i lavori di Whitehead e Dhalgren, che nel loro manuale “Tackling inequalities in Health Phase 1 and Phase 2”, individuano le disuguaglianze di salute e propongono metodi per ridurle; molto importante è anche il rapporto di ricerca “caring for migrants and minority patients in European Hospitals”, a cura di A. Bischoff, pubblicato della rete HPH una branca del WHO: questa ricerca è il frutto dell’analisi delle “buone prassi” in ospedali di alcuni Paesi europei per quanto riguarda la riduzione delle disuguaglianze verso pazienti stranieri; di esso se parlerà più diffusamente in seguito.

La letteratura italiana in materia è più limitata rispetto a quella inglese e americana, ma più eterogenea: passa dagli studi di carattere epidemiologico di G. Costa e collaboratori dell’ufficio DORS Piemonte, che si sono occupati delle disuguaglianze di salute tra la popolazione in generale e successivamente tra i migranti in particolare<sup>170</sup>, agli studi di antropologia medica e culturale, sui modelli di cultura e malattia, di Geraci, Morrone e Marceca<sup>171</sup>, agli studi di etno psichiatria di Beneduce<sup>172</sup>, fino ad arrivare agli studi di natura sociologica compiuti da Tognetti Bordogna (1988, 1998, 2005, 2008), Padovan e Alietti (2000,2008), che sostengono che l’accessibilità e la fruizione dei Servizi sanitari è limitata per particolari gruppi sociali, in particolare per i migranti.

In particolare, questi ultimi Autori mi hanno colpito molto, in quanto si sono concentrati su un frame delle disuguaglianze di salute tra pazienti stranieri e pazienti italiani nell’ambito dell’accesso e fruizione dei servizi sociali e sanitari ospedaliero, un argomento che è molto contiguo al mio percorso di studi specialistico di Programmazione dei Servizi e delle Politiche Sociali.

## 5.2. il focus della ricerca

Riassumendo, si può affermare che la letteratura nazionale e internazionale individua tre teorie principali come possibili cause delle disuguaglianza di salute tra pazienti migranti (e minoranze etniche, come i “viaggianti”) e pazienti autoctoni:

- il punto di vista culturale

---

<sup>170</sup> Costa, disuguaglianze di salute in una grande città, Torino 1988.

<sup>171</sup> Costa, Morrone e Marceca, a partire dalla fine degli anni ’80 hanno costituito un’equipè che all’Istituto Dermatologico San Gallicano di Roma si occupa soprattutto di pazienti migranti rifugiati e non; da allora sono stati scritti circa una decina di libri e un centinaio di articoli su riviste varie da parte di questi Autori, quasi tutti incentrati sulla dimensione culturale dei modelli di salute malattia e sulle difficoltà all’accesso dei migranti al SSN; Marceca nelle sue ultime pubblicazioni (2007), prende in considerazione soprattutto l’aspetto della fruibilità dei servizi sanitari da parte dei migranti.

<sup>172</sup> L’assunto base dell’etno psichiatria è semplice: la psichiatria ha i suoi riferimenti basilari nella cultura “occidentale”: ellenismo, cristianesimo, illuminismo, che concorrono a formare una cornice di senso per il paziente occidentale; la terapia dovrà muoversi entro questa cornice di senso. Un paziente migrante, che arriva per esempio dall’Africa Centrale, avrà una cornice di senso diversa, e per affrontare in modo efficace la patologia, il terapeuta dovrà muoversi all’interno della cornice di senso del paziente.

- il punto di vista socio strutturale
- il punto di vista foucaltiano

Ogni filone teorico non esclude l'altro, ma cerca di analizzare lo stesso fenomeno da un altro punto di vista.

Il punto di vista culturale spiega le differenze di salute in base ai comportamenti influenzati da modelli culturali (Nulleton, 1995), affermando cioè che gli stili di vita culturalmente determinati influenzano i modelli di salute/malattia e le modalità di accesso al Servizio Sanitario (Gantley 1994, Geraci 2002).

Il punto di vista socio strutturale postula invece che le principali ragioni degli alti tassi di malattia tra le minoranze risieda nella deprivazione materiale e psicologica e nelle disuguaglianze sociali di cui sono vittime (Hartley, 1985; Nazroo, 1997; Wilkinson, 2001; Dressler 1995). Essi condividono molti degli svantaggi delle classi lavoratrici autoctone e forse “qualcosa di più”: il razzismo che sperimenterebbero quotidianamente (Kosack, 1974; Alietti e Padovan, 2000; Ingrosso, 2003).

Il terzo punto di vista, definito foucaltiano, pone il focus “sui processi di disciplinamento e governabilità degli stranieri immigrati, sottoposti a pratiche, tecniche e politiche tesi a rifondarli come soggetti nuovi, coerente con il modello di individualità e individualizzazione caratteristico dei sistemi nazionali occidentali. Ogni organizzazione istituzionale, nel compiere la sua mission istituzionale (per l'ospedale è quella di curare, per le scuole è quello di istruire), declina la sua operatività in base a concetti di efficace ed efficienza, coniugandoli con i fondamenti etici, filosofici della cultura della società, tendendo ad imporre questo modo di essere a chi entra in contatto con essa, come se fosse una “macchina disciplinatrice ed etnocentrica” (Alietti e Padovan 2008).

Questo ultimo aspetto non è voluto, ma con il costante aumento di migranti nella nostra società, sta diventando sempre più palese; in quest'ottica, le parole di Sayad (1992) che diceva “che pensare alle politiche sull'immigrazione significa pensare alle politiche dello Stato, assumono un senso ben specifico.

Come affermato prima, un punto di vista non esclude l'altro, anzi, probabilmente ognuna delle tre angolature concorre a definire meglio un fenomeno così complesso come quello delle disuguaglianze di salute tra pazienti migranti o appartenenti a minoranze, ponendosi quasi in un'ottica sistemica, dove il risultato totale delle singole disuguaglianze, è qualcosa di diverso, che comprende e amplia la semplice somma dei singoli frame: ogni categoria di disuguaglianza concorre a formare l'impatto totale della disuguaglianza sul singolo individuo, o sul gruppo sociale di appartenenza.

Verosimilmente, tra le tre concause di disuguaglianze di salute, quella che ha maggior impatto sullo stato di salute dei migranti, è quella socio strutturale, in quanto influenza tutti gli ambiti di vita e di

lavoro di una persona. Studiare in profondità questo fattore di disuguaglianze sarebbe molto complesso: si dovrebbe innanzitutto scomporre questo indice aggregato in una serie di indicatori, riguardanti ogni singolo aspetto di disuguaglianza (lavoro, abitazione, Sanità...), calcolarne l'impatto singolo e in interazione con gli altri indicatori. Una lavoro molto lungo e complesso: l'ufficio Epidemiologia della Regione Piemonte sta lavorando ad un progetto simile, però per la popolazione generale: sta studiando i determinanti di salute avversi (fumo, traffico,...) cercando di scomporre questi indicatori sintetici in singoli indicatori, cercando di trovare delle strategie per ridurli, in modo da poterle suggerire ai responsabili regionali.

Secondo me le disuguaglianze prodotte dai modelli culturali di salute e malattia, e di accesso ai Servizi, sono importanti, ma si rischia di cadere nella trappola dell'esotismo, o culturalismo, definito come eccessiva attenzione agli aspetti culturali<sup>173</sup>, dati i suoi confini incerti, processuali e spesso individuali<sup>174</sup>, quindi molto difficili da generalizzare; ridurre poi tutte le disuguaglianze di salute come prodotto della cultura del paziente, e lì trovarvi tutte le soluzioni per risolverle, sarebbe una misura riduzionistica.

Il terzo ambito di disuguaglianze individuato dalla letteratura, comprende invece le disuguaglianze prodotte dalle Istituzioni, soprattutto quelle ospedaliere, che non sono "volute" ma che sono innate all'organizzazione stessa, che hanno lo scopo di "uniformare" il paziente alla cultura della società ospitante. L'impatto delle disuguaglianze di salute dovute a disparità di trattamento, o meglio causata dalle Istituzioni "etnocentriche e disciplinatrici", sarà diverso rispetto da quello prodotto dall'ambito socio strutturale e da quello culturale: ai migranti non verrà proibito l'accesso o la fruizione delle prestazioni, ma queste prestazioni verranno fornite in modo uniforme per tutti gli utenti, a patto che tutti debbano adeguarsi a quel sistema di erogazione. È un impatto dalle caratteristiche particolari, che agisce non sui divieti, ma sulle libertà, una "leva" diversa, ma forse di maggior efficacia.

A mio parere, questa categorie di disparità possiede una caratteristica molto importante, che la rende differenti dai precedenti ambiti di disuguaglianze di salute: la produzione di queste disparità è circostanziabile (si possono delineare dei fattori e delle interazioni in modo abbastanza sicuro, al contrario dell'ambito culturale) e avviene a livello locale, a differenza dell'ambito socio strutturale, dove per le variabili che entrano in gioco sono molte e di tipo complesso: è quindi un aspetto che è

---

<sup>173</sup> Come ad esempio, la famosa "sindrome di Salgari", descritta nel capitolo 3.

<sup>174</sup> Il fattore individuale è importante perché molto spesso, quando si giunge nei Paesi di arrivo al termine di un processo di migrazione, il controllo sociale delle diverse comunità di appartenenza, data la minor coesione sul territorio nel Paese ospitante, tende a diminuire, lasciando all'individuo maggior libertà di azione. Questo aspetto è particolarmente evidente per gli appartenenti alle comunità mussulmane, che in patria fanno parte di un insieme di credenti, Umma, dal controllo sociale molto stringente, mentre nei Paesi di arrivo, quasi sempre in Paesi occidentali, questa Umma viene a mancare, e nasce l'Individuo mussulmano (Pace, 2005)

facilmente analizzabile, e modificabile, in quanto per intervenire ci si dovrà “solo” a livello dei singoli attuatori locali, responsabili dell’implementazione delle regole già presenti.

Per l’insieme di questi motivi, in questo lavoro di tesi, vorrei dimostrare empiricamente l’esistenza (o al contrario, la non esistenza), delle disuguaglianze di salute caratterizzate dalla disparità di trattamento all’interno delle strutture sanitarie, in quanto indicate dagli Autori come uno dei più potenti strumenti di disciplinamento, al fine di capirne le concause e quindi suggerire, grazie alla letteratura, delle strategie di riduzione delle stesse.

In particolare, vorrei prendere come riferimento la teoria di Alietti e Padovan, formulata a seguito di una ricerca sulle disparità di trattamento dei pazienti stranieri all’interno di due presidi ospedalieri, Ivrea e Cuorgnè, e pubblicata nell’articolo “Disuguaglianze nelle minoranze etniche: una ricerca in due presidi ospedalieri della provincia torinese”, pubblicato nel libro “disuguaglianze di salute e Immigrazione”, a cura di Mara Tognetti Bordogna. Secondo le evidenze empiriche, viene elaborata dagli Autori la teoria che i sistemi ospedalieri siano configurati in modo tale da produrre disparità di trattamento, a causa della loro cultura organizzativa etnicamente centrata; disparità di trattamento e non atti di discriminazioni “forti”.

Questa ricerca non intende proporsi come una convalida delle tesi esposte: sarebbe quanto meno azzardato dal punto di vista metodologico, e molto presuntuoso dal punto delle competenze; gli Autori a cui mi riferisco maggiormente, sviluppano queste tesi a seguito di ricerche molto complesse: Padovan e Alietti, per convalidare le tesi di Fassin, Ong (2005) e Rose (1992), hanno dovuto sviluppare un’accurata ricerca sociologica su un campione di personale medico sanitario di due ospedali simili; la mia ricerca si occupa di un campione di personale medico di un ospedale solo, quello di Novara, ed è finalizzata a dimostrare l’esistenza di disparità di trattamento e suggerire delle strategie per ridurlo.

### **5.3 gli obiettivi della ricerca**

Sintetizzando, l’obiettivo della ricerca sarà quindi quello di capire se esistono disuguaglianze di trattamento tra pazienti migranti e pazienti italiani, definendo quali sono, cercando di ipotizzarne le cause, alla luce del quadro teorico di riferimento.

Oltre a questo primo aspetto da indagare, vorrei prenderne in considerazione anche un secondo: dati i recenti cambiamenti legislativi sulle norme sanitarie in materia di pazienti migranti, con l’introduzione, nel Pacchetto Sicurezza di norme che abrogano il divieto di segnalazione di pazienti migranti non regolari da parte di operatori medico- sanitari, vorrei capire come tale norme sono viste e attuate dagli operatori stessi, cercando anche di chiarire gli effetti che stanno sortendo.

Le domande cognitive a cui dovrò trovare una risposta nel corso della ricerca, saranno quindi:

- esistono disparità di trattamento di all'interno dell'ambiente medico ospedaliero? Di che genere sono? Le teorie di Alietti e Padovan sono verificate?
- Le norme sanitarie contenute nel Pacchetto Sicurezza quale effetto stanno avendo? stanno portando a dei cambiamenti nel rapporto stranieri-salute?

## **5.4 la ricerca**

### **5.4.1. metodi e tecniche**

Per rispondere alla prima domanda cognitiva, ovvero capire se esistono o meno disparità di trattamento rispetto ai pazienti migranti, si sono analizzate diverse ipotesi di ricerca: inizialmente, per dimostrare l'esistenza di queste disuguaglianze, ho pensato di analizzare l'accesso agli ambulatori di Privato sociale volontario, come per esempio Camminare Insieme, il Sermig, la cooperativa Senza Frontiere nella città di Torino, ma erano comunque attori di Privato sociale, senza un mandato universalista e dall'alta flessibilità organizzativa; successivamente, una seconda ipotesi di ricerca, elaborata insieme al DORS di Grugliasco<sup>175</sup> è stata quella di prendere in considerazione un ambito molto ristretto, un singolo reparto, o al massimo due, di un ospedale e analizzare i dati riguardanti una o più patologie specifiche, comparando i dati dei pazienti italiani rispetto ai dati dei pazienti stranieri, e procedendo poi per inferenza a un contesto più generale. Probabilmente in questo caso, si sarebbero trovati dei dati "interessanti", ma difficilmente interpretabili senza una competenza medica e epidemiologica adeguata; in questo caso, le informazioni sarebbero state maggiormente di carattere epidemiologico che sociologico.

Si è quindi pensato ad una terza ipotesi di ricerca, ovvero utilizzare una metodologia di ricerca quali quantitativa, principalmente per mezzo di una serie di interviste semi strutturate verso testimoni privilegiati, per capire l'esistenza o meno di disparità di trattamento; l'ambito di ricerca scelto è stato l'Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore della Carità" di Novara, e si è deciso di restringere il campo di ricerca presso i reparti di Pediatria, Pronto Soccorso e l'ufficio di Servizio Sociale Ospedaliero e di Mediazione interculturale.

Per compiere questa ricerca, che poggia su elaborazioni teoriche proprie sia della sociologia dell'organizzazione, sia della sociologia delle migrazioni, che della sociologia del mutamento sociale; ho utilizzato diversi tipi di dati, sia quantitativi che qualitativi. Mi sono infatti servito di documentazione interna all'organizzazione studiata, come ad esempio dati statistici, regolamenti e

---

<sup>175</sup> Ufficio sopranazionale di Epidemiologia, il cui dirigente è Costa.

comunicazioni interne, relazioni sulle attività svolte e carta dei servizi; per raggiungere gli obiettivi prefissati dalla ricerca, ho però utilizzato principalmente la tecnica di ricerca qualitativa dell'intervista discorsiva, che possiede il pregio di consentire un'analisi basata sul confronto diretto tra i dati operativi con quelli dichiarati. Come fonte dati, ho utilizzato anche una serie di questionari, somministrati al termine di un corso di formazione ECM chiamato "migranti e salute"; per estrapolare i dati, ho semplicemente calcolato la frequenza dei risultati; dal punto di vista metodologico, il questionario mostra alcune lacune, soprattutto per quanto riguarda la validità di alcune domande e l'ordine in cui sono state poste; nonostante ciò, è una fonte dati molto utile.

#### **5.4.2 I luoghi della ricerca**

Quanto detto finora non spiega tuttavia quali siano state le motivazioni che mi hanno spinto ad adottare, come ambito di ricerca, un ospedale, e in particolare l'ospedale di Novara, invece che altre strutture sanitarie (Ambulatori, Consultori, Cliniche Private), e prendendo in considerazione alcuni reparti invece di altri. I motivi che mi hanno portato a restringere il campo di studio ad una struttura ospedaliera e successivamente a 3 unità operative sono stati diversi: in primo luogo, ho scelto come ambito di ricerca un ospedale perché è una istituzione Pubblica e ha un mandato istituzionale universale e universalista. Gli ospedali hanno un mandato per il quale devono prestare un servizio universale, nel senso che l'intervento del Servizio Sanitario Nazionale deve partire dalla prevenzione e deve farsi carico dell'intervento di cura e della riabilitazione, e universalista nel senso che lo deve erogare a tutti gli individui, come dispone l'articolo 32 della Costituzione, senza distinzioni di sorta. Il carattere universalista garantirebbe inoltre l'assenza di discriminazioni verso i pazienti stranieri, in quanto sarebbero trattati, a parità di patologia, nello stesso modo dei pazienti italiani, anche per merito della cultura professionale degli operatori medico sanitari, storicamente orientata al curare, non operando distinzioni sociali, etniche o di sorta. Questo trattare da uguali tutti, può risultare in alcuni casi, molto pericoloso: considerare uguale chi uguale non è potrebbe essere fonte di ingiustizie<sup>176</sup>, in quanto non si considerano le posizioni di partenza di alcune fasce di pazienti, che possono essere tanto sfavorevoli da rendere meno efficaci le cure. Secondo alcuni studi interni all'ospedale di Novara<sup>177</sup>, a parità di patologie rispetto ad un paziente italiano, un paziente straniero tende a passare meno giorni ricoverato; inoltre già dai dati epidemiologici nazionali del 2004 sui pazienti stranieri, per i pazienti maschi adulti vi è un tasso di day hospital maggiore rispetto ai pazienti italiani<sup>178</sup>, fenomeno che potrebbe avere molte spiegazioni, tra cui le

---

<sup>176</sup> Don Milani, sacerdote di Barbina, Lettera a una maestra.

<sup>177</sup> Dato tratto dall'articolo "la salute dei pazienti stranieri nella Provincia di Novara", a cura di B. Zappulla, 2007.

<sup>178</sup> Cfr paragrafo sulle tabelle sanitarie capitolo 3.

dimissioni troppo precoci dai ricoveri ordinari, non solo a causa delle dimissioni anticipate prescritte dai medici, ma “per colpa” dei migranti che chiedono di essere dimessi prima, a causa rischio di essere licenziati dal posto di lavoro: ogni giorno di ricovero significa avere più probabilità di essere licenziati. Vi sono poi grossi dubbi da sciogliere nell’ambito dell’efficacia dell’alleanza terapeutica; trattare da eguale chi eguale non è, costituirebbe quindi un nodo molto critico del Servizio Sanitario Nazionale, e di non facile risoluzione, in quanto per affrontarlo, si dovrebbero introdurre elementi di flessibilità all’interno di un lavoro di routine come quello medico infermieristico<sup>179</sup>.

Il secondo motivo della scelta, è stato perchè un ospedale è un “luogo di scontro” in cui l’organizzazione interna è espressione di un sistema culturale ben determinato, in cui i ruoli (primario, medico, infermiere, paziente, malato, familiari del malato) e le interazioni tra gli attori sono ben codificate e posti all’interno di una cornice culturale ben determinata; per i pazienti che non aderiscono a questa cultura, o ne condividono solo alcuni elementi possono sorgere delle problematiche nei rapporti di cura. Si pensi, per esempio, ad un’esperienza di ricovero di un paziente straniero: in questo caso, il paziente dovrà mettere in campo le proprie pratiche sui modelli di salute/malattia, di cura del corpo, di sick role, di rapporti uomo-donna, di consuetudini alimentari e religiose...che verranno ad impattarsi sui corrispettivi della cultura occidentale- italiana adottata dall’ospedale.

La parziale alterità del paziente straniero, non è solo costituita dalle pratiche culturali, che è bene sempre ricordarlo, possono cambiare nel tempo e di altri fattori, ma è costituita anche dalle particolari condizioni di vita e di lavoro, che condizionano i suoi tempi di vita e di lavoro.

Ho esaminato e scartato altri ambiti di ricerca, sia Privati (Cliniche, Ambulatori per migranti non regolari) e Pubblici, come i Consultori. Gli Ambulatori per migranti non regolari sono una realtà presente sul territorio metropolitano di molte città, ma teoricamente, secondo ciò che dice la letteratura, dovrebbero fornire servizi più flessibili data la loro struttura organizzativa, essendo progettati per un target di utenti ben preciso; i Consultori pubblici, istituzione fondamentale della Sanità Pubblica sul territorio, hanno un’utenza ben definita, e chi li frequenta, spesso è già socializzato/a in parte al Servizio Sanitario Nazionale.

Un presidio ospedaliero, per tutti i motivi sopra elencati, è sembrato il punto più adatto di osservazione per capire come il concetto dell’inclusività e parità di trattamento, contenuto nella ratio delle norme sanitarie dei migranti, sia effettivamente implementato in un ambito operativo. Conoscere gli eventuali nodi critici nel ricovero di pazienti migranti è anche importante per un

---

<sup>179</sup> Questo nodo critico sarebbe stato già riconosciuto, ad esempio, nel sistema sanitario inglese, in quanto una pubblicazione, a cura dell’ospedale di Bredford e del NSH, pone come obiettivo l’aumento della sensibilità del personale su questo aspetto.



motivo di efficienza organizzativa: se esistono delle inefficienze, allora queste generano automaticamente sprechi, che possono portare a cure improprie e inefficaci, e a ricoveri multipli per uno stesso paziente.

Individuato l'ambito generale di ricerca, è stato necessario individuarne un ospedale in particolare; per una serie di ragioni, alcune scientifiche, altre più eminentemente pratiche, la scelta è ricaduta sull'Azienda ospedaliera "Ospedale maggiore della Carità" di Novara, presidio medico di Novara.

I motivi della scelta sono stati diversi: innanzitutto era necessario scegliere un ospedale che avesse un considerevole numero di pazienti stranieri, un ampio numero di reparti, e che operasse su un ampio bacino di utenza, per aumentare la variabilità dei casi: a questo punto, in Piemonte erano disponibili almeno tre alternative: l'Azienda Ospedaliera "Giovanni Battista le Molinette di Torino", l'ospedale Pediatrico Regina Margherita, e l'ospedale Maggiore di Novara. L'ospedale Regina Margherita è stato preso in considerazione per l'alto numero di pazienti migranti, di prima o seconda generazione, ma data la sua specificità di cura per i minori, è stato scartato: era necessario un ospedale dove i pazienti migranti fossero presenti in più reparti, con probabili maggiori difficoltà da parte del personale medico sanitario dal punto di vista delle presa in carico dei pazienti. L'Azienda Ospedaliera Le Molinette e il Maggiore di Novara erano entrambi candidati ideali: grandi (rispettivamente il primo e il secondo ospedale piemontese), con un ipotetico numero elevato di pazienti stranieri<sup>180</sup>, e un ampio bacino di utenza. Questo bacino di utenza presentava però caratteristiche diverse: quello legato alle Molinette, verosimilmente era maggiormente legato all'area metropolitana della cintura di Torino, mentre quello di Novara comprendeva più aree, essendo la città situata vicino alla Provincia di Alessandria, Vercelli (Val Sesia compresa) e confinante con la cintura di Milano est; vi si trovava quindi una maggiore eterogeneità di situazioni. La reale discriminante è stata però costituita da ragioni pratiche: durante il mio corso di studi triennale in Scienze del Servizio Sociale, presso l'Università del Piemonte Orientale, sede di Novara: al terzo anno del corso, mi fu assegnata come sede di tirocinio l'ufficio di Servizio Sociale ospedaliero presso l'ospedale Maggiore di Novara. Nel corso del tirocinio, potei stringere delle significative alleanze con l'ufficio di Servizio Sociale, l'ufficio di Mediazione Linguistico Culturale, e la Direzione Sanitaria. La scelta è quindi ricaduta sull'ospedale Maggiore, dove potevo contare più alleanze, e dove contavo di muovermi meglio.

Scelto il focus di ricerca, l'ambito di ricerca, il contesto specifico, è stato necessario "zoomare il campo", per definire meglio i contorni della ricerca, si è scelto come criterio di prendere in

---

<sup>180</sup> I dati sull'accesso alle strutture sanitarie in Piemonte, sono in possesso dell'Ufficio Epidemiologia ASL 2 To, sede di Grugliasco; dopo aver avuto accesso ai dati, ci si è accorti di alcune lacune, per cui i dati sui migranti in particolare, non erano attendibili e pertanto non si è potuto capire quale ospedale avesse il maggior numero di pazienti migranti, ma verosimilmente, il primo e il secondo ospedale della regione dovevano avere il maggior numero di pazienti migranti.

considerazione solo i reparti che in base alla letteratura avessero molto a che fare con i pazienti stranieri.

Si è quindi scelto di studiare nel particolare tre unità operative ospedaliere: la loro composizione, il lavoro con i pazienti in generale, il lavoro con i pazienti migranti e gli eventuali nodi critici del lavoro con loro e con i familiari. Come primo ambito specifico, si è scelto Pediatria: nella letteratura, è indicato come un reparto in cui vi è un alto tasso di pazienti migranti, e dove dovrebbero emergere le difficoltà di rapporto tra operatori medico sanitari e familiari dei pazienti, visto che il paziente è un minore, spesso appena nato, e i familiari, anche giunti da poco in Italia, possono non socializzati del tutto o in parte, alle regole del SSN, con problemi di comprensione non solo comunicativa ma anche culturale con il personale medico infermieristico e con le regole del reparto. Nel particolare, ho potuto ottenere la possibilità di studiare a fondo il Nido Pediatrico sotto la direzione del Professor Zaffaroni.

Come secondo ambito è stato individuato nel Pronto Soccorso: anche questo reparto è la letteratura come “interessante”: in esso vi è un alto, anzi altissimo tasso di accessi di migranti<sup>181</sup>, e luogo in cui emergono con forza i problemi causati dalla comunicazione e dal carattere emergenziale del servizio, dal “qui ed ora” richiesto, a volte preteso dai pazienti o da chi lo accompagna e dalle risposte erogabili dagli operatori, dalle regole del triagè.

Il terzo e ultimo ambito di indagine, è stato l’ufficio di Servizio Sociale ospedaliero e di Mediazione Interculturale: non indicato dalla letteratura, sapevo, a ragione del mio tirocinio, che i pazienti/utenti migranti, costituivano una buona parte del lavoro delle Assistenti Sociali, oltre al fatto che le mediatrici linguistiche culturali, le operatrici che di facto danno un grosso supporto al lavoro con pazienti stranieri erano inserite in organico all’interno del loro ufficio.

### **5.4.3 lo strumento dell’intervista**

Ho deciso di strutturare le interviste secondo tre direttrici principali, che in parte si possono ritrovare anche nelle interviste eseguite al personale intervistato.

- La prima direttrice di osservazione è stata relativa alla produzione e il mantenimento dell’insieme delle pratiche organizzative che determinano la cultura dell’organizzazione stessa: ruolo all’interno dell’organizzazione, linguaggio, riti, e interazioni: ho tentato, insomma, di scattare una “fotografia” delle caratteristiche dell’organizzazione.

---

<sup>181</sup> Visto che, come evidenziato in precedenza nel capitolo 2, i migranti spesso non sono socializzati al corretto uso del PS, o semplicemente non possono fare a meno di utilizzarlo con queste modalità.

- La seconda direttrice si è focalizzata sugli aspetti problematici del rapporto con il paziente migrante, non solo andando ad indagare la dimensione della comunicazione, ma anche su altre dimensioni.
- La terza e ultima direttrice d'indagine, è stata sulle valutazioni dei diversi operatori in merito alle norme sanitarie contenute nel Pacchetto Sicurezza.

Operativamente, nel periodo della mia permanenza sul campo (1 mese circa), ho svolto un totale di 12 interviste. Ho scelto di intervistare due dei tre attori principali che influenzano il rapporto stranieri-Servizio Sanitario Nazionale: personale amministrativo e personale medico. Non ho invece intervistato nessun paziente migrante perché intervistare un campione significativo di migranti pazienti/utenti di 3 unità operative sarebbe stato molto complesso (secondo quali criteri avrei effettuato il campionamento?) e anche molto lungo a fronte di un tempo limitato; ci sarebbero stati poi dei nodi critici riguardanti la possibilità di intervistare i pazienti anche facendo ricorso ai dei gate keeper come i mediatori culturali.

L'obiettivo delle interviste è stato quello di costruire una cornice di senso sul lavoro con i pazienti migranti che tenesse conto dei diversi punti di vista, come fossero diverse tessere di un puzzle.

Gli operatori amministrativi intervistati sono stati in tutto 5: 2 Assistenti Sociali e 3 Mediatrici Linguistico Culturali (tutte e cinque femmine); le interviste al personale sanitario sono state in tutto sette: 1 Dirigente Sanitario, 2 Dirigenti Medici (entrambi maschi), 4 Infermieri Professionali (tre femmine e un maschio); la durata media delle interviste è stata di circa mezz'ora.

Il gruppo più numeroso di operatori che si è scelto di intervistare, è stato quello degli infermieri professionali, in quanto, in corsia sono loro ad avere un rapporto quotidiano con il paziente e la sua famiglia, e quindi ho voluto comprendere meglio cosa comportava questo aspetto; due infermieri professionali per reparto non sono un campione significativo, ma per intervistarli ho trovato diverse difficoltà, innanzitutto in materia di tempo, in quanto quando erano in reparto erano sempre oberati di lavoro ( e quindi tutte le interviste sono state realizzate a fine turno). Originariamente, è stato anche progettato di effettuare dei focus group con gli infermieri, ma sempre per ragioni di tempo e disponibilità, non è stato possibile effettuarli.

L'intervista realizzata con le Assistenti Sociali è stata di gruppo, in quanto intervistarle una alla volta sarebbe stato, dal punto di vista dei tempi, problematico e inoltre mi era stata offerta la possibilità di intervistarle entrambe nel loro studio; in quell'occasione, ho cercato di condurre in modo corretto l'intervista, facendo parlare entrambe le AS per uno stesso periodo di tempo sullo stesso argomento, cercando così di ottenere più informazioni possibili; tutte le interviste sono state registrate su un supporto digitale, previo consenso dell'intervistato, al quale è stato assicurato l'anonimato.

Le interviste realizzate<sup>182</sup> sono state delle interviste in profondità, semi-strutturate: grazie a questa struttura, l'intervista segue sì uno schema di domande predefinite, ma non vincolate in ordine di discussione, in modo da far compiere ragionamenti all'intervistato sull'oggetto dell'intervista, e facendo quindi iniziare una narrazione invece che una fredda serie di risposte<sup>183</sup>.

A livello di struttura, è stata realizzata una griglia di spunti di discussione comuni a tutti gli operatori, con delle opportune variazioni al quarto punto.

Nella prima parte dell'intervista è stato richiesto all'intervistato di esporre le proprie attività e i compiti all'interno dell'organizzazione. Nella seconda parte, incentrata sulle disuguaglianze di salute, ed è stato richiesto di esprimere le proprie valutazioni su 4 nodi critici del rapporto paziente-struttura sanitaria individuate dalla letteratura internazionale<sup>184</sup>, ovvero comunicazione, sensibilizzazione del personale medico-sanitario, empowerment del paziente, necessità di monitoraggio dati.

Nella terza parte delle interviste, ho richiesto all'intervistato di chiarire i rapporti con i pazienti stranieri, e con le loro famiglie in corsia/ufficio: una domanda aperta, non però di controllo sulle precedenti, ma orientata a far narrare vissuti, aneddoti, che teoricamente, a quel punto dell'intervista, sarebbero dovuti emergere.

La quarta parte dell'intervista ha un tema comune per tutti gli intervistati: in essa si chiede la presenza/assenza del lavoro di equipe in casi di pazienti migranti, di come venisse gestita, e se fossero emerse criticità; essa varia però da figura professionale a figura professionale: alle Assistenti Sociali è stato chiesto se collaboravano con le Mediatrici Linguistico Culturali, e con i Medici; alle Mediatrici, è stato chiesto se collaboravano con le Assistenti Sociali e gli operatori medico sanitari; ai Dirigenti Medici, è stato chiesto se collaboravano con le Assistenti Sociali e le Mediatrici, agli infermieri Professionali è stato chiesto se collaboravano con le Mediatrici. Alla Dirigente Sanitaria, è stato invece chiesto di delineare uno sguardo di insieme sul lavoro di equipe.

La quinta e ultima parte dell'intervista ha invece avuto come elemento di discussione il parere tecnico dei diversi operatori riguardo Pacchetto Sicurezza, in particolare le norme sanitarie: cosa ne pensavano, e come all'interno dell'ospedale era stata recepita la norma.

#### Schema 1: schema delle interviste

Parti dell'intervista	Figure professionali				
	Assistente	Mediatrici	Dirigenti	Infermieri	Dirigente

<sup>182</sup> Lo schema completo delle interviste si trova in appendice.

<sup>183</sup> Cardano M., Tecniche di ricerca qualitativa, Carocci editore.

<sup>184</sup> Sulle ragioni di questa scelta, ne parlerò analiticamente successivamente.

	<b>Sociale</b>	<b>Culturali</b>	<b>Medici</b>	<b>Professionali</b>	<b>Sanitario</b>
1° parte	Presentazione attività	Presentazione attività	Presentazione attività	Presentazione attività	Presentazione attività
2° parte	Nodi critici rapporto paziente migrante- struttura sanitaria	Nodi critici rapporto paziente migrante- struttura sanitaria	Nodi critici rapporto paziente migrante- struttura sanitaria	Nodi critici rapporto paziente migrante- struttura sanitaria	Nodi critici rapporto paziente migrante- struttura sanitaria
3° parte	Rapporto con paziente/ famiglia migrante	Rapporto con paziente/ famiglia migrante	Rapporto con paziente/ famiglia migrante	Rapporto con paziente/ famiglia migrante	Rapporto con paziente/ famiglia migrante
4° parte	Collaborazioni con altre figure professionali	Collaborazioni con altre figure professionali	Collaborazioni con altre figure professionali	Collaborazioni con altre figure professionali	Sguardo d'insieme
5° parte	Parete tecnico su Pacchetto Sicurezza	Parere tecnico su Pacchetto Sicurezza	Parere tecnico su Pacchetto Sicurezza	Parere tecnico su Pacchetto Sicurezza	Parere tecnico su Pacchetto Sicurezza

Durante le interviste ho trovato anche alcune difficoltà, soprattutto legate al fattore temporale: per portare avanti le interviste, ho tuttavia adottato una serie di accorgimenti, almeno per gli Infermieri Professionali, in quanto nella fase di negoziazione delle interviste, ho incontrato alcune difficoltà ad intervistarli, difficoltà soprattutto di ordine temporale: l'idea iniziale era quella di costituire un focus group con tre infermieri per ogni reparto, per parlare insieme a loro specificatamente dei temi legati ai nodi critici della presa in carico del paziente migrante.

- Evitare di nominare la parola “intervista”, ma usare l'espressione “fare due chiacchiere”, “fare un paio di domande”, o simili. Ciò non aveva lo scopo di ingannare nessuno, ma di vincere resistenze, dubbi e far capire all'interlocutore che avrebbe perso solo poco tempo;
- Evidenziare che ero un ricercatore dell'Università
- Dare dei rimandi sulla loro attività all'interno del sistema ospedaliero, cercando di adottare di termini tecnici a loro noti.

#### **5.4.4 Come individuare le disuguaglianze di salute?**

Individuato il focus della ricerca, scelto l'ambito generale di ricerca sul campo, ristretto l'ambito e individuati i testimoni privilegiati e le tecniche di ricerca ottimali, come individuare l'esistenza di disparità di trattamento in corsia? Formulare domande adeguate e non tendenziose è stata forse una

delle parti più ardue del lavoro di tesi. Data la complessità del fenomeno da indagare, per orientare le domande delle interviste, è stato necessario trovare una cornice cognitiva di riferimento: l'arte di fare buone domande è complessa, e quando si vanno ad indagare campi dai confini diafani, è necessario avere con sé un "bussola"; per trovare un valido riferimento, si è analizzata ancora una volta la letteratura di settore.

Il testo "Caring for migrant and minority patients in European Hospitals" si è rivelato fondamentale per trovare le "buone domande": in esso vengono riportate, le "buone prassi" contro le disuguaglianze all'interno degli ospedali, individuate dopo un'ampia revisione della letteratura in materia di diversi Paesi europei e extraeuropei (Belgio, Francia, Svizzera, Inghilterra, Australia, USA, Canada). L'approccio scelto dai curatori del rapporto è di natura multidimensionale, in quanto hanno tenuto conto della complessità del problema e della conseguente necessità di studiare risposte altrettanto multidimensionali, anche in modo che potessero generare delle interazioni positive l'una con l'altra.

Le aree di intervento proposte non riguardano un aspetto in particolare, come ad esempio le difficoltà di comunicazione linguistica e culturale, o inerenti alla formazione del personale, ma diversi aspetti interagenti l'uno con l'altro.

In sintesi, le buone prassi individuate nel rapporto riguardano 4 aree principali:

- la comunicazione
- l'interesse da parte degli operatori sanitari verso il paziente
- l'empowerment del paziente
- il monitoraggio dei risultati

Per ogni categoria, gli Autori individuano una prima parte esplicativa del problema, una seconda che prevede di mettere a fuoco i punti critici e una terza che suggerisce strategie di intervento<sup>185</sup>.

La comunicazione è posta come primo dei punti critici, perché è il punto problematico più citato all'interno della letteratura esaminata; è infatti evidente che le barriere di linguaggio hanno un effetto negativo rispetto all'accesso ai Servizi Sanitari, alla qualità della cura, alla soddisfazione del paziente e infine sullo stato di salute dello stesso.

Gli Autori, individuano 7 aree critiche inerenti alla comunicazione entro cui concentrarsi:

1. l'anamnesi;
2. il periodo di cura/ricovero;
3. il follow up;
4. l'aderenza alle cure, o compliance;
5. la prevenzione;

---

<sup>185</sup> Questa parte è denominata policies: ovvero provvedimenti presi in un'ottica di governance del fenomeno.

6. la soddisfazione del paziente;
7. l'impiego dei parenti come interpreti

Le policies suggerite per ridurre e superare queste barriere sono principalmente 3:

- l'aumento del personale medico bilingue;
- l'aumento dei pazienti che parlano la lingua nazionale;
- l'introduzione di un mediatore linguistico

La seconda questione messa sul tappeto è la sensibilità (responsiveness), intesa sia come sensibilità/attenzione al background socio-culturale e ai bisogni specifici dei pazienti delle minoranze etniche.

L'area critica individuata in merito è una sola, ma molto complessa, ovvero la difficoltà a rispondere in modo efficace dal punto di vista medico-sanitario alle diverse minoranze di popolazione, in quanto, secondo la letteratura presa in considerazione, i bisogni dei migranti potrebbero dipendere da molti fattori oltre quelli ordinari: la storia della loro migrazione (intesa, probabilmente come avversità a cui hanno dovuto far fronte), dal loro status politico legale, dalle loro possibili esperienze di violenza (specie se rifugiati politici), dai differenti livelli di istruzione e di health literacy, dalle diverse credenze religiose, dai differenti stili di alimentazione, dalla diversa socializzazione ai servizi: da tutti gli aspetti socio-culturali.

I Servizi Sanitari possono reagire in due modi rispetto alla complessità posta da una utenza multiculturale: possono adottare un approccio universalista, ovvero stessi servizi per tutti, oppure un approccio particolarista, ovvero interventi mirati verso differenti gruppi e comunità.

Le policies suggerite per migliorare questo aspetto sono diverse:

- strategie cliniche per condurre interviste mediche sensibili degli aspetti culturali;
- adozione di un approccio centrato al paziente per i pazienti migranti/appartenenti a minoranze;
- adozione di una anamnesi che tenga conto della storia individuale<sup>186</sup> in un'ottica transculturale;
- formazione del personale medico sanitario all'assistenza delle persone con culture diverse;
- valutazione della diversità<sup>187</sup>;
- corsi di formazione in medicina interculturale;
- attenzione particolare ai significati dell'evento della nascita

---

<sup>186</sup> Ovvero la conduzione di una anamnesi ordinaria rivolta a un target migrante: biografia, modelli di accudimento dei figli, capire i modelli di salute e malattia e alimentazione, pratiche religiose, ambiente di vita e di lavoro, ruolo della famiglia nel sick role, storia della migrazione.

<sup>187</sup> Con questo aspetto gli Autori vogliono "mettere in guardia" gli operatori sanitari dal razzismo, incoraggiando l'auto riflessione sugli aspetti della propria cultura.

Per essere veramente efficaci, gli interventi verso i migranti dovrebbero coinvolgere i pazienti stessi, incentivandoli ad assumere un ruolo attivo per contribuire ad identificare bisogni, risorse e barriere all'interno della comunità. In quest'ottica i pazienti sono visti come membri di una comunità, e giocano un ruolo fondamentale nella stessa, fungendo da osservatori privilegiati; mentre la comunicazione è la più urgente area di intervento, e la sensibilità culturale è un passo importante verso i pazienti migranti, l'empowerment fa compiere un passo in avanti rispetto alla qualità degli interventi, in quanto conferisce potere ai pazienti e li rende capaci di prendersi cura della loro salute. Mentre la sensibilità culturale implica una azione passiva nei confronti dei pazienti, l'empowerment riguarda la dimensione del divenire, dell'acquisire conoscenza e potenziale capacità di agire: empowerment, in questo caso vuol dire ricevere una educazione sanitaria e una socializzazione all'uso corretto dei Servizi, per mettere in grado i pazienti di porre questioni pertinenti, e discutere sulle conseguenze delle cure. Idealmente, l'empowerment dovrebbe rendere capace i pazienti di diventare dei partner attivi nelle terapie di cura.

Il nodo critico è costituito dal fatto che la mancanza di advocacy, intesa come mancanza di alleanza terapeutica tra paziente e operatore medico sanitari, rende il rapporto medico-paziente molto asimmetrico, dove lo stesso è visto come un soggetto passivo; vi è inoltre una limitazione della libertà di scelta. In questo ambito, la mediazione non solo linguistica è fondamentale, poiché in presenza di una mediazione anche culturale compiuta da un terzo, entrambi i soggetti possono comprendere i reciproci framework culturali, e cercare quindi una mediazione. In questo caso, il paziente non è più solo un attore passivo del processo di cura, ma un co attore in grado di scegliere insieme al medico cosa è meglio per lui.

Le politiche da adottare, secondo il rapporto sarebbero:

- advocacy come mezzo di empowerment
- consenso informato multilingue

La prima strategia si basa sull'assunto che, data la presenza di pazienti di provenienza diversa, probabilmente saranno adottati modelli di salute e malattia diversi, con conseguenti incomprensioni tra medico e paziente: per ovviare a questo problema, l'applicazione di questa policy, prevede l'impiego dei mediatori linguistici, già individuati come risorse per i problemi inerenti alla comunicazione, anche come mediatori culturali, in grado anche di condurre una azione di advocacy verso i diritti del malato, informandolo sui propri diritti. La seconda strategia individuata per aumentare l'empowerment del paziente, è adottare il consenso informato multilingue: nel rapporto, questa misura è definita come uno dei fattori chiave per la costruzione della fiducia col paziente, oltre a servire come mezzo di empowerment: informa il paziente, e lo mette in grado di assumere



decisioni sulla propria salute; ovviamente dovrebbe anche essere “tradotto” dal punto di vista culturale.

L'ultima tematica affrontata dal rapporto, è il monitoraggio, inteso come analisi dei dati demografici e epidemiologici; ovviamente, in mancanza di dati, non si possono programmare servizi efficaci ed efficienti in particolare per fenomeni come quello migratorio che presentano una dinamicità molto elevata. I curatori, sempre attraverso la disamina di una ampia letteratura, hanno poi rilevato alcune specificità di trattamento dei pazienti stranieri o di minoranze rispetto ad altri pazienti:

- ricevono meno cure dentarie;
- Per loro vi è un minor ricorso a mammografie;
- Ricevono meno retrovirali per infezione da HIV;
- In caso di malattie mentali, ricevono un maggior numero di diagnosi sbagliate e quindi più trattamenti inadeguati

**Schema 2: riassunto dei nodi critici che il pazienti migrante trova all'interno della struttura ospedaliera.**

Aree	Problemi	Strategie individuate da WHO
Comunicazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicazione;</li> <li>• Anamnesi;</li> <li>• Periodo cura/ricovero;</li> <li>• Follow up;</li> <li>• Compliance;</li> <li>• Prevenzione;</li> <li>• Customer satisfacion;</li> <li>• Impiego dei parenti come traduttori</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumento personale medico sanitario bilingue</li> <li>2. Aumento numero di pazienti bilingue</li> <li>3. Introduzione mediatore linguistico</li> </ol>
Sensibilità per i pazienti stranieri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non considerazione delle peculiarità del paziente straniero</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anamnesi culturalmente competente del paziente</li> <li>2. Adozione di un approccio centrato sul paziente</li> <li>3. Valutazione diversità</li> <li>4. Corso di formazione di medicina transculturale</li> <li>5. Attenzione particolare evento nascita</li> </ol>
empowerment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• minor efficacia del trattamento terapeutico</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. advocacy come mezzo di empowerment</li> <li>2. traduzione del consenso informato</li> </ol>

	data minor alleanza terapeutica	
monitoraggio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• se manca monitoraggio, manca programmazione dei servizi</li> </ul>	1. analisi epidemiologica dei dati inerenti ai pazienti migranti

Data la completezza del rapporto e la sua autorevolezza, frutto di un lungo lavoro di revisione della letteratura internazionale, si è scelto di utilizzare queste dimensioni per circostanziare l'analisi delle disparità di trattamento nel corso delle interviste: se un intervistatore ponesse la domanda aperta "secondo lei esistono disuguaglianze di salute tra pazienti migranti e pazienti italiani, e se sì, quali", porrebbe all'intervistato un quesito dai contorni troppo vaghi, mentre se si circostanziasse l'ambito della discussione su queste 4 direttrici, aspetti sui quali la letteratura prende in considerazione come aspetti critici del rapporto stranieri-sistema sanitario, da un lato si potrebbero perdere informazioni che non riguardino questi 4 aspetti, ma dall'altro si guadagnerebbe in concretezza delle risposte. Si è deciso quindi di chiedere ad ogni operatore cosa pensasse nell'ambito del paziente migrante rispetto alla **comunicazione**, al **comportamento del personale**, all'aspetto dell'**empowerment** del paziente e all'aspetto del **monitoraggio dati**, di quale fosse la situazione attuale e di cosa andasse fatto.

### 5.5 Il Pacchetto sicurezza e salute

Per rispondere alla seconda questione posta dalla ricerca, ovvero capire se le norme contenute nel Pacchetto Sicurezza hanno portato a cambiamenti nel ricorso al Servizio Sanitario Nazionale da parte dei migranti non regolari, ho utilizzato dati sia qualitativi che quantitativi. I dati qualitativi sono stati ottenuti tramite le risposte all'ultima parte delle interviste, che era formata da due parti: una prima parte nella quale si chiedeva cosa gli intervistati ne pensassero, dal punto di vista tecnico, delle norme introdotte, se effettivamente servissero ad aumentare la sicurezza della Società, e una seconda parte, nella quale ho chiesto quali effetti stavano sortendo le norme, data la loro natura di testimoni privilegiati del fenomeno.

Dal punto di vista quantitativo, data il carattere recente delle norme, non potuto far molto: ho pensato però di prendere in considerazione, grazie al Centro informatico ospedaliero (CEDAP), i dati proxy degli accessi in Pronto Soccorso da parte dei migranti non regolari da agosto a ottobre,

confrontandoli con una serie storica dello stesso periodo che va dal 2005 al 2008. Grazie alla sintesi di questi dati, ho cercato di rispondere adeguatamente alla seconda questione posta dalla tesi.

Ho scelto come punto di osservazione privilegiato il Pronto Soccorso perché è un punto teoricamente molto sensibile, in quanto molto frequentato da migranti non regolari, il target principale dei provvedimenti di riforma

## **5.6 Sintesi della ricerca**

L'obiettivo della tesi sarà quindi rispondere a questi due quesiti:

- esistono le disuguaglianze di salute all'interno dell'ambiente medico ospedaliero? Di che genere sono?
- Le norme sanitarie contenute nel Pacchetto Sicurezza quale effetto stanno avendo? stanno portando a dei cambiamenti nel rapporto stranieri-salute?

Per trovare delle risposte, adeguate, studierò a fondo 3 unità operative dell'ospedale di Novara nel loro lavoro con il paziente straniero: l'ufficio di Servizio Sociale e della Mediazione Culturale, il reparto di Pediatria e il reparto di Pronto Soccorso. L'analisi avverrà tramite tecniche quali-quantitative, in particolare tramite lo strumento delle interviste semi strutturate a 12 operatori.

## **CAPITOLO 6**

### **IL CONTESTO LOCALE**

#### **6.1. Le norme regionali su stranieri e salute**

Oltre alle vigenti norme nazionali sulla disciplina dell'immigrazione, la Regione Piemonte ha sin dal 1989 prodotto una serie di norme aggiuntive sulle tematiche legate alla migrazione: la legge 64/1989, la legge di riforma dei servizi socio sanitari 1/2004, una serie di circolari regionali e i Piani Socio Sanitari regionali.

La legge regionale sulla disciplina delle migrazioni, è la n°64/1989 intitolata “Interventi urgenti in favore agli immigrati extra comunitari residenti in Piemonte e delle loro famiglie”; essa riprende la normativa nazionale del 1986 sull'immigrazione<sup>188</sup>; l'obiettivo formale è quello di promuovere l'integrazione tra vari Enti locali al fine di “favorire l'integrazione nella comunità italiana di lavoratori extra comunitari e delle loro famiglie” (articolo 8 comma i); riguardo al rapporto tra stranieri e salute, dato che la riforma del Titolo V° della Costituzione, sarebbe avvenuta solo nel 2001<sup>189</sup>, le norme in materia sanitaria sono vaghe; teoricamente, questa è legge vigente, ma di facto è stata superata dalla legge regionale 1/2004.

---

<sup>188</sup> Ovvero la ratifica del trattato OIL

<sup>189</sup> Riforma che avrebbe assegnato autonomia alla Regione per quanto riguarda la Sanità

La legge regionale 1/2004, che prevede come destinatari degli interventi i cittadini stranieri e particolarmente i minori non accompagnati (artt. 22 comma 2 e 45).

Oltre a questi strumenti normativi, la Regione Piemonte ha adottato una serie di Circolari regionali che sono andate a completare il quadro normativo sancito dalla Testo Unico sull'immigrazione in materia di salute, come per esempio la continuità assistenziale per i migranti non regolari diabetici. Più recentemente, appena prima dell'entrata in vigore della legge 96/2009, l'Assessore Regionale Eleonora Artesio, ha diramato una Circolare<sup>190</sup>, diretta ai Direttori Generali delle strutture ospedaliere e ai responsabili dei Centri Isi, nella quale segnala la validità del divieto di segnalazione per i pazienti STP, norma ancora vigente secondo le disposizioni contenute nel Testo Unico sull'immigrazione, e non abrogata dalla nuova legge.

La Regione Piemonte, oltre agli strumenti normativi "ufficiali", ha utilizzato anche i Piani Socio Sanitarii 2004-2007 e 2007-2010 per promuovere l'integrazione; in questi strumenti di programmazione, gli stranieri sono visti sia come destinatari prioritari degli interventi (soprattutto donne e minori), sia come importanti attori del welfare mix piemontese, per il ruolo svolto dalle badanti e dalle colf: l'immigrazione è vista quindi come un fenomeno complesso, e non stereotipato; i migranti sono sì parte passiva, ma anche attiva della nostra società. Nel Piano Regionale viene inoltre riconosciuto e valorizzato il ruolo degli sportelli ISI.

Nel giugno del 2009, la Giunta Regionale, ha deliberato un DDL di riforma, che prevede ampie modifiche ispirandosi a una logica di maggiore inclusività

La ratio di questa azione è quella di garantire la tutela della Salute Pubblica, che come affermano molti tecnici sanitari, potrebbe essere messa a rischio dalla legge 96/2009; oltre ad una motivazione inerente alla salute pubblica, vi è anche una logica di tutela dell'equità del Servizio Sanitario Nazionale, la cui mission è semplicemente quella di curare le persone malate.

## **6.2 Aspetti generali della migrazione in Piemonte**

Al primo gennaio 2009, gli stranieri residenti in Italia erano secondo l'Istat 3.891.298<sup>191</sup>. Questo dato è il risultato di un aumento di ben il 16.8% rispetto all'anno precedente: "si tratta dell'incremento più elevato mai registrato nel corso dell'immigrazione del nostro Paese, da imputare al forte aumento degli immigrati di cittadinanza rumena che sono cresciuti nel 2008 di 283.078 unità<sup>192</sup>"; sempre secondo l'Istat, il Piemonte ha 351.112 residenti stranieri regolari, con

---

<sup>190</sup> Protocollo 1424/UC/SAN del 16/07/09.

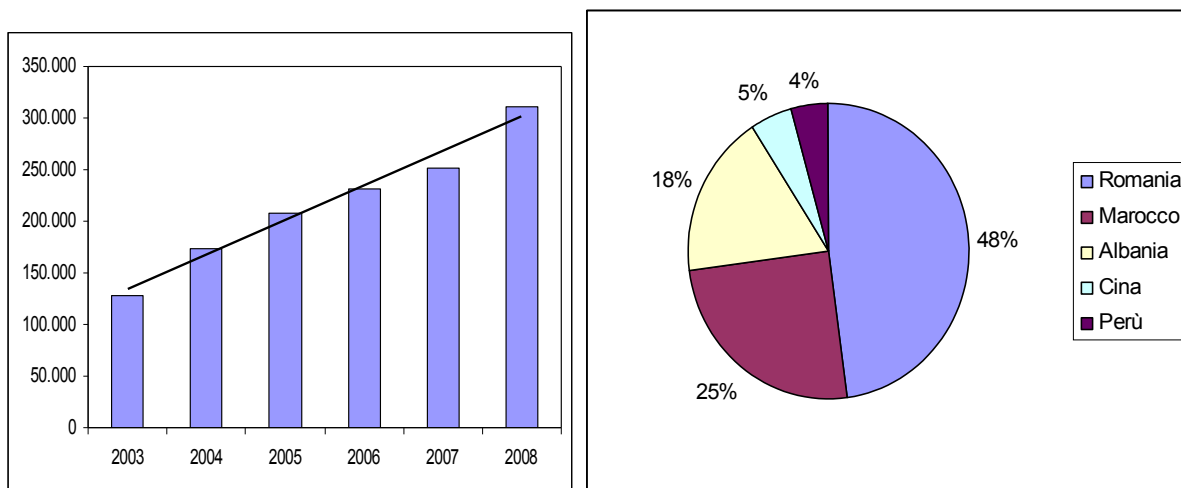
<sup>191</sup> Per la Caritas Migrantes, i migranti regolari sono invece di più, tra i 3.800.000 e i 4.000.000, calcolando i titolari di permessi di soggiorno senza però residenza; è evidente che, anche a livello di statistiche ufficiali, permangono molte problemi a calcolare il numero esatto dei migranti in Italia.

<sup>192</sup> Tratto dal rapporto Ires sull'immigrazione in Piemonte", pagina 1.

una crescita del 23% rispetto al 2008; la percentuale di migranti è dell'8% sui residenti locali, una percentuale maggiore alla media nazionale, che si attesta al 5.8.%, ma che è minore rispetto ad altre regioni come per esempio Lombardia, Veneto e Emilia Romagna.

Come anche nel resto d'Italia, il numero di irregolari in Piemonte non è noto, e non sono stati compiuti studi in merito, o almeno non a livello regionale.

**Grafici 1 e 2: andamento dell'immigrazione e principali Paesi di provenienza dei migranti in Piemonte.**



Come si può evincere dagli schemi soprastanti, è particolarmente consistente la presenza di migranti rumeni, in particolare dopo l'entrata nell'UE del Paese; già presenti in Piemonte, soprattutto nella provincia di Torino, i rumeni giunti dopo il 2007 hanno, per mezzo di catene migratorie, raggiunto parenti e conoscenti. I migranti rumeni maschi lavorano soprattutto nel campo dell'edilizia, e stanno cominciando ad apparire le prime attività edili con imprenditori rumeni, che assumono come

dipendenti propri connazionali ma non solo<sup>193</sup>; le donne vengono invece assunte come badanti, sia con regolare contratto di lavoro, sia (ed è la maggioranza dei casi) “in nero”. La migrazione rumena è soprattutto femminile, infatti le statistiche ci raccontano che in Piemonte sono presenti nel 2008 57.340 uomini e 63810 donne.

La presenza maghrebina in Italia e in Piemonte ha poi una storia particolare: è stata la prima comunità nazionale di migranti fino al 2004, tanto da essere visti come “gli stranieri”, anche a causa dei mass media che nei primi anni '90 hanno portato alla ribalta i “vù cumprà”; successivamente, soprattutto a partire dai primi anni del 2000, c'è stato una parziale diminuzione del flusso di arrivi da quelle zone, a favore di un aumento dei flussi di migranti provenienti dall'Est europeo. Ora diversi migranti marocchini, specialmente quelli arrivati negli anni '90, convivono all'interno della società italiana, tanto che se si analizzassero i loro profili di salute, probabilmente risulterebbero simili a quelli degli italiani stessi. Nella città di Torino sono presenti due gruppi di migranti marocchini, quelli provenienti dalla zona di Casablanca, che è la parte più urbanizzata del Marocco e il gruppo che proviene dalla zona dell'entroterra, più rurale, soprattutto dalla città di Khourigbga. La migrazione dei sudamericani a Torino e provincia, anche se numericamente poco rilevante, è costituita soprattutto da donne, che dagli anni '90, lavorano come “badanti” presso famiglie italiane; questa catena migratoria, ha originato degli effetti particolari all'interno delle famiglie di migranti coinvolti: da problematiche relative al ruolo interno, all'effetto delle emozioni che possono svilupparsi tra badante e eventuale famiglia della badante e assistito e famiglia dell'assistito<sup>194</sup>. Oggi sono soprattutto gli uomini ad arrivare, trovare lavoro e regolarizzare i figli, tenendo non regolari le donne; almeno questo dicono i dati, ma gli esperti di settore affermano invece che siano le donne ad arrivare per prime, trovare un lavoro come badanti, in nero, trovando un lavoro per il marito, che arriva, si regolarizza, si ricongiunge sul versante legale con i figli facendoli arrivare in Italia, con la moglie sempre in nero, dato che è molto oneroso regolarizzare le badanti<sup>195</sup>.

Riguardo i migranti provenienti dal Centro Africa, risulta evidente dalle statistiche che i più numerosi sono i nigeriani e i senegalesi; gli uomini lavorano soprattutto nell'industria pesante o nei trasporti; vi è tuttavia un numero difficilmente stimabile di donne che si prostituiscono<sup>196</sup> o che

---

<sup>193</sup> Cfr Dossier Caritas 2007, sezione economia

<sup>194</sup> Questa dimensione è tuttavia ancora di approfondire, in quanto non sembrano esserci studi in merito.

<sup>195</sup> Il reddito annuale per la sanatoria delle badanti non regolari concessa per il mese di settembre 2009, ha coinvolto circa 294.000 persone; un numero, che secondo gli esperti di settori, come la Caritas è poco significativo rispetto alla presenza reale: ciò si spiegherebbe che per regolarizzare le badanti, era necessario avere un reddito di almeno 20.000 euro, che rispetto al target di utenti, principalmente anziani soli, è alto.

<sup>196</sup> La stima del numero di ragazze che si prostituiscono è, come viene riportato in diversi testi molto difficile da determinare, soprattutto a causa della natura sommersa del fenomeno e delle diverse metodologie di registrazione dei contatti delle associazioni che se ne occupano; le ragazze nigeriane non sono le uniche che “lavorano” in strada, ci sono anche ragazze dell'Est Europeo in generale.

vengono prostitute in strada, soprattutto nella zona del torinese e nella zona orientale della Provincia di Novara, verso l'hinterland milanese.

In questa parte del capitolo vorrei anche tracciare una breve analisi del fenomeno dell'immigrazione in Piemonte, prendendo in considerazione due dei più importanti ambiti di vita presso cui l'immigrazione ha avuto e continua ad avere un grosso impatto: il lavoro e la scuola. Il lavoro è la ragione principale di permanenza della maggioranza dei migranti, e la scuola il principale motore di integrazione.

### **6.3 Lavoro e migranti**

Il lavoro, come affermato precedentemente, è il requisito necessario per rimanere in Italia; in Piemonte ci sono 133 mila lavoratori stranieri censiti<sup>197</sup>; queste persone svolgono mediamente lavori poco qualificati, in ambito di lavoro poco "attraenti" per i lavoratori italiani: muratori e "badanti", in cui i livelli di tutela dei diritti sono sotto gli standard comuni, e spesso, per non essere licenziati devono accettare dure condizioni, quasi ricatti da parte dei padroni, spesso italiani.

Un altro fattore che caratterizza il lavoro dei migranti in Piemonte, è l'elevata flessibilità dell'impiego; nel Rapporto 2008 Ires Piemonte sull'immigrazione, si colgono primi effetti della crisi sui settori che verranno più colpiti, soprattutto l'industria, e soprattutto verso le persone che provengono dall'Africa, che in hanno trovato impiego soprattutto in quel settore. Con l'acutizzarsi della crisi, sicuramente le fasce di lavoratori più fragili saranno risultate quelle più colpite, ma su ciò non si hanno ancora dati in merito.

Oltre ad una componente di lavoro regolare, vi è un'ampia componente di lavoro non regolare, "in nero", ambito molto poco esplorato dalla letteratura e certe volte taciuto<sup>198</sup> dalle Pubbliche Amministrazioni; in questi ambiti, le condizioni del lavoratore e della lavoratrice sono ancora peggiori, e sicuramente la crisi ha colpito ancora più duramente queste fasce.

È però indubbio che la presenza di lavoratori migranti in Piemonte sia fondamentale per diversi settori, come il lavoro di cura alle persone, l'edilizia, l'industria, e in parte l'agricoltura; tra i migranti comincia ad emergere inoltre una piccola imprenditoria, soprattutto nei settori edili e alimentari, che crea posti di lavoro anche per italiani. Restano però forti nodi critici, come l'equiparazione dei titoli di studio ottenuti all'estero, (soprattutto per i non regolari) che in Italia non vengono riconosciuti e rappresentano da un lato un forte spreco di risorse umane per la nostra

---

<sup>197</sup> Dati Ires Piemonte 2008

<sup>198</sup> Si pensi ad esempio dell'impiego in massa di lavoratori rumeni "in nero" per le opere olimpiche.



società, e dall'altro dei motivi di vergogna, per chi, per esempio, pur essendo laureato/a svolge mansioni umili.

### 6.3 scuola e migranti

Secondo le statistiche Istat, i minori stranieri sono anche coloro che, pur essendo nati in Italia e soggiornanti da tempo, sono figli di genitori migranti, gli allievi stranieri nelle scuole piemontesi sono stati, per l'anno scolastico 2007-08, almeno 55.543 unità; in maggioranza romeni, in maggioranza frequentanti scuole primarie e istituti professionali.

L'incidenza degli stranieri sul totale degli allievi ha raggiunto il 9,7%, dove la media italiana si attesta al 6,4%, con notevoli differenze tra scuole statale e scuole non statali.

La primaria è il livello di scuola che sconta il maggior numero di stranieri sia in valori assoluti che in valori percentuali: quasi 21400 allievi, pari al 9,4% del totale; segue per numerosità la secondaria di primo grado, con poco di più di 12 mila allievi, con un'incidenza sul totale del 10,7%. Nella scuola dell'infanzia, poco più di un bambino su 10 è straniero; la secondaria di secondo grado è invece il grado di scuola con minore incidenza di allievi migranti. dal 2007, l'aumento complessivo di allievi si deve esclusivamente alla componente straniera, che compensa il calo di quella italiana.<sup>199</sup>

**Tabella 1: tasso di studenti migranti rispetto agli studenti italiani per ogni Provincia piemontese.**

Provincia	% di studenti stranieri iscritti sul totale
Torino	9,4
Vercelli	9
Novara	9
Cuneo	10,1
Asti	12,7
Alessandria	12,8
Biella	8,2
V.C.O.	5
Piemonte	9,7

**Tabella 2: tasso percentuale di studenti stranieri per ordine di scuola.**

Grado di scuola	stranieri	Iscritti in totale	Valore % di studenti stranieri
-----------------	-----------	--------------------	--------------------------------

<sup>199</sup> dati tratti dal Rapporto 2008 dell'Ires Piemonte, capitolo riguardante la scuola.

Scuola dell'infanzia	11173	110639	10,1
Scuola Primaria	21388	187671	11,4
Secondaria di 1° grado	12071	112306	10,7
Secondaria di 2° grado	10911	164047	6,7
Totale	55543	574663	9,7

Da come risulta evidente dalle tabelle, nella scuola dell'infanzia vi è una alta percentuale di alunni stranieri, pari al 10,1 % del totale, però decisamente inferiore al bacino di utenti, in quanto le famiglie di migranti tendono a ricongiungere i figli quando sono più grandi e spesso le scuole per l'infanzia sono a pagamento; è nella scuola primaria si riscontra la media più alta di alunni stranieri, in quanto è obbligatoria e sono presenti molti bambini delle seconde generazioni insieme ai bambini delle generazioni 1.5: si può quindi considerare un "luogo" nel quale, come afferma Anolli (2004) cruciale da presidiare per "garantire e insegnare la condizione di società multiculturale nel prossimo futuro". Non è però un compito facile per i maestri e i dirigenti scolastici. Anche la secondaria di primo grado, presenta una media alta di minori stranieri, ma in trend decrescente, in quanto l'effetto dei minori di seconda generazione è più limitato, e sono presenti molti minori di generazione 1.5; nella secondaria di secondo grado vi è una percentuale molto bassa di minori stranieri, addirittura sotto la media, probabilmente e causa della non obbligatorietà agli studi. Le scuole più frequentate sono, come a riflesso del fenomeno a livello nazionale, soprattutto gli istituti professionali e quelli industriale; vi è però un alto tasso di bocciature tra gli studenti stranieri e un'alta proporzione di iscritti agli istituti professionali<sup>200</sup>.

È singolare però considerare giuridicamente "stranieri" chi è nato e vissuto da anni nel nostro Paese, figlio di genitori che da anni lavorano e versano le tasse.

Concludendo, si può affermare che i migranti sono vitali per il "sistema Piemonte" (così come per il sistema Italia), in quanto sono impiegati in lavori fondamentali per l'economia della Regione (industria), per la sua edilizia, e per le sue lacune nel sistema di welfare, e il futuro ci riserva un Piemonte sempre più multietnico, e meno anziano, come "raccontano" le scuole: i figli sono un indicatore di stabilità; si riflettono sul locale le problematiche nazionali,.

### 6.3 Le migrazioni a livello provinciale

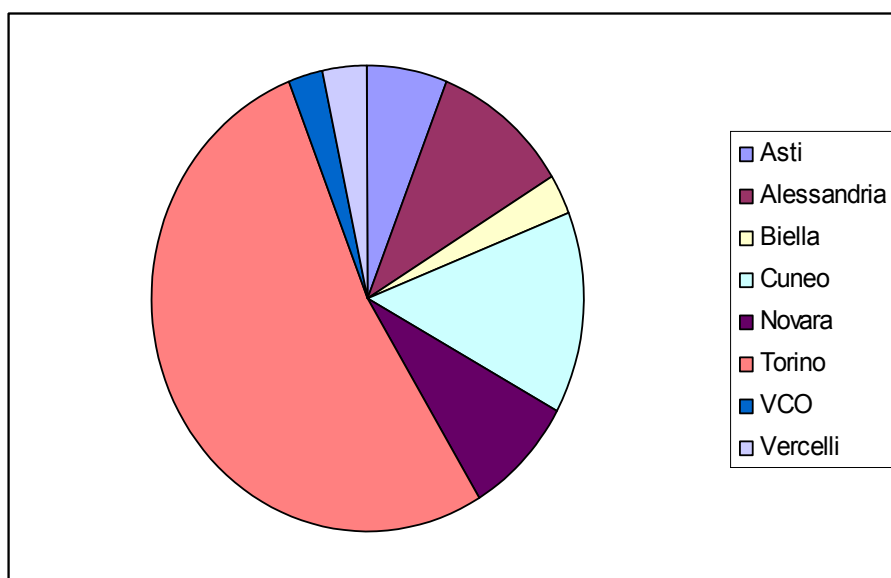
La Regione Piemonte non presenta una migrazione uniforme, ma ogni Provincia presenta, "migrazioni" molto diverse: esse si differenziano in base ai protagonisti, al tempo e al modo di convivenza: vorrei presentarne una breve analisi, soprattutto demografica, Provincia per Provincia, per sottolineare l'eterogeneità che questo fenomeno assume in Piemonte.

<sup>200</sup> Cfr introduzione, parte su migranti e scuola.

A livello interprovinciale, la situazione locale può essere efficacemente riassunta dalle tabelle sottostanti.

Nota metodologica: la fonte dati principale è costituita dall'Istat, che ha già aggiornato i calcoli dei residenti al 1° gennaio del 2009; per quanto riguarda le stime sulle singole nazionalità, ci si riferisce agli ultimi dati Istat disponibili, che risalgono al 2008.

**Grafico 3: popolazione di migranti per Provincia rispetto alla popolazione totale di migranti.**



Provincia	N°migranti
Asti	21034
Alessandria	36666
Biella	10031
Cuneo	48676
Novara	29182
Torino	185000
VCO	8382
Vercelli	12068

**Tabella 3: tasso di migranti rispetto alla popolazione totale della regione Piemonte.**

Provincia	Tasso migr. su Popolazione tot.
Asti	9,50%
Alessandria	8,30%
Biella	5,30%
Cuneo	8,30%
Novara	8%
Torino	8,10%
VCO	5,10%
Vercelli	6,70%

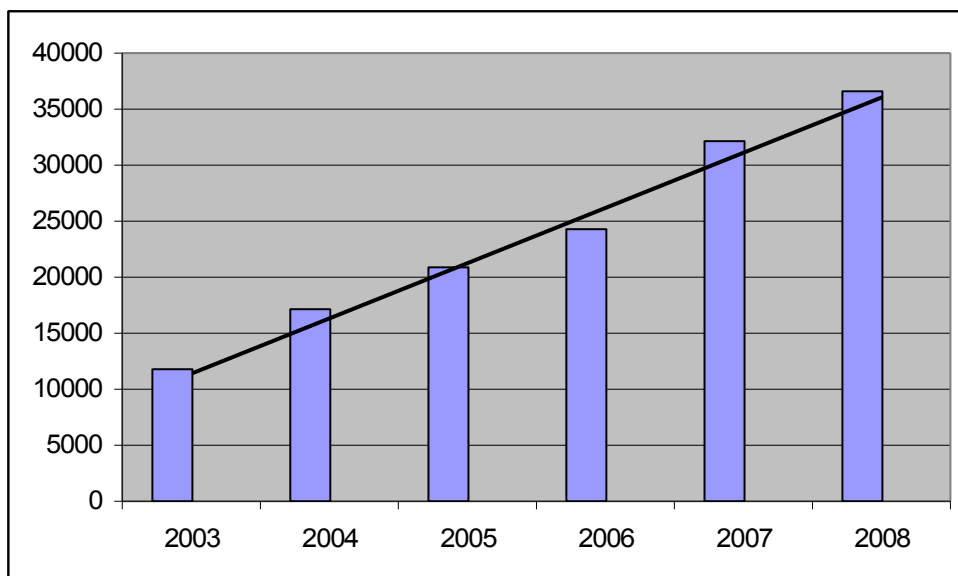
Come si può notare dalle tabelle soprastanti, le Province di Asti, Cuneo, Alessandria e Torino hanno percentuali maggiori di stranieri residenti rispetto alla media italiana che è attestata al 7,1%; la Provincia di Asti ha il tasso di residenti stranieri più alto in assoluto, mentre quello del VCO è quello più basso; la Provincia con più stranieri è quella di Torino, i cui migranti, costituiscono il 53%<sup>201</sup> del totale.

### **6.5. 1 Provincia di Alessandria**

**Grafico 4: andamento dell'immigrazione in provincia di Alessandria.**

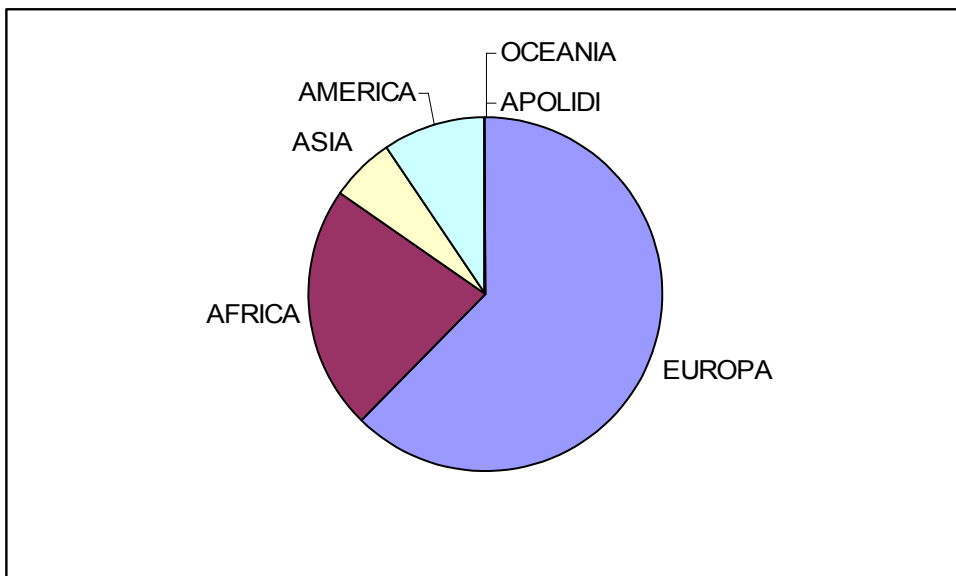
---

<sup>201</sup> bisogna anche rilevare che nella Provincia di Torino abita circa metà della popolazione piemontese, il 51,6% degli oltre 4.352.828 abitanti della Regione.



Provincia di Alessandria	
2008	32153
2007	26693
2006	24302
2005	20849
2004	17131
2003	11862

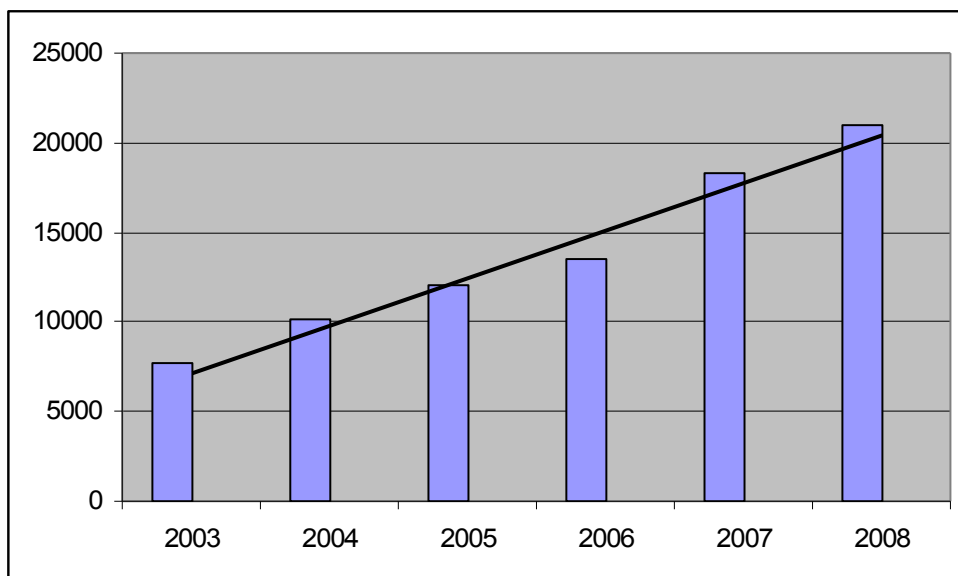
**Grafico 5: zone di provenienza dei migranti in Provincia di Alessandria.**



Come si evince dal grafico, nella provincia di Alessandria i migranti regolari sono circa 36.666, con un numero di presenze più che triplicato dal 2003, quando erano circa 11.000. La comunità nazionale più numerosa, circa 9555 persone, è quella rumena; i rumeni lavorano soprattutto nell'edilizia e nell'industria; a poca distanza numerica, c'è la comunità albanese, con 7840 unità; questa migrazione è originata da catene migratorie nate già nei primi anni '90, e che poi si consolida negli anni; come i rumeni, i lavoratori albanesi lavorano soprattutto nell'industria e nell'edilizia.

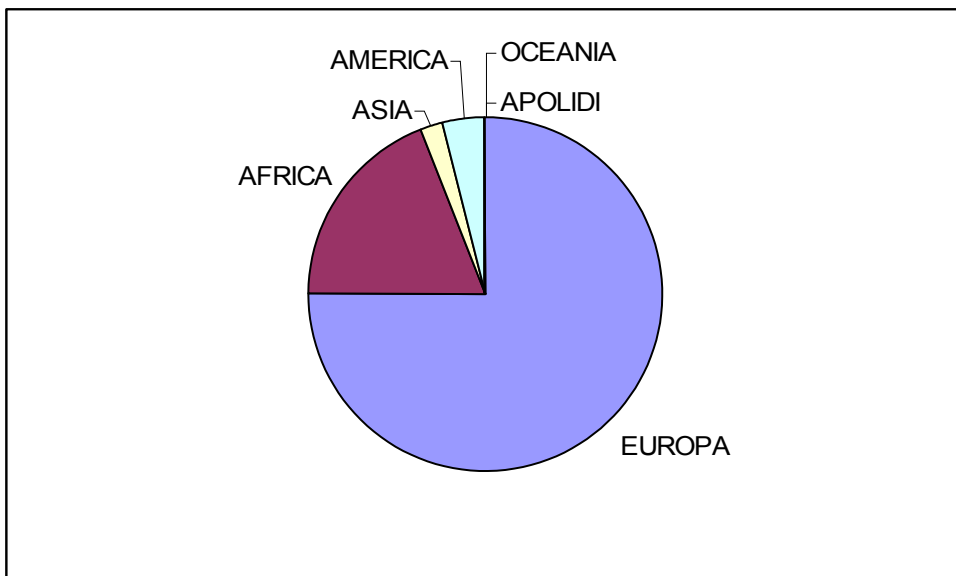
### 6.5.2 Provincia di Asti

**Grafico 6: andamento dell'immigrazione nella Provincia di Alessandria.**



Provincia di Asti	
2008	18334
2007	14872
2006	13529
2005	12064
2004	10710
2003	7661

**Grafico 7: zone di provenienze dei migranti in provincia di Asti.**



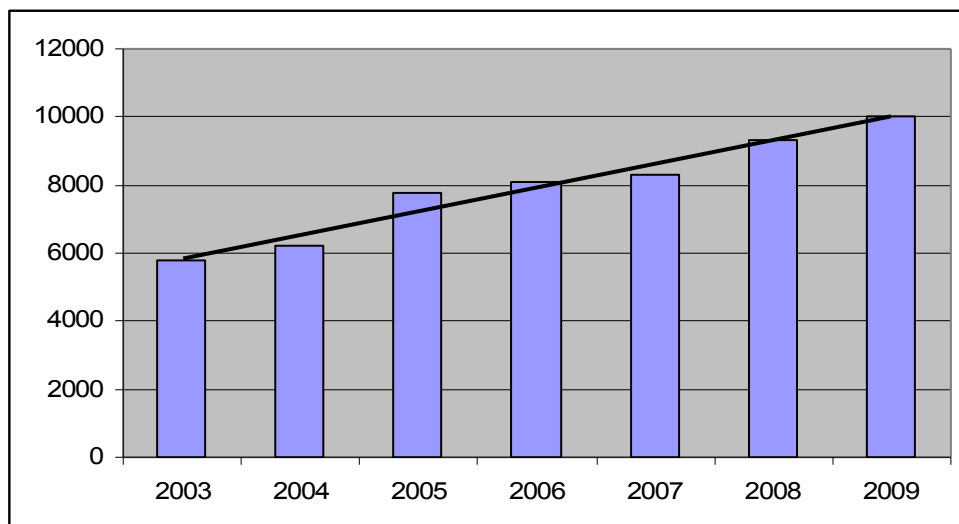
La comunità nazionale più numerosa è quella rumena; riguardo ai migranti nell'astigiano, è stata riscontrata una peculiarità, per cui, secondo dati del 2007 elaborati dalla Camera di Commercio e dell'Artigianato, tra i migranti, vi è un alto tasso di imprenditori: su quasi 15.000 stranieri, ci sono 1.337 imprenditori, soprattutto edili e di aziende agricole; il maggior numero di imprenditori sono albanesi (342), che costituiscono la seconda comunità nazionale presente sul territorio, e marocchini (262); il 25% delle imprese sono gestite da donne. I lavoratori dipendenti stranieri, lavorano soprattutto in edilizia, industria e agricoltura, anche come lavoratori stagionali<sup>202</sup>.

<sup>202</sup> i dati sull'immigrazione nella Provincia di Asti sono tratti dagli atti del Convegno "immigrazione e imprenditorialità nella Provincia di Asti", a cura della Camera di Commercio e di Artigianato della Provincia di Asti, anno 2007.



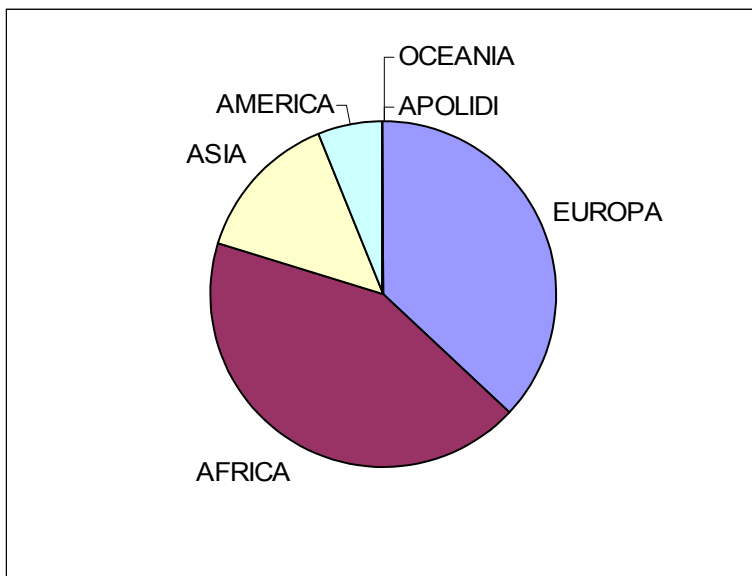
### 6.5.3 La Provincia di Biella

**Grafico 8: andamento dell'immigrazione in provincia di Biella.**



Provincia di Asti	
anno	Totale
2003	5765
2004	6190
2005	7760
2006	8100
2007	8321
2008	9341
2009	10031

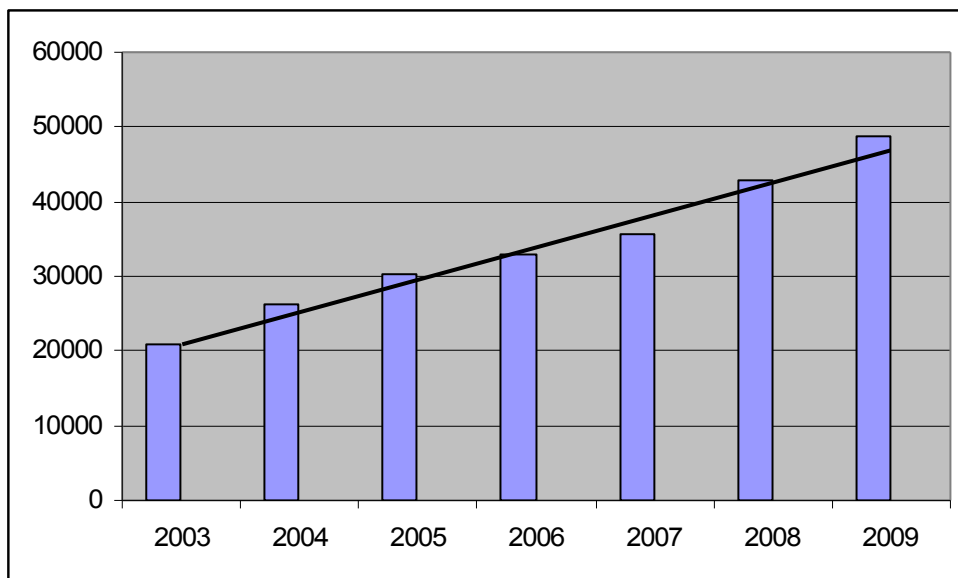
**Grafico 10: zone di provenienza dei migranti in provincia di Biella.**



La provincia di Biella è caratterizzata da una maggioranza di migranti marocchini, con 3391 presenze, poi rumeni 1551 unità e albanesi; lavorano soprattutto come lavoratori dipendenti, soprattutto nell'industria tessile e come “badanti” o colf; alla crisi del tessile, c'è stata una drastica diminuzione del flusso migratorio; si può notare infatti che i migranti dal 2007 al 2008, ad aumentare sensibilmente sono solo i migranti rumeni, che passano da 882 a 1586 persone, soprattutto donne.

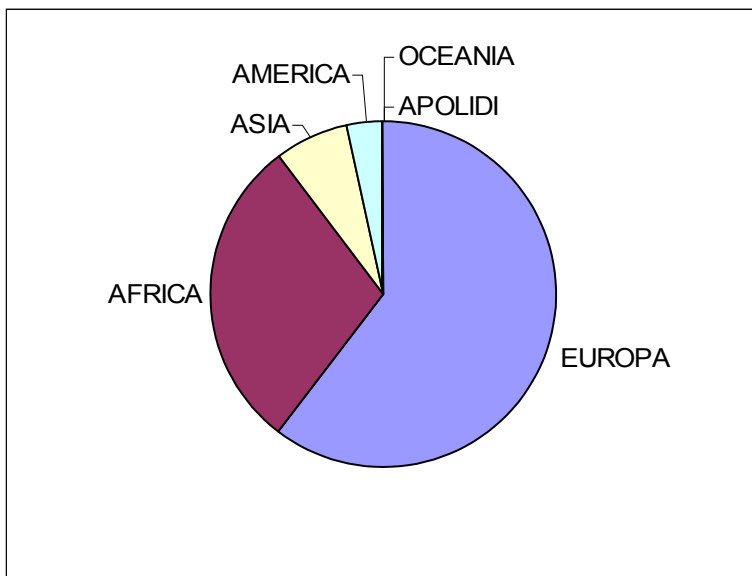
#### 6.5.4 La Provincia di Cuneo

**Grafico 11: andamento dell'immigrazione in provincia di Cuneo.**



Provincia di Cuneo	
2008	42766
2007	35547
2006	32930
2005	30335
2004	26154
2003	10959

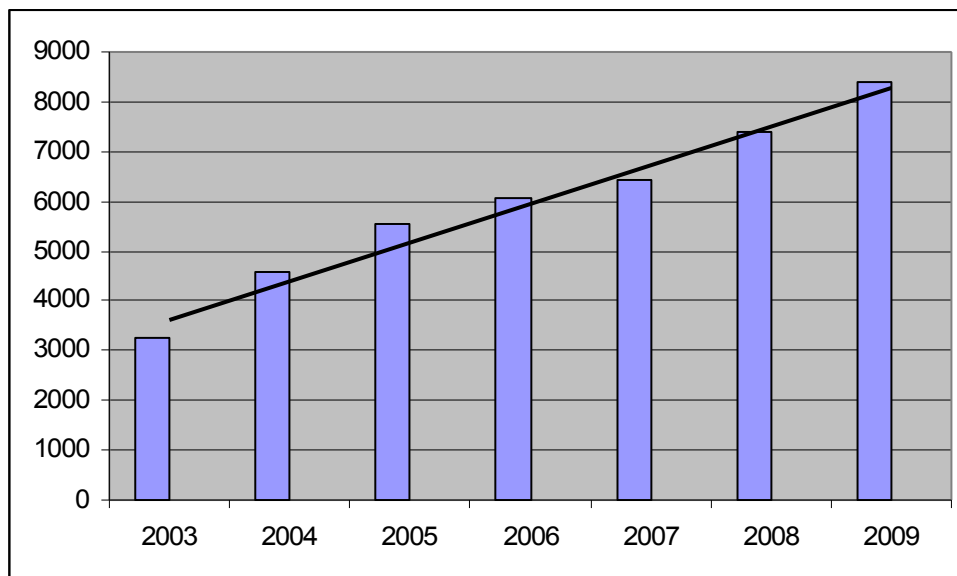
**Grafico 12: zone di provenienza dei migranti in provincia di Cuneo.**



Nella Provincia di Cuneo, i migranti più numerosi sono i rumeni, con oltre 11579 unità, gli albanesi, che fino al 2008 erano la comunità più numerosa, con oltre 10611 persone e i marocchini con oltre 9638 unità, che lavorano soprattutto nell'industria e nell'edilizia, artigianato e agricoltura; secondo la fonte dei dati su cuneo, tra i migranti, soprattutto marocchini, ci sarebbe un alto tasso di disoccupazione, verificatosi già prima dell'attuale crisi economica. Dai dati però non risulterebbero l'alto numero di lavoratori migranti impiegati nella raccolta della frutta e della verdura.

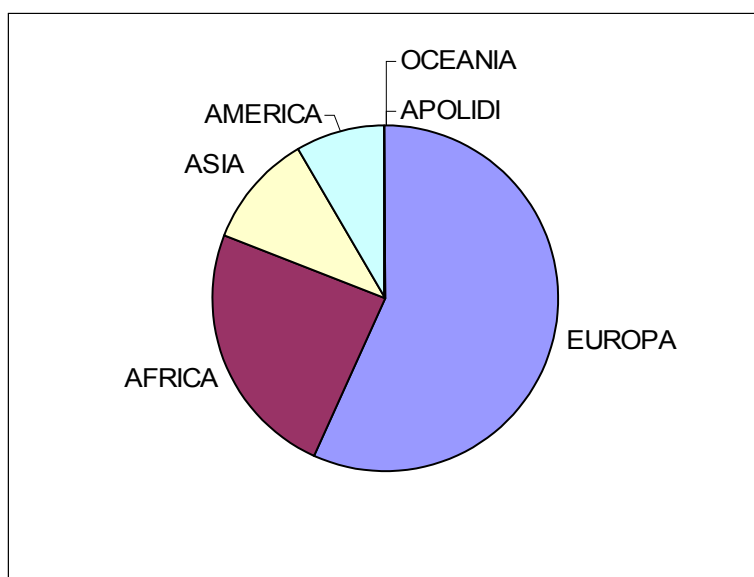
## 6.5.4 Il Verbano Cusio Ossola

**Grafico 13: andamento dell'immigrazione in provincia del Verbano Cusio Ossola.**



Provincia di VCO	
anno	Totale
2003	3257
2004	4563
2005	5552
2006	6047
2007	6420
2008	7379
2009	8382

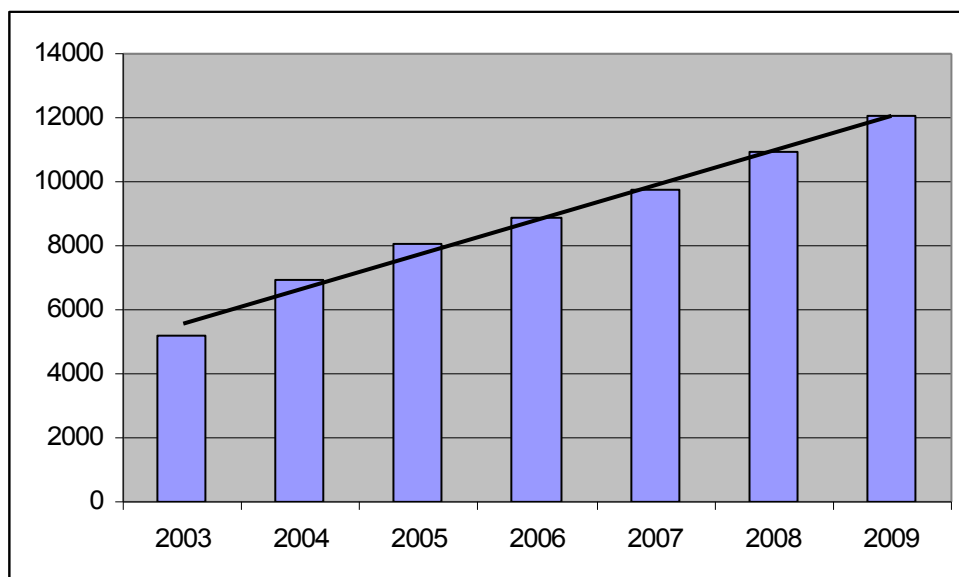
**Grafico 14: zone di provenienza dei migranti in provincia del VCO.**



Nel Verbanco Cusio Ossola, fino al 2008, la maggiore comunità nazionale era costituita da magrhebini, 1128 unità, poi dagli comunità ucraina, formata soprattutto da donne, 950 su 1121 persone, che verosimilmente lavorano come “badanti” o colf; nel 2009 la comunità più numerosa è diventata quella ucraina, sicuramente grazie a una sorta di “catena migratoria”, con 1291 unità, e di seguito i marocchini, quasi numerosi come gli ucraini, con 1280 persone.

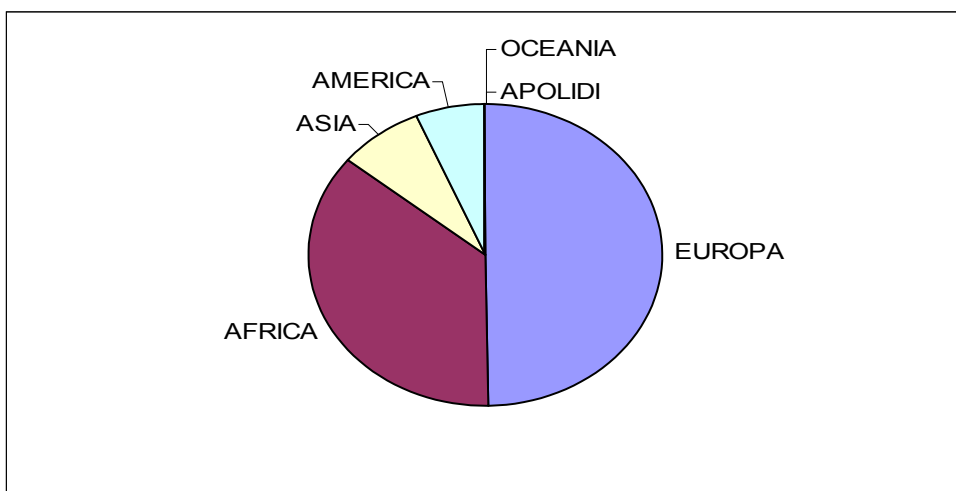
### 6.5.6 la Provincia di Vercelli

**Grafico 15: andamento dell'immigrazione in provincia di Vercelli.**



Provincia di VC	
anno	Totale
2003	5209
2004	6931
2005	8061
2006	8845
2007	9765
2008	10950
2009	12068

**Grafico 16: zone di provenienza dei migranti in provincia di Vercelli.**

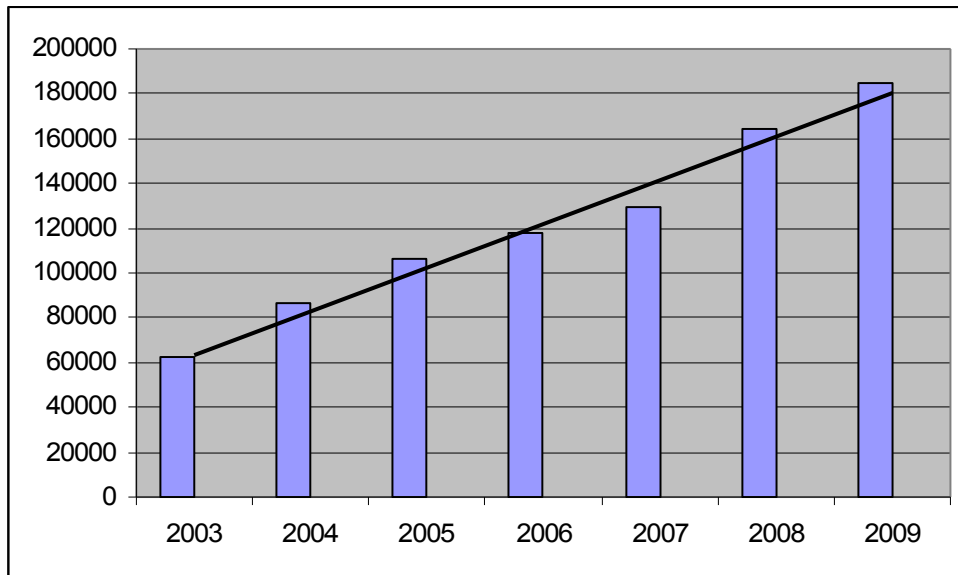


Nel vercellese, una delle province più duramente colpite dall'attuale crisi economica, la comunità nazionale di stranieri più numerosa, è quella maghrebina, con circa 3200 unità; seguono poi i romeni, con 2269 individui e gli Albanesi (2034 residenti). Il lavoro è soprattutto di tipo dipendente, presso l'industria l'edilizia, oltre che nei servizi alla persona.

### 6.5.7 La Provincia di Torino

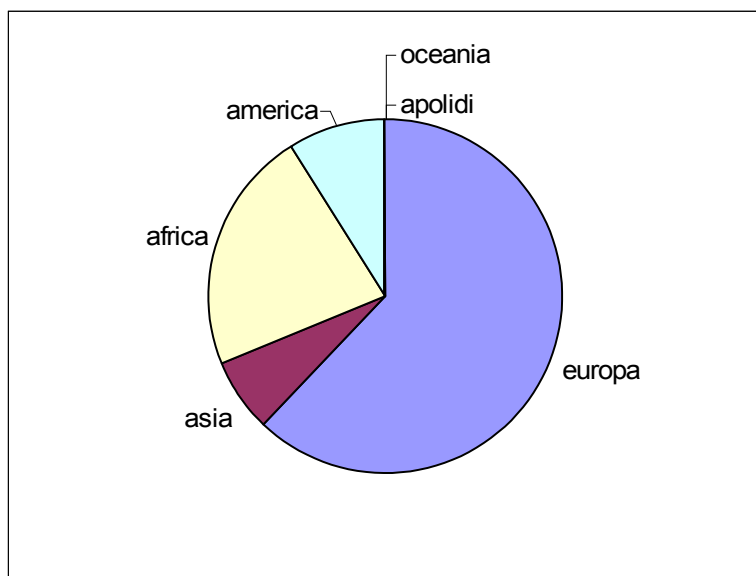


**Grafico 17: andamento dell'immigrazione in provincia di Torino.**



Provincia di Torino	
anno	Totale
2003	62084
2004	86728
2005	106276
2006	118284
2007	129533
2008	164592
2009	185073

**Grafico 18: zone di provenienza dei migranti in provincia di Torino.**

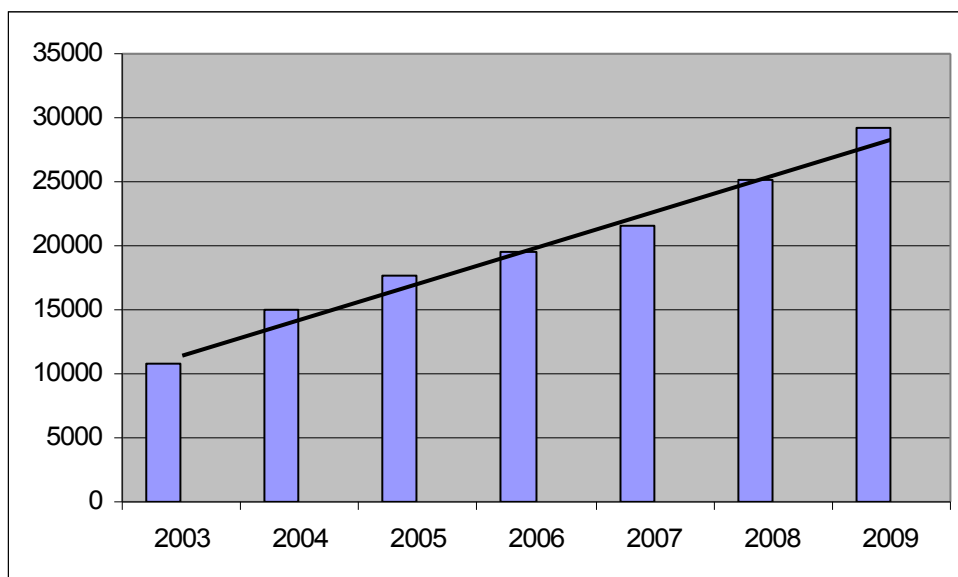


L'immigrazione in Provincia di Torino colpisce per le sue cifre: in soli 7 anni, dal 2002 al 2009, i migranti sono triplicati, passando da 60000 a più di 180.000 unità; questo grazie soprattutto alla comunità rumena, che oggi conta quasi 86.000 individui, la prima in assoluto per numerosità; seguono gli albanese con 10500 e i maghrebini. I migranti in Provincia di Torino lavorano soprattutto come lavoratori dipendenti per l'edilizia e l'industria, ma vi è un significativo tasso di imprenditori, anche donne; il tasso di migranti a Torino città è poi molto alto, si parla del 12,6%<sup>203</sup>.

## 6.6 . In particolare la Provincia di Novara

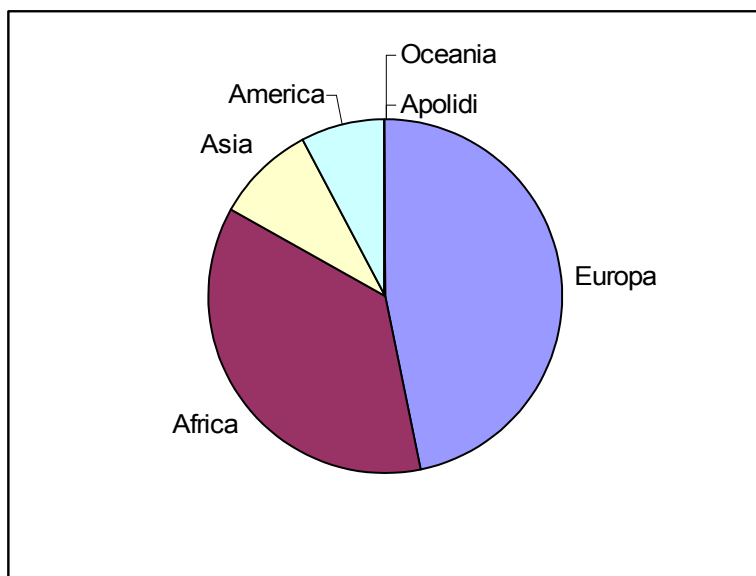
<sup>203</sup> Le statistiche Istat parlano di un totale residenti pari a 908.825, verso un totale di residenti stranieri di 114.710 unità.

**Grafico 19: andamento dell'immigrazione in provincia di Novara.**



Provincia di Novara	
anno	Totale
2003	10826
2004	15017
2005	17621
2006	19574
2007	21485
2008	25088
2009	29182

**Grafico 20: zone di provenienza dei migranti in provincia di Torino.**



Al 1° Gennaio 2008 gli stranieri residenti in Provincia di Novara ammontano a 25.088 unità; di essi, poco più del 51% è costituito da maschi. Rispetto al 1° Gennaio 2007 si è assistito ad un incremento del 16,8%.

Si tratta di una popolazione mediamente più giovane rispetto alla popolazione complessiva e che si concentra soprattutto nel capoluogo: più di un terzo degli stranieri risiede nel comune di Novara (8.874 unità, in maggioranza magherbini); seguono, nell'ordine, i comuni di Trecate, Borgomanero, Arona, Galliate e Castelletto Sopra Ticino. Nonostante l'incremento massiccio di cittadini provenienti dalla Romania, le principali comunità nella provincia considerata rimangono tradizionalmente quella albanese e marocchina, mentre a livello regionale la principale comunità residente è quella rumena.

Colpisce il fatto che in 4 delle 8 Province, la comunità nazionale più numerosa sia quella rumena, e colpisce ancora di più che dal punto di vista dei residenti, siano più numerose le donne (dato che i mass media non molto tempo fa hanno mostrato l'immigrazione rumena in Italia prevalentemente maschile), un fatto che può essere interpretato come un indicatore del nostro sistema di welfare; si ignora a riguardo però il volume dei flussi di lavoratori pendolari e di non residenti. Il numero di migranti è comunque in costante e sostenuta crescita.

### 6.6.1 Scuola e lavoro

I dati forniti dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, riferiti alle scuole di ogni ordine e grado, collocano la provincia di Novara tra quelle con il maggior numero di alunni stranieri sul totale e la presenza tenderà a crescere: nell'anno scolastico 2007/08 si è rilevato infatti un incremento del 17,8% rispetto all'anno precedente.

La percentuale più elevata di stranieri è presente nella scuola dell'infanzia (12,7% del totale degli alunni); seguono la scuola primaria (11,9%) la scuola secondaria di I grado (10,4%) ed infine la scuola secondaria di II grado (4,9%). Si tratta soprattutto di alunni albanesi (24,6%); seguono marocchini, rumeni, tunisini, senegalesi e cinesi<sup>204</sup>.

Come rilevato dai Centri per l'Impiego, le procedure di assunzione di lavoratori stranieri nel 2007 sono state 11.304<sup>205</sup> con una crescita del 67,2% rispetto all'anno precedente. Esse rappresentano il 23,6% del totale delle assunzioni in provincia di Novara, ed hanno interessato in modo importante la componente femminile.

Il settore di impiego prevalente è il terziario, ove sono occupati più della metà dei lavoratori stranieri; gli avviamenti sono per il 60% a tempo determinato<sup>206</sup>.

Circa l'area di provenienza, più del 36% degli avviamenti registrati coinvolge stranieri provenienti dall'Africa, il 22,5% dall'Europa non UE. Seguono Asia (10,9%) e America Meridionale (10,2%). E' bene osservare che il 22,6% delle procedure di assunzione nell'ultimo anno riguarda cittadini stranieri immigrati da paesi dell'Unione Europea, di cui ben 2.242 dalla Romania e Bulgaria. Tra i migranti provenienti dall'Europa dell'Est, è notevole osservare come la maggioranza siano donne, probabilmente impiegati nei lavori di cura, come badanti o colf. Il fenomeno dell'imprenditoria extra-comunitaria ha visto crescere la propria rilevanza in provincia di Novara nel corso degli ultimi anni: alla fine dell'anno 2007 gli imprenditori stranieri presenti nelle aziende novaresi risultano essere di poco superiori alle 2.400 unità. Il 43,4% di essi opera nel comune di Novara; seguono i comuni di Borgomanero, di Trecate e quello di Arona.

La maggioranza degli imprenditori in esame (66,2%) ha un età compresa tra i 30 e i 49 anni ed è di sesso maschile (76,5%). L'area più rappresentata è l'Africa (46%) ed in particolare il Marocco (23,4%), seguono paesi europei non UE (26,7%, ed in particolare l'Albania col 12,6%), Asia (13,2%, ed in particolare la Cina col 7%) e l'America Latina (10,3%).

Analizzando i settori produttivi, emerge che commercio, costruzioni ed attività manifatturiere sono quelli più consistenti: infatti gli imprenditori operanti in detti settori rappresentano rispettivamente

---

<sup>204</sup> Dati statistici tratti dal rapporto 2008 "osservatorio interistituzionale sull'immigrazione Provincia di Novara"

<sup>205</sup> idem

<sup>206</sup> I dati provengono dal rapporto interistituzionale sull'immigrazione a cura della Provincia di Novara e della questura.

il 30,9%, 24,6% ed 10,7% del totale. Tali dati sono allineati con quelli del 2006.

Per quanto concerne i ruoli rivestiti, i titolari o soci di impresa sono 1.823 (il 4,5% in più del 2006), gli amministratori 528 (+6,6%), mentre sono 87 quelli che ricoprono altre cariche aziendali (+2,6%). E' opportuno sottolineare che la presenza di imprenditori stranieri risulti più significativa nelle imprese individuali

### 6.6.2 Il caso della città di Novara

La Provincia e la città di Novara, presentano tuttavia condizioni particolari: sia in Provincia che nel capoluogo provinciale, nonostante la Lega Nord sia al potere da anni, il fenomeno dell'immigrazione è costantemente aumentato; ciò è particolarmente vistoso a Novara, una delle roccaforti piemontesi della Lega; basti pensare che da 9 anni, il Sindaco è lo stesso, il signor Massimo Giordano, in quota Lega Nord, con una giunta comunale "verde"<sup>207</sup> e la città è il "trampolino di lancio" dell'Onorevole Roberto Cota<sup>208</sup>, segretario nazionale della Lega Nord Piemont, e uno degli ispiratori delle norme sull'immigrazione del cd Pacchetto Sicurezza.

Nonostante tutto questo, la città è un forte polo di attrazione per i migranti, che nel 2008 sfiorano l'8,6% dei residenti in città, dove il tasso medio italiano è del 7,1 e quello piemontese è del 7,2%.

Questo fenomeno accade probabilmente perché, al di là delle retoriche di partito, i migranti sono indispensabili alla società e al sistema produttivo.

**Tabella 4: tasso di migranti negli anni nella città di Novara.**

anno	residenti	Stranieri	% stranieri
2004	102.260	5.352	5,2
2005	102.746	6.332	6,1
2006	102.817	7.148	6,9
2007	102.595	7.832	7,6
2008	102.862	8.832	8,6
2009	103.602	10.494	10,1

## CAPITOLO 7: LA RICERCA

<sup>207</sup> Riconfermato sindaco nel 2006 con oltre il 60% dei suffragi.

<sup>208</sup> Protagonista di un recente scandalo politico: è stato riportato da alcuni giornali (e successivamente confermato dai fatti) che era iscritto a un gruppo su Facebook intitolato "legittimo torturare i clandestini".

In questo capitolo della tesi esporrò i risultati della ricerca effettuata all'interno dell'ospedale di Novara; nella prima parte del capitolo, analizzerò

## 7.1 Il Pronto Soccorso

Il Pronto Soccorso è una “porta di ingresso” all'ospedale per eventuali ricoveri in altri reparti: una volta che il paziente arriva in Accettazione, sarà subito sottoposto a un triagè da uno o più infermieri che stabilirà il grado di gravità del disturbo, e a seconda di essa, aspetterà più o meno lungamente di essere visitato.

L'accesso al Pronto Soccorso da parte dei pazienti migranti, e il rapporto con gli operatori medico sanitari, è segnalato dalla letteratura come critico per almeno per 4 elementi:

- Le difficoltà linguistico-comunicative: il relazionarsi con persone che hanno una lingua e codici comunicativi diversi dai nostri può avere effetti, nel percorso di cura facilmente comprensibili;
- Le difficoltà legate alle differenze culturali: la scala di valori, credenze, stili di vita del paziente possono tutti essere elementi in contrasto con la cultura “occidentale” dell'infermiere e del medico, e si possono verificare quello che viene definito da Leininger<sup>209</sup> “shock culturale”, che si configura quando un individuo è disorientato, o incapace di rispondere appropriatamente a un'altra persona o situazione, perché gli stili di vita sono diversi e non familiari. Lo shock culturale lascia una sensazione di impotenza e confusione:
- il diverso concetto di salute: in alcuni stranieri il concetto di salute è sicuramente diverso dal nostro, così come il concetto di prevenzione e cura, per cui anche le pratiche mediche necessitano di una “traduzione” ed eventuale mediazione;
- l'uso improprio del Servizio, quasi come sostitutivo del medico di base.

Il Pronto Soccorso è un punto di accesso all'ospedale per i casi di urgenza sanitarie; i pazienti migranti regolari e non, utilizzano però questo servizio in un modo diverso, ricorrendo al Pronto Soccorso per tutti i disturbi di salute, anche in caso di banali raffreddori, dando origine al fenomeno dell'overcrowing ovvero del sovraffollamento. Da diversi studi<sup>210</sup> emerge infatti che il numero di

---

<sup>209</sup> M. Leininger, studiò e fondò l'assistenza infermieristica transculturale, già dagli anni '60 del secolo scorso.

<sup>210</sup> In questa ricerca mi riferisco soprattutto ad uno studio compiuto nell'ospedale di Biella nel 2004, che ha rilevato tra i pazienti migranti un altissimo tasso di codici bianchi e un alto tasso di codici gialli rispetto ai pazienti italiani.

codici bianchi tra i pazienti migranti sia molto maggiore rispetto a quello dei codici bianchi<sup>211</sup> per i pazienti italiani; a riguardo vi sono diverse ipotesi:

- I migranti regolari non hanno un medico di base;
- L'ospedale è visto come un luogo in cui ci cura;
- Gli orari dei medici di base sono poco accessibili per lavoratori che non possono assentarsi dal posto di lavoro
- I medici di base non sono competenti con una utenza multiculturale

Infatti per chi non è regolarmente presente in Italia, è impossibile iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale; avere un medico di base non è possibile, mentre gli interventi dal Pediatra di base sono invece ottenibili anche per i non regolari. È possibile però far ricorso ai servizi di base presenti all'interno dei centri ISI<sup>212</sup> e degli ambulatori per migranti.

L'ospedale è poi visto, anche da molti italiani come un luogo dove ci si cura, e il Pronto Soccorso è il luogo di immediato accesso ad esso.

Anche se non esistono studi in merito, sembra giocare anche il fattore della formazione, in quanto i medici di base non sembrano essere preparati ad un'utenza multiculturale; un ultimo motivo di abuso del Pronto Soccorso da parte dei migranti è l'orario dei medici di base, che per persone che lavorano (soprattutto per i migranti) può essere molto scomodo; ecco dei brevi brani di interviste in merito:

*“Effettivamente, vi è un uso sbagliato da parte dei cittadini stranieri del Pronto Soccorso: questo accade per motivi culturali, ma anche perché chi lavora fino alle 17 e oltre, e non può perdere ore di lavoro, non va dal medico di base, viene da noi”.*

Intervista dirigente medico Pronto Soccorso

Questo sovrappioppamento, può causare, tra gli operatori medico sanitari, un sentimento di diffidenza verso i pazienti stranieri, del sospetto che “loro facciano i furbi”, come testimonia questo brano di intervista;

*certe volte, specialmente quando gira l'influenza, noi ci ritroviamo tanti extracomunitari che aspettano....tutti codici bianchi, o quasi: cose da niente, un raffreddore, un mal di testa, al massimo febbre...e stanno lì ad aspettare.*

---

<sup>211</sup> Dopo l'accesso in Pronto Soccorso, viene effettuata una valutazione di gravità delle condizioni del paziente (triage), che assegna un grado di gravità, e quindi di urgenza di visita al paziente migrante; i gradi sono 3, e per ognuno di esso viene assegnato un colore, che può essere bianco se l'urgenza presentata non mette in pericolo di vita in paziente, giallo se pur non essendo mortale può comportare dei danni di salute grave e rosso se il rischio corso dal paziente non è rinviabile.

<sup>212</sup> I servizi ISI non sono tuttavia presenti in tutte le città.



## Infermiere 2 Pronto Soccorso

Nel caso di urgenze sanitarie, possono sorgere problematiche molto gravi a livello del rapporto paziente-operatore; ciò succede perché da una parte, arriva un paziente (con amici/parenti) dolorante, che vuole essere curato immediatamente e dall'altra c'è il personale medico-sanitario che può anche procrastinare la visita, dando precedenza ad altri pazienti, anche arrivati successivamente. Il non condividere la criticità di un intervento, può nascondere dei nodi critici da ambo le parti: un errore di valutazione da parte del personale medico infermieristico, data la difficoltà di comunicazione linguistico culturale diagnosi, oppure l'errata socializzazione all'uso dei servizi sanitari da parte dei migranti, come testimoniano questo brano di interviste:

*“Una volta, durante il turno di notte, mi è capitato di ricevere in accoglienza un ragazzo marocchino, sui 20-25 anni; era mezzo ubriaco, e ferito all'avambraccio destro, lui e suoi amici sapevano poco l'italiano, e mentre noi cercavamo di spigargli di stare calmo, loro gridavano..... abbiamo dovuto chiamare l'agente...”.*

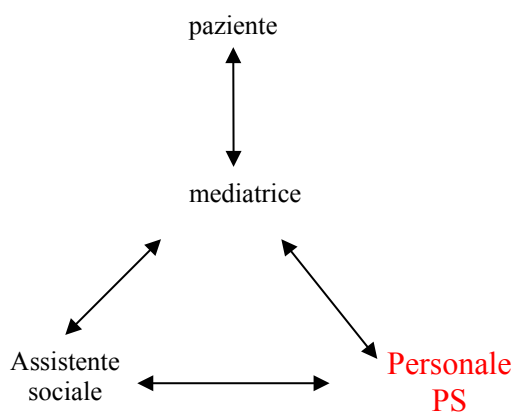
Intervista infermiere Pronto Soccorso 1

A livello di collaborazioni, dalle interviste, sembra emergere che il personale sanitario, soprattutto gli infermieri, collaborino molto con i mediatori linguistico culturali, in un'ottica però di emergenzialità, ovvero di hic et nunc; la collaborazione con le Assistenti Sociali è invece più limitata, date le caratteristiche dei loro interventi, che hanno bisogno di tempo per essere pianificati. Vorrei mettere in evidenza questo brano di intervista:

*“Sì, collaboriamo molto con le mediatrici, sono in gamba, ma non ci sono sempre: purtroppo di notte, quando tante volte ci sono pazienti e casi complessi, dobbiamo cavarcela da soli, o aspettare. Con le Assistenti Sociali lavoriamo poco....”*

Infermiere Pronto Soccorso 1

A livello di collaborazione con gli assistenti sociali e mediatori culturali, gli operatori del Pronto Soccorso hanno un ruolo che può essere riassunto come nelle figura sottostante:



**Schema 1: lavoro di equipè nella presa in carico del paziente straniero e ruolo del personale del Pronto Soccorso.**

I rapporti sono biunivoci tra paziente e mediatore, che è il “punto di snodo” verso gli operatori sanitari e gli operatori sociali, che per motivi comunicativi e culturali possono avere delle difficoltà a rapportarsi; il rapporto tra operatori sanitari e Assistenti Sociali, da quanto emerge dalle interviste, sembra essere limitato, in quanto il lavoro del Pronto Soccorso è sul momento, e dura solo il tempo di compiere una prima diagnosi e se vi è la necessità di inviare il paziente in un reparto ben specifico, dove potrà intervenire in un secondo momento l’Assistente Sociale.

## 7.2 Il nido pediatrico

Da quasi dodici anni, il numero delle nascite a Novara presenta un costante incremento, soprattutto grazie all’aumento significativo dei bambini nati da genitori migranti.

Il trend in aumento osservato nei reparti di neonatologia, si riflette anche negli accessi ambulatoriali e nei reparti del dipartimento Materno Infantile ed in generale in una sempre maggiore affluenza di pazienti di origine straniera presso tutti i reparti ospedalieri. Nell’area novarese, infatti, sul totale dei ricoveri di migranti, circa il 50% di questi ha riguardato l’area materno infantile, e il 30% dei ricoveri del materno infantile riguardano migranti<sup>213</sup>. Dato il crescente aumento di bambini nati all’interno dell’ospedale, si è pensato di cercare di sostenere in modo particolare la salute delle madri e dei loro figli; sono stati quindi predisposti, per ogni reparto, e in particolare per Pediatria, opuscoli, consensi informati, riguardanti le procedure che si svolgono normalmente durante la degenza del neonato, il puerperio, e la promozione dell’allattamento al seno.

<sup>213</sup> Dati a cura del CeDap dell’ospedale di Novara.

Alle dimissioni vengono consegnate alle neomamme prescrizioni tradotte nelle diverse lingue riguardanti le indicazioni terapeutiche, le profilassi, e la disponibilità ad usufruire di ambulatori consultoriali. Quest'ultimo aspetto è molto importante, in quanto tramite esso si tutela la continuità assistenziale dei minori e delle donne una volta dimesse.

All'interno del reparto Pediatrico, il lavoro con i pazienti migranti è molto differente rispetto a quello con i pazienti in Pronto Soccorso, dove il rapporto con il paziente inizia e finisce nel corso di poche ore, in quanto paziente o viene curato in ambulatorio e subito dimesso, o viene inviato presso altri reparti per un ricovero e il fattore tempo e il contesto risultano essere molto critici; all'interno di Pediatria e soprattutto del Nido Pediatrico, il setting è molto diverso, in quanto si tratta di un ambito di ricovero, nel quale è possibile stabilire una reale comunicazione con i famigliari del neonato, e nel quale vi è un contesto di accoglienza. Dal punto di vista scientifico, questo reparto è molto importante anche per studiare i rapporti con i pazienti migranti, in quanto è un contesto nel quale emergono molto chiaramente le pratiche di culture altre, per quanto riguardo la cura del corpo, il puerperio e le prime fasi di vita: è quindi fondamentale, per il personale medico, la presenza delle mediatrici linguistico culturali, sia per ragioni linguistiche, che per ragioni di mediazione culturale, nello spiegare usi e costumi dei pazienti: celebre è il caso dei padri marocchini, che appena nato il bambino/a, devono sussurargli all'orecchio una ben precisa Sura del Corano e dargli da succhiare un dattero:

*“C’era un Imam (....) che guardava suo figlio che era un nostro paziente e e poi non ti dico quando gli ha dato il dattero da succhiare! Noi ci siamo precipitate, e abbiamo pensato, oddio! Che sta facendo”*

Infermiera pediatrica 2

Come riportato nel brano di intervista soprastante, all'inizio del fenomeno dei pazienti migranti, ci sono stati dei momenti di incomprensione reciproca, ma sono stati risolti in parte grazie al lavoro delle mediatrici; talvolta però il lavoro non è facile, in quanto le mediatrici non fanno il turno di notte:

*“No, in ambulatorio no, nel senso che da noi c’è sempre stata la mlc tantissimo, anche perché sono sempre state molto brave a spiegarci il perché degli atteggiamenti che tenevano. Io personalmente avevo avuto un problema quando lavoravo come internista, nel 2000, turno di notte. C’era un Imam che guardava suo figlio che era un nostro paziente e io, donna,(...), dovevo chiedergli alcuni dati del bambino; mi rivolgevo a lui direttamente, come a qualsiasi altra persona, e lui invece mi*

*dava le spalle! Io cercavo invece un punto di incontro; e quindi, insomma, ho capito solo dopo quel che significava tutto questo. È stato interessante...io, una donna bionda con gli occhi chiari, che gli rivolgevo la parola! qualcosa di super negativo. e poi non ti dico quando gli ha dato il dattero da succhiare! Noi ci siamo precipitate, e abbiamo pensato, oddio! Che sta facendo?”*

Intervista infermiera pediatria 1

La presenza di mediatrici non significa automaticamente la fine di ogni divergenza con i pazienti, come testimonia questo brano di intervista:

*“Sì, sia con stranieri, che con italiani. Ogni tanto c'è sempre la persona che vuole fare le cose diversamente, o fare delle cose che non ci trovano d'accordo. A volte ci sono conflitti con i parenti dei ricoverati, che a volte non accettano norme o regolamenti”.*

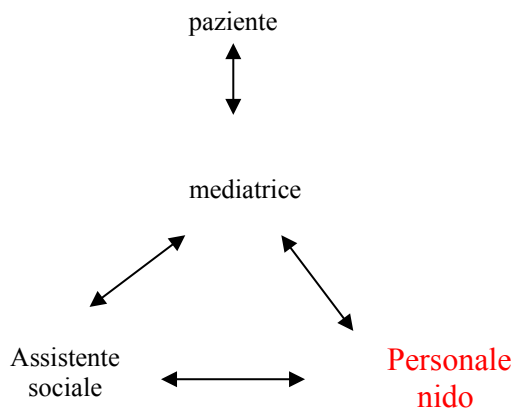
Dirigente medico

Il lavoro sanitario con pazienti stranieri all'interno del reparto pediatrico avviene anche grazie alla collaborazione continua con le mediatrici culturali e le assistenti sociali, prassi che sembra consolidata nel tempo, come testimonia questo brano di intervista

*“Affrontiamo insieme tutti i casi che presentano la necessità di una presa in carico anche sociale, oppure affrontiamo insieme tutte le situazioni che richiedono la presenza di un mediatore culturale”.*

Dirigente medico

Un efficace schema dei rapporti di collaborazione all'interno di pediatria è quello sottostante: il mediatore è sempre il punto di snodo tra per quanto riguarda il rapporto con il paziente straniero, sia per gli operatori sociali che per gli operatori sanitari; in Pediatria, vi è anche, a differenza dello schema precedente, una collaborazione tra personale medico e personale sanitario, in quanto, teoricamente, c'è più tempo per predisporre gli interventi.



**Schema 2: lavoro di equipè nella presa in carico del paziente straniero e ruolo del personale del Nido pediatrico.**

In questo reparto, le mediatrici culturali, oltre a svolgere un lavoro di interpretariato e di mediazione culturale, tengono anche dei corsi di formazione al personale medico, in materia di pratiche culturali: un importante lavoro di empowerment non solo dalla parte dei pazienti, ma diretto al personale, per aumentare la qualità degli interventi in corsia.

*Rifarei un incontro con le mediatrici: un incontro come abbiamo già fatto nel passato, dove vengono descritte le culture e quindi un aggiornamento in questo senso: perché, nella nostra pratica quotidiana, tante volte ci troviamo di fronte a delle difficoltà: questo linguaggio non verbale, in questi casi è determinante. Assumiamo dei comportamenti che, se non ne conosciamo il significato, si può essere fraintesi”.*

infermiera pediatrica 1.

È importante però sottolineare che essere informati sulle pratiche proprie di un particolare gruppo etnico o sociale, non significa automaticamente che quelle pratiche verranno messe in atto da chi si sente parte o pensa di appartenervi.

Dalle interviste, e dalle pratiche culturali mediate all'interno del reparto, emergerebbe una sensibilità particolare degli operatori sanitari per i pazienti stranieri, ma per compiere una affermazione del genere, si dovrebbe procedere a studi più mirati, come per esempio una serie di ampia di interviste non solo dirette al personale sanitario, ma anche ai familiari dei pazienti.

## **7.4 Il Servizio Sociale ospedaliero**

Per introdurre meglio la descrizione dell'attività dell'ufficio di Servizio Sociale dell'Ospedale di Novara nei confronti dei pazienti stranieri, secondo me è necessario descrivere sinteticamente il lavoro dell'assistente sociale in ospedale, in quanto è una figura professionale che da un lato è fondamentale per la l'integrazione dei servizi socio sanitari e per la continuità assistenziale, ma dall'altro è ancora troppo poco diffusa rispetto ai bisogni dei pazienti utenti. Si pensi che solo all'ospedale di Novara, il secondo ospedale piemontese, sono presenti solo 2 Assistenti Sociali. Nel corso del 2008, hanno seguito 480 utenti/pazienti, dei quali l'8% erano migranti, regolari o non regolari.

### **7.4.1 Il servizio sociale ospedaliero: metodi e tecniche**

Quando il cittadino ricorre agli interventi del Servizio Sanitario Nazionale, il suo stato di malessere fisico può essere la conseguenza di una situazione di disagio e bisogno sociale; la risposta del Servizio Sanitario Nazionale, per essere veramente efficace, dovrà quindi tenere conto di una dimensione integrata, sia sanitaria, che sociale, per ridurre o eliminare gli aspetti sociali che sono alla base dello stato di malessere. Questo tipo di intervento potrà essere portato avanti efficacemente solo dai professionisti dell'aiuto sociale, ovvero dagli assistenti sociali ospedalieri.

Lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali, approvato con il DPR 20-11-1979 n°761, prevede nel ruolo tecnico il profilo professionale di assistente sociale coordinatore e assistente sociale collaboratore. In tale profilo sono stati inquadrati gli assistenti sociali già in forza agli ex enti ospedalieri o agli enti mutualistici disciolti, nonché quelli addetti a servizi sanitari delle Regioni (ora alle ASL), di enti locali e enti parastatali. L'assistente sociale coordinatore, nell'ambito di ciascun presidio, servizio o ufficio dell'unità sanitaria di appartenenza, svolge attività e prestazioni inerenti la sua competenza professionale, coordinando nel contempo l'attività degli assistenti sociali collaboratori, mentre l'assistente sociale con la qualifica di collaboratore partecipa invece nell'unità operativa a cui è assegnato, alla elaborazione dei piani di lavoro e di intervento, svolgendo le attività e gli interventi di servizio sociale ordinari, nel principio dell'autonomia operativa.

Le tecniche e i metodi di intervento tipici degli assistenti sociali ospedalieri, che sono adottate si rifanno principalmente a due metodologie principali:

- il modello unitario centrato sul compito<sup>214</sup>, per il lavoro sociale all'interno dell'ambiente ospedaliero, e
- il modello di lavoro di rete<sup>215</sup> per ciò che concerne gli interventi che necessitano di continuità assistenziale.

Gli interventi che sono chiamati ad effettuare riguardano un ampio ventaglio di possibilità: in maggior parte sono dimissioni protette di pazienti anziani, che necessitano di una rete di supporto al di fuori dell'Azienda ospedaliera, circa il 70% degli interventi totali, ma vi sono anche interventi che riguardano cittadini stranieri, situazioni riguardanti minori e disabili.

In questo insieme di interventi, il lavoro di segretariato sociale e di orientamento ai Servizi sociali territoriali e di raccordo con altri Servizi è una parte molto importante del lavoro, perché permette di raccordare i bisogni degli utenti/pazienti con le risorse esterne all'Azienda ospedaliera, che possono essere di natura sociale, sanitaria e socio sanitaria, Pubblica, Privata e convenzionata.

La fase del colloquio e dell'intervento, che solitamente tra negli altri contesti di lavoro degli Assistenti Sociali è più lunga, seguendo uno schema ben preciso<sup>216</sup> nel contesto ospedaliero è molto più breve, in quanto c'è meno tempo a disposizione, in quanto il tempo dell'intervento è correlato alla durata del ricovero. Il setting dell'intervento è poi molto particolare, in quanto può essere localizzato anche in corsia, in collaborazione con figure professionali mediche.

Si può quindi affermare che il lavoro sociale in ospedale è caratterizzato da almeno 3 elementi che lo distingue dagli altri contesti di servizio sociale:

- Rapidità dell'intervento
- Lavoro in equipe multiprofessionali soprattutto medico sanitaria

Il lavoro di un AS ospedaliero è fortemente determinato dal tempo, dall'hic et nuc: spesso da quando viene segnalato un caso, da familiari, da medici o dal paziente stesso, a quando il paziente deve essere dimesso, possono passare pochissimi giorni, o addirittura poche ore, per cui bisogna proporre delle soluzioni rapide. All'ospedale di Novara, le Assistenti sociali ospedaliere, con alcune assistenti sociali territoriali, hanno progettato degli iter per le casistiche più frequenti, dei percorsi di assistenza preimpostati, da tarare meglio in base alle situazioni individuali; questo progetto è stato elaborato per migliorare la continuità assistenziale.

Il secondo elemento caratteristico è il continuo lavoro in equipe con gli operatori medico sanitari, in un contesto prettamente ospedaliero, dove spesso prevale una visione quasi prettamente sanitaria dell'intervento, non multidimensionale, utilizzando linguaggi tecnici e comportamenti appartenenti

<sup>214</sup> S. Simoni, il modello unitario centrato sul compito,

<sup>215</sup> Fogheraiteer at alii, il lavoro sociale di rete,

<sup>216</sup> secondo il manuale di Servizio Sociale "Il Processo di aiuto" di Milena Lerma, 1991 Astrolabio editore, Roma, il colloquio e l'intervento standard devono essere strutturati in più fasi, nell'arco di più giorni; queste fasi, sinteticamente sono: accoglienza della domanda, analisi delle ipotesi, presa in carico e valutazione dell'intervento,

a quella sfera. Lavorare con operatori medici sanitari in ospedale, e appartenere ad un altro ambito di competenze, quello sociale, non dovrebbe risultare solo un processo solo di scontro tra figure professionali diverse, ma soprattutto di reale integrazione e mediazione: gli uni hanno la possibilità di apprendere dagli altri, e capire che sia il sociale che il sanitario non sono che due facce di una medesima medaglia. I momenti di collaborazione sono continui, sia quando l'assistente sociale è chiamato in reparto da medici, pazienti e familiari dei pazienti, sia nel corso delle Unità Valutative Geriatriche, (UVG<sup>217</sup>) potenti strumenti di integrazione socio sanitaria.

#### **7.4.2 Breve storia del servizio sociale ospedaliero di Novara**

L'ufficio di Servizio sociale nell'ospedale di Novara ha una lunga storia: esiste fin dal 1968, ben prima della riforma sanitaria del 1978, ed è durato in modo ininterrotto fino al 1995. Allora l'organico dell'ufficio era formato da 5 assistenti sociali, che lavoravano in un'ottica di segretariato sociale, e che sono andate in pensione una dopo l'altra fino al 1995, anno in cui il servizio sociale ospedaliero è stato sospeso. Nel 1998 è stato rimesso in piedi, ed è stata assunta la prima Assistente sociale del nuovo servizio sociale ospedaliero, che è stata poi affiancata da una seconda collega l'anno successivo. Uno dei motivi del rinnovamento del servizio era il forte aumento della popolazione di pazienti nelle fasce di età più avanzate, con problematiche oltre che sanitarie, anche sociali, di continuità assistenziale, e gli operatori medico sanitari e le assistenti sociali comunali, che venivano talvolta contattate dai parenti o dai medici stessi, non potevano farvi fronte efficacemente.

*“Stavamo rimettendo in piedi il Servizio Sociale in ospedale, per cui c'era anche un grosso bisogno di connotare il Servizio Sociale ospedaliero che veniva a ricrescere e veniva a rinnovarsi dopo 2-3 anni di assenza, in maniera diversa dal precedente, non in un discorso di segretariato sociale e basta, i “buttafuori”, lo chiamavamo; ma una presenza che avesse un significato, bisognava “accreditarla”.*

Una volta reintegrate nell'organico, la fase iniziale che le assistenti sociali dell'ufficio si trovarono ad affrontare fu quella dell'analisi dei bisogni, per capire quali dovevano essere le priorità della allocazione delle risorse, e in che modo intervenire; nel mentre, il lavoro sociale fu inizialmente centrato sulle emergenze costituite dalle dimissioni protette, che venivano (come succede anche

---

<sup>217</sup> le Unità Valutative Geriatriche, o UVG sono degli strumenti di valutazione che agiscono in una logica di integrazione socio sanitaria e multidimensionale che vengono utilizzati in ambito ospedaliero prima delle dimissioni di una persona anziana: è una scala, in parte con parametri medici e in parte con parametri sociali, che cerca di misurare le capacità residue dell'individuo; in base al punteggio ottenuto dalla valutazione, si progetteranno interventi diversi.



adesso) annunciate con poco, pochissimo preavviso, con la necessità di trovare una soluzione residenziale immediata per i pazienti dimessi.

Queste azioni, che in assenza delle assistenti sociali ospedaliere erano svolte dai Primari di reparto, o dai familiari dei pazienti, telefonando a questa o quella residenza sanitaria anche non convenzionata, o facendo talvolta riferimento alle Assistenti Sociali di territorio assunse subito uno spessore diverso, in quanto le assistenti sociali furono in grado fin da subito, di tessere una rete di continuità assistenziale con le colleghe dei Comuni interessati, e con una rete di Residenze Sanitarie per Anziani e altre case di cura, convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e non; inoltre furono presi in carico anche altri fasce d'utenza e altri bisogni oltre a quello legato alla continuità assistenziale, in un interventi a tutto tondo, nella elaborazione di UVG, negli interventi per pazienti minori e pazienti adulti in difficoltà.

Un lavoro difficile, in quanto si andava a scalfire il ruolo (e il potere decisionale) dei medici all'interno di un ospedale, soprattutto da parte di una professione che in ambito sanitario era considerata "debole". Subito dopo una prima fase di analisi dei bisogni, vennero subito progettati degli iter specifici per gli interventi più comuni, dei percorsi assistenziali poi da individualizzare sul singolo paziente/utente, in una logica di continuità assistenziale, di integrazione socio sanitaria, Circa un anno e mezzo dopo il rientro delle AS in ospedale, venne notato un nuovo fenomeno: la presenza, in costante aumento di pazienti migranti:

*“Allora, dal 2000, quando avevamo circa 500 pazienti stranieri ricoverati, senza la fascia ambulatoriale di pronto Soccorso, che sicuramente ricopre una buona fetta della nostra attività”;*

Il fenomeno della crescente utenza di migranti, all'inizio non significativo numericamente, ma molto complesso dal punto di vista dei singoli casi, ha sin da subito posto nuove sfide, sia al personale amministrativo che al personale sanitario. I “nuovi pazienti” presentavano (e per certi versi presentano tuttora) un modello di salute e malattia e di uso dei Servizi sanitari parzialmente diverso da quello dei pazienti italiani, con una situazione sociale molto più svantaggiata; c'è poi un enorme problema di comunicazione, perché i migranti, spesso arrivati da poco in Italia, parlano poco o male italiano, e il personale dell'ospedale parla, mediamente solo una lingua straniera, con padronanza molto variabile.

Gli utenti migranti del Servizio Sociale presentano poi bisogni sociali molto diversi dai pazienti italiani, come bisogni abitativi ed economici molto pressanti, declinati inoltre secondo un'ottica inter-culturale: un lavoro quindi molto complesso.

I nodi critici all'interno del lavoro con i pazienti migranti dell'ufficio di servizio sociale sono quelli dell'ospedale intero: le problematiche principali vertono innanzitutto sulla comunicazione paziente-personale sanitario, e sulle incomprensioni culturali, in quanto sia i pazienti che gli operatori sanitari e sociali ignorano i rispettivi modelli di salute; tuttavia l'ufficio di servizio sociale riesce a cogliere questi nodi critici e comincia a pensare e successivamente attuare alcune strategie, soprattutto per ridurre i problemi comunicativi, in quanto la letteratura in merito di lavoro socio sanitario con i migranti è molto scarsa, e le "buone prassi" cominciano a sperimentarsi solo allora. Grossi problemi di lavoro con i pazienti stranieri, si hanno poi in Pronto Soccorso, dove il problema permane in parte anche tuttora, e nel reparto materno infantile, dove però grazie ad una serie di misure, la situazione sembra essere migliorata<sup>218</sup>.

I problemi che hanno le As a lavorare con i pazienti migranti, sono gli stessi che vengono riscontrati nei reparti ospedalieri, proprio perché il loro lavoro è di natura socio sanitaria, e spesso si svolge in corsia.

Una delle prime misure prese per superare i problemi comunicativi, è quella di impiegare i pazienti e i familiari come traduttori per chi non capisce la lingua italiana, sia altri pazienti che altri familiari, una pratica già nota agli operatori sanitari, che ora viene impiegata anche dagli operatori sociali: i traduttori sono spesso bambini, in quanto andando a scuola in Italia, sanno comprendere e parlare meglio l'italiano rispetto ai propri genitori.

*“Per cui il nostro problema in una fase iniziale era quello di parlare con la gente, di spiegare ciò che stava succedendo. Nel primo momento, abbiamo utilizzato pazienti che diventavano mlc, nei confronti di altri pazienti; questo durante la fase del ricovero, per cui chiedevamo alla vicina di letto di aiutarci a farci capire. Alcune sono state situazioni occasionali, mentre con altre persone si è stabilito un rapporto un pochino più duraturo e sono diventati i primi MLC, informali”*

Nell'arco di un anno di tempo circa, a seguito di diverse vicende ed analisi, vengono compresi alcuni elementi del rapporto stranieri-operatori sanitari e sociali:

- Ci sono delle disuguaglianze di salute tra pazienti migranti e pazienti italiani
- La traduzione da sola non è sufficiente, è necessario un lavoro di mediazione sia linguistica che culturale;
- Il ruolo del mediatore non può essere svolto da chiunque, ma preferibilmente da operatori adeguatamente formati

---

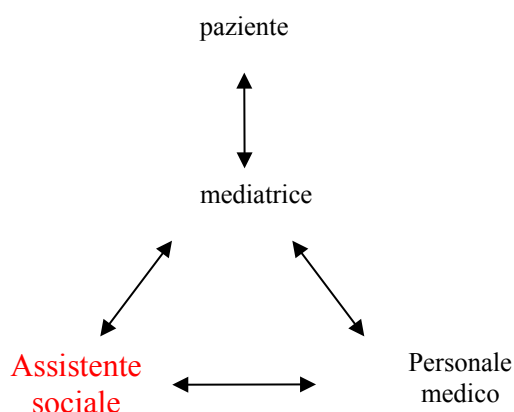
<sup>218</sup> Sia del reparto di Pronto Soccorso, che del reparto di Pediatria, si parlerà più approfonditamente dopo.

Nel 2000 viene elaborato quindi un progetto dall'ufficio di servizio sociale pensato appositamente per migliorare il lavoro socio sanitario con i pazienti migranti, che prevedeva tra l'altro, l'introduzione di mediatori linguistici culturali formati a livello professionale; il progetto viene approvato dalla Direzione Amministrativa, ma non viene finanziato. Solo nel 2003 si riesce ad accedere a questi finanziamenti, e nasce il servizio di mediazione linguistico culturale continuativo, dove prima erano a titolo di volontariato<sup>219</sup>.

Successivamente, nel 2004, le Assistenti Sociali hanno fatto parte della delegazione ospedaliera che si occupa della rete HPH<sup>220</sup>, inizialmente per il COES<sup>221</sup>, aderendo anche all'iniziativa MFH.

Successivamente l'ufficio di Servizio Sociale ospedaliero, ha promosso la traduzione di una serie di opuscoli informativi multilingue e ha svolto un ruolo di regia rispetto all'operato dell'ufficio di mediazione culturale.

Il Servizio sociale ospedaliero, collabora, nei casi di pazienti migranti, con i dirigenti medici dei singoli reparti, e con le mediatrici culturali; la collaborazione con gli Infermieri Professionali è invece scarsa,



**Schema 3: lavoro di equipè nella presa in carico del paziente straniero e ruolo delle Assistenti Sociali.**

<sup>219</sup> Questo progetto sarà trattato più approfonditamente in seguito, nel paragrafo "progetti ad hoc".

<sup>220</sup> Cfr al capitolo 4, paragrafo sulla Rete HPH.

<sup>221</sup> Centro Oncologico Europeo Sanitario: una iniziativa HPH, volta a creare una rete di poli oncologici in Piemonte, razionalizzata e di qualità, anche attraverso lo scambio delle buone prassi tra ospedali.

### 7.4.3 Il progetto Jamila

A mio parere, è fondamentale anche riportare i progetti sull'interculturalità ideati e promossi all'interno dell'ospedale da parte delle Assistenti Sociali.

Presso l'azienda Ospedaliera "Maggiore della Carità" di Novara è stato attivato il progetto Jamila: un percorso di salute per tutti, che comprende una serie di interventi finalizzati a:

1. promuovere nel personale sanitario le competenze per lavorare a contatto con cittadini di differenti culture;
2. migliorare la conoscenza, l'accessibilità e la fruibilità dei servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri

#### **materiali e metodi:**

in una prima fase è stata condotta un'indagine conoscitiva sull'afflusso dei cittadini stranieri presso la struttura ospedaliera, che ha permesso di identificare le etnie prevalenti, le aree sanitarie maggiormente interessate e altre variabili relative alle modalità di accesso e al regime di degenza.

Nel periodo compreso tra il 1.07.2002 e il 30.06.2003, i ricoveri di cittadini stranieri sono risultati il 4.32% di tutti i ricoveri effettuati.

Per quanto riguarda l'area materno infantile nel decennio tra il 1995 e il 2005, su un totale di 15.388 neonati, 1800 (11,7%) erano figli di persone immigrate (almeno un genitore) da Paesi in via di sviluppo. Nell'anno 2005, la percentuale di bambini di origine straniera ha raggiunto quasi il 20%.

Al fine di delineare le modalità di comunicazione adottate presso l'ASO nei confronti dell'utenza immigrata, parallelamente all'indagine conoscitiva, è stato somministrato un questionario al personale a maggior contatto con i cittadini stranieri.

#### **Azioni intraprese:**

Per rispondere alle nuove esigenze l'Azienda ospedaliera ha condotto una serie di interventi alcuni in partnership con il Tribunale dei Diritti del Malato, attuati grazie al contributo della Provincia di Novara- Assessorato alle Politiche Sociali.

Oltre alla traduzioni (in lingua araba, albanese, francese e inglese) di materiale informativo e indicazioni segnaletiche (per es. traduzione del vademecum, Essere ricoverati in ospedale, grazie al finanziamento della Provincia di Novara), da fine 2003 è stato attivato un Servizio continuativo di mediazione culturale, che, con la presenza quotidiana di due mediatrici culturali (di lingua araba e albanese), garantisce un'accoglienza e un'assistenza continuative nel tempo. La Direzione Aziendale ha successivamente finanziato in proprio la continuazione del progetto che tutt'oggi risulta ancora attivo.

Un'azione, non di secondaria importanza, è la formazione professionale degli operatori sanitari. L'esigenza formativa è stata un primo tempo condivisa e sviluppata con altre aziende sanitarie piemontesi che afferiscono al gruppo HPH "Umanizzazione dei Servizi", tramite l'attivazione del corso di formazione interaziendale Verso una sanità multietnica: aspetti normativi e culturali per l'accoglienza dei cittadini stranieri, con più edizioni alla quali hanno partecipato gli operatori delle Aziende Sanitarie coinvolte. Nei primi mesi del 2006, è stato avviato un progetto aziendale, che prevede un corso di formazione interculturale da effettuarsi in 6 edizioni presso la sede dell'Azienda Ospedaliera, il progetto Jamila.

Gli obiettivi: prevedono due direzioni

1. supporto agli operatori sanitari che si trovano a gestire pazienti extracomunitari, con le difficoltà che ne conseguono nel momento in cui si creano problemi di comunicazione. Al mediatore culturale è richiesta un'adeguata preparazione, oltre ad una particolare disponibilità e sensibilità, fondamentali nell'aiutare gli operatori sanitari a comprendere il significato di abitudini, tradizioni, credenze e valori lontani dalla nostra consuetudine.
2. servizio ai cittadini extracomunitari, tramite la figura del mediatore, che funge da "cerniera" tra la cultura straniera e le prassi sanitarie. La presenza del mediatore può dare in modo che siano spiegate nella lingua di origine e in un modello culturale condiviso i diversi aspetti della patologia in atto e i percorsi di cura correlati, garantendo così al paziente il diritto all'autodeterminazione e alle pari opportunità.

Le azioni

- la predisposizione di materiale informativo in lingua araba, albanese, rumena, francese ed inglese, riguardante i servizi e le prestazioni erogate dall'ospedale e le indicazioni relative alle modalità di ricovero e degenza;
- l'attivazione di un punto informativo all'interno dell'ospedale, destinato ai pazienti stranieri, alle loro famiglie, agli operatori socio sanitari con la presenza di mediatori culturali (per alcuni giorni della settimana) per le etnie maggiormente presenti; la presenza in sede (su chiamata) per eventuali urgenze; l'appoggio ad una cooperativa di mediatori per eventuali etnie occasionalmente presenti nella struttura sanitaria.

Valutazione dei risultati

Sono previsti quali indicatori per la valutazione dei risultati:

- numero totale degli accessi al punto informativo;
- numero totale delle prestazioni richieste dal personale sanitario al Servizio Sociale Ospedaliero per le problematiche relative all'interculturalità;

- tipologia delle richieste più frequentemente rivolte dai cittadini stranieri e dal personale sanitario.

È stato poi approvato anche un secondo progetto: “Essere mamma in terra straniera”

Gli obiettivi:

1. favorire l’accesso delle donne straniere ai servizi materno infantili per una maggiore e più consapevole tutela del percorso di maternità;
2. rimuovere gli ostacoli linguistico-culturali per facilitare l’interazione paziente straniero-operatore sanitario e garantire una reale fruizione del diritto all’assistenza;
3. promuovere la capacità di orientamento delle donne straniere all’interno dei servizi

Le azioni

- favorire l’informazione nei confronti delle donne straniere per un percorso di maternità tutelata mediante l’utilizzo di opuscoli e cartellonistica multilingue.
- Garantire nei reparti di pediatria e neonatologia, ostetricia e ginecologia la presenza della mediatrice culturale per le due etnie maggiormente presenti sul territorio novarese (albanese e araba), per facilitare l’alleanza terapeutica tra operatori sanitari, pazienti e familiari. Eventuali interventi ad hoc sono realizzabili per etnie meno presenti sul territorio.
- Garantire la presenza della mediatrice culturale ai corsi pre parto organizzati presso l’ASO

Valutazione dei risultati

Sono previsti quali indicatori per la valutazione di risultati:

- Numero totale delle richieste che pervengono alle mediatrici sia da parte degli operatori che da parte delle utenti;
- Numero delle richieste di partecipazione ai corsi pre parto da parte di donne straniere

#### Le risorse dei progetti

Il finanziamento dei progetti è avvenuto, come già riportato, grazie al contributo della Provincia di Novara e dell’Assessorato di Volontariato per la tutela dei diritti del malato. Il Centro Servizi per il Volontariato ha supportato i progetti tramite la fornitura del materiale a stampa. La gestione dei progetti è stata garantita dal Servizio Sociale Ospedaliero, con mansioni di programmazione, organizzazione e coordinamento sia dal punto informativo, sia dei mediatori culturali.

## Visibilità e promozione dei progetti

La promozione e la visibilità dei progetti sono state attuate tramite materiale divulgativo indirizzato all'interno e all'esterno dell'ASO (enti pubblici e privati, associazioni di volontariato, organi di stampa)

## Risultati ottenuti dai Progetti

Sono state tradotte in lingua araba, albanese, francese e inglese le spiegazioni inerenti i codici di accesso al Pronto Soccorso e dell'Accettazione. Per i ricoveri è stato tradotto un vademecum, "Essere ricoverati in ospedale", che raccoglie le principali informazioni in merito alle norme che regolano la degenza in reparto. La presenza dei mediatori è stata da subito importante nell'attività quotidiana di alcune strutture: si è rilevato un significativo aumento del numero di richieste dei loro interventi da parte degli operatori sanitari. Frequentemente il personale ha richiesto il mediatore culturale con funzioni di mero interpretariato. Questo consentiva comunque al mediatore di inserirsi nel contesto di cura e di avviare interventi successivi in cui applicare la propria professionalità, non di semplice traduttore, ma assumendo un ruolo fondamentale nel favorire negli operatori sanitari la comprensione del significato di abitudini e tradizioni lontane dalla nostra consuetudine.

La presenza dei mediatori culturali forniva all'Azienda un utile contributo al fine di integrare la Carta dei Servizi con alcune pagine multilingua relative ad informazioni essenziali per la fruizione del SSN.

Nel dipartimento Materno Infantile la presenza delle mediatrici è stata molto apprezzata dal personale sanitario, che ha rilevato un significativo miglioramento nella raccolta dei dati anamnestici e clinici, nella costruzione del percorso diagnostico, nella presentazione delle procedure terapeutiche e nell'acquisizione del consenso informato. Con l'aiuto delle mediatrici culturali sono stati disposti in diverse lingue diversi opuscoli e materiale informativo dedicati al puerperio, alle cure neonatali e al percorso per l'interruzione di gravidanza, utili anche per una basilare educazione sanitaria.

## 7.5 Il servizio di mediazione culturale e linguistica

Le prime mediatrici assunte con contratti di collaborazione a progetto<sup>222</sup> furono le mediatrici di madrelingua albanese e araba. A quel punto, la loro posizione è diventata da extra ospedaliera, legata al volontariato, a facente parte del personale dell'ospedale, anche se a tempo determinato; non appartengono più al mondo del volontariato: diventano invece figure professionali innovative, con funzioni che vanno al di là del mero interpretariato. Dopo l'assunzione viene stabilito un breve periodo di tirocinio all'interno dell'ospedale, non privo di difficoltà, come testimonia questo brano di intervista

*“Quando noi siamo venute a fare tirocinio, è stato come fare una prova per noi e per l'ospedale stesso, per i medici, per vedere se avevano tanto vantaggio ad avere mediatore. Allora, quando i medici avevano visto che veramente avevano tanto vantaggio ad avere mediatore con lingua, ed erano più tranquilli con paziente, per questo motivo hanno fatto progetto e ci hanno accettato, ma una parte fa ancora fatica”.*

Mediatrice 2

Questo periodo iniziale si può definire di “negoziazione dei ruoli”, in quanto da un lato gli operatori medico sanitari non avevano ben presente quali fossero le funzioni delle mediatrici culturali, oltre al mero interpretariato, e le mediatrici culturali stesse dovevano capire come utilizzare al meglio le proprie competenze, in modo da accreditarsi davanti ai medici, agli infermieri. All'inizio, da parte del personale sanitario, vi è un po' di diffidenza, come testimoniato questi brevi brani di interviste, c

*A riuscire a capire le necessità e i bisogni, perché prima per loro la mediazione era solo perdita di tempo: chiamare il mediatore, perdere tempo a parlare con uno e parlare con l'altro. Poi dopo se ne sono accorti che era meglio perdere tra virgolette, quel tempo con noi, piuttosto che stare con il paziente metà giornata e non riesci poi a capire cosa si sono detti, cosa si ha....”*

Mediatrice 2

*“...anche per noi chiamare le mediatrici non fu facile, all'inizio: non sapevamo cosa facessero esattamente....”*

---

<sup>222</sup> Grazie al progetto Jamila



Infermiere 1 pediatria

*“all’inizio era dura: il primo mese perché non sapevamo, era una figura nuova e non sapevamo cosa volesse dire e adesso non dico ottimo, ma.....”*

Mediatrice 3

La diffidenza non riguarda solo il rapporto mediatore culturale-personale medico, ma anche i rapporti mediatore culturale-paziente, come testimonia questo brano di intervista:

*“Prima è stato difficile. Non scorderò mai la prima chiamata: mi chiamano, c’è una signora così... e io ho detto va bene, vengo; ancora non lavoravo, venivo per volontariato e come sono arrivata, lei comincia a urlare “no, no, arabi!”, no, no io non parla. Così ho detto, va bene, io sono Araba, ma non sono marocchina, algerina, tunisina, non sono del Nord Africa, sono irachena. Quando ho capito che sono irachena, lei dice, allora va bene. Perché non vogliono avere nessun pregiudizio del vicino cosa dice quello, cosa dice questo, però all’inizio è stata un po’ dura. Adesso no, adesso mi chiamano addirittura “l’irachena””.*

Mediatrice 1

*“Stessa cosa con gli albanesi, ma di più era per i mariti, non so perché, che avevano questa diffidenza, perché, all’inizio avevano paura che io parlassi con la Comunità. Però, dicendo che ero tutelata dal Segreto Professionale, hanno fatto anche lì passaparola.”*

Mediatrice 3

*“Anche per cinesi. Adesso quando mi vedono, sembra che abbiano visto Dio o Gesù”.*

Mediatrice 2

Queste incomprensioni avvengono per diversi motivi: innanzitutto perché i pazienti migranti non sanno cosa sia un mediatore culturale (nel 2003 è infatti una figura professionale molto rara, impiegata soprattutto nelle Prefetture), ma anche per questioni legate al genere e alla zona di provenienza, come viene riportata nel primo brano.

Queste impasse vengono gradualmente superate, perché si capiscono i diversi ruoli, e si comincia ad interagire in modo positivo: i medici cominciano a capire l’utilità di poter usufruire delle competenze di una mediatrice, che non è solo una interprete di parole, ma anche un tramite di

pratiche culturali; i pazienti, anche grazie al passaparola, cominciano a fidarsi delle mediatrici, e a capire che, se verranno rivelate delle notizie sensibili, non saranno rivelate alla Comunità di appartenenza.

Nel 2005 viene assunta a contratto a tempo determinato anche una mediatrice di madrelingua cinese mandarino; data la sua presenza in ospedale, accade un “effetto richiamo”, per pazienti anche da altre Regioni, grazie al passaparola

*“Io ho visto con la paziente cinese, è aumentata tanto, perché voce gira e tutti sanno che c’è l’interprete, e qualcuno viene da Milano, Borgosesia, Udine, Perugia e anche una, l’ultima volta, mi ha telefonato da Roma..... perché sanno che qui c’è la mlc cinese e hanno tra di loro il passaparola quindi arrivano tutti i cinesi per colpa sua. Ci sono anche chiamate da altri ospedali, di Borgosesia, di Vercelli: una mediatrice cinese è rara.”*

mediatrice 2

Dal 2009 le tre mediatrici sono state assunte a tempo indeterminato sotto il profilo di amministrativi; ciò ha comportato la possibilità di avere per l’ospedale di Novara sempre delle mediatrici a propria disposizione e la possibilità di “vendere” servizi ad altri Enti Pubblici o Privati.

Le funzioni che svolgono e che si sono ritagliate nel tempo sono:

- Interpretariato;
- Traduzione/mediazione di pratiche culturali
- Orientamento/advocacy per i pazienti e le famiglie
- Corsi di formazione per il personale

Le attività di interpretariato e mediazione delle pratiche culturali (sia nella direzione paziente-operatore, che viceversa), sono state già esaminate nel capitolo 4, nel paragrafo riguardante la mediazione linguistica culturale; tuttavia in questo ospedali, le mediatrici compiono anche una funzione di orientamento del paziente e forniscono corsi di preparazione al personale interno.

La funzione dell’orientamento del paziente è molto utile perché guida il malato (e i suoi familiari) all’interno della complessa rete dei servizi socio sanitari, rendendolo consapevole dei propri diritti/doveri e delle strutture adeguate dove esercitarli: l’esito finale di questo processo è quello di metterlo potenzialmente in grado di decidere per proprio conto, realizzando così una azione di empowerment.

La seconda funzione supplementare rispetto alla letteratura, è quella della elaborazione e messa in pratica di momenti di formazioni interna: momenti informali nei quali le mediatrici spiegano a un numero limitato di operatori sanitari come lavorare meglio con i pazienti migranti, grazie a una

trattazione analitica delle pratiche culturali inerenti alla cura del paziente inerenti alle maggiori culture di riferimento. Questi momenti sono particolarmente frequenti nel reparto Materno Infantile, come testimonia questo brano tratto da una intervista a una infermiera del nido:

*“Rifarei un incontro con le mediatrici: un incontro come abbiamo già fatto nel passato, dove vengono descritte le culture e quindi un aggiornamento in questo senso: perché, nella nostra pratica quotidiana, tante volte ci troviamo di fronte a delle difficoltà.”*

infermiera nido 2

È importante sottolineare come, in situazioni di difficoltà di intervento socio sanitario all'interno dell'ospedale, le mediatrici culturali si trovino al centro della rete di supporto: da una parte, il personale sanitario e eventualmente le Assistenti Sociali, dall'altro, il paziente e la sua famiglia.

Come riporta la letteratura<sup>223</sup>, è molto complesso trovare una neutralità all'interno di questa rete, come riporta questo brano di intervista:

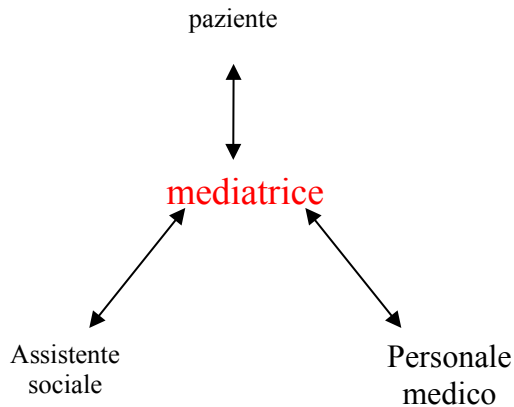
*“(...)perché dice “tieni la parte dell'operatore” e non la nostra? Noi infatti siamo una figura in mezzo tra loro e lì è un po' difficile spiegare che no, è il carattere dell'infermiera che si comporta così però si comporta nello stesso modo anche con l'altro paziente che è italiano. per noi questo è un po' difficile, perché è una cosa che troviamo tutti i giorni questa cosa qui. Perché si sentono stranieri... e si comportano di conseguenza.”*

Mediatrice 3

All'interno dell'ospedale di Novara, lo schema del capitolo 4 sul ruolo del mediatore culturale, può essere così interpretato:

---

<sup>223</sup> Tognetti Bordogna 2005, i colori del welfare



**Schema 4: lavoro di equipè nella presa in carico del paziente straniero e ruolo delle mediatrici.**

Nello schema soprastante, è riassunto il ruolo fondamentale delle mediatrici linguistico culturali nella presa in carico di pazienti migranti: oltre che a operare come tramite linguistico e culturale tra paziente e operatori sociali e sanitari, compiono un lavoro di advocacy verso il paziente e di formazione degli operatori ospedalieri coinvolti.

Da un lato c'è il personale medico, dall'altro ci sono le Assistenti Sociali, che sono le dirette referenti delle mediatrici, e da un terzo lato ci sono i pazienti/utenti; le mediatrici lavorano molto con gli infermieri professionali, e sono coinvolte negli aspetti di cura quotidiana del paziente.

## 7.6 Le strategie attuate

Dai dati quantitativi e qualitativi riscontrate nel corso della ricerca, si sono riscontrati, rispetto ai nodi problematici riscontrati dalla letteratura internazionale, i seguenti interventi:

### 1) COMUNICAZIONE

Dalle interviste svolte, e dagli altri dati raccolti, è evidente che le strategie di riduzione delle disuguaglianze 1 e 2, rispettivamente "aumento del personale bilingue" e "presenti nelle indicazioni dell'HPH, non hanno trovato applicazione. La terza indicazione, quella riguardante l'introduzione del mediatore linguistico all'interno della organizzazione, è stata invece adottata: nell'arco di 11 anni circa, dal 1998, sono presenti le mediatrici culturali, anche con presenze diverse, dapprima saltuariamente come volontarie, poi come assunte part time, e infine, assunte a tempo indeterminato e facenti parte, a tutti gli effetti, dell'organico. Le mediatrici assunte sono 3, di madrelingua araba, albanese e cinese, mentre sono "a gettone" altre mediatrici, di madrelingua farsi e turca.

### 2) SENSIBILIZZAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO

Riguardo la seconda area critica individuata dal WHO, la prima, la seconda e la terza strategia individuate dallo studio, non sono state applicate, almeno formalmente all'interno dell'ospedale: a livello informale, sembrano però essere presenti in una certa misura da come emerge da alcune interviste:

*“(....)però abbiamo anche fatto molto, come ad esempio abbiamo fatto un sacco di documenti per famiglie italiane e straniere; ecco, rifarei un incontro con le mediatrici: un incontro come abbiamo già fatto nel passato, dove vengono descritte le culture e quindi un aggiornamento in questo senso: perché, nella nostra pratica quotidiana, tante volte ci troviamo di fronte a delle difficoltà: questo linguaggio non verbale, in questi casi è determinante. Assumiamo dei comportamenti che, se non ne conosciamo il significato, si può essere fraintesi; pregiudizi quando va anche bene, o un intervento anche diretto che può scompensare il rapporto madre-bambino, o peggio ancora, un'interpretazione generale può essere sbagliata, e che però può essere importante perché può decidere l'intervento che stiamo dando alla madre-bambino. Cose non capite possono causare fraintendimenti anche importanti; ecco perché è importante quel corso, proprio per evidenziare le pratiche culturali, ma nella sostanza, nella pratica. Nel quotidiano: la mamma che tiene il bambino in un modo piuttosto che in un altro, o la mamma che attende da te un intervento diretto, proprio pratico, o la mamma che non puoi sfiorare....spesse volte non ci si capisce. Per esempio, le madri marocchine sono abituate a casa, appena avuto il bambino, ad essere servite e riverite....è stato grazie alle mediatrici che l'abbiamo capito”*

Infermiera Nido Pediatrico 2

*“Tutti i giorni; ma questa non è mediazione, è dare la possibilità ai padri di accogliere le loro necessità; non è mediazione, è integrazione, non abbiamo nessun compromesso. Altre prassi, come dar da mangiare il dattero al neonato, piuttosto che l'acqua benedetta, o le pratiche legate al malocchio”.*

Dirigente medico Nido Pediatrico

*“Cerchiamo di accogliere, e curare i pazienti cercando di capire le loro particolarità: la lingue, la cultura.... ....non è facile, ma certe volte ce la facciamo.....”*

Dirigente Medico Pronto Soccorso.

Soprattutto la prima intervista, effettuata a una infermiera professionale può risultare molto esplicativa in merito, ma di converso, nelle altre 3 interviste a infermieri non emerge nulla di simile.

La quarta strategia individuata dallo studio WHO, ovvero la attuazione di corsi di formazione ad hoc sulla medicina transculturale, è stata effettuata, perchè è stata riconosciuta l'importanza della formazione degli operatori socio sanitari, in quanto li rende in grado di apprendere nuove tecnologie e tecniche di aiuto/cura per affrontare meglio vecchi e nuovi fenomeni sociali.

Entrare in formazione, implica la disponibilità dell'operatore di cambiare atteggiamento e quindi di mettersi in gioco; questo processo non è semplice ed è irto di difficoltà, soprattutto a causa dei processi di routinizzazione all'interno delle organizzazioni.

Gli incontri di formazione, si sono divisi in due diversi percorsi: un primo corso più strutturato, e un secondo percorso più informale. Il percorso di formazione più strutturato, era finanziato dal progetto Jamila, e prevede un corso ECM di 25 ore, suddivisi in 5 moduli diversi; il corso è stato progettato e implementato dall'Università della Strada del Gruppo Abele; il target erano gli operatori dell'ospedale di Novara, sia amministrativi che medico sanitari. Finora è stato frequentato da circa 200 operatori sui 600 circa dell'ospedale. L'obiettivo principale del corso non era quello di fornire un quadro d'insieme del fenomeno delle migrazioni, ma sollecitare una serie di dubbi e ripensamenti sulle prassi di lavoro con i pazienti stranieri. Il secondo percorso di formazione, quello legato a momenti di formazione informale, è stato organizzato nel Nido Pediatrico da parte delle mediatrici culturali, e aveva come obiettivo quello di rendere più preparate le infermiere professionali (il target della formazione) dal punto di vista culturale. Non si è potuto capire quante volte è stato organizzato, quante ore per volta e quanti infermieri siano state coinvolte. Questo momento di formazione è stato anche finalizzato a rendere più preparate le infermiere riguardo l'evento nascita, uno dei momenti più densi di significati per quanto riguarda l'interazione tra paziente migrante e il sistema salute italiano.

Ecco un brano di intervista a riguardo

*“(.....)rifarei un incontro con le mediatrici: un incontro come abbiamo già fatto nel passato, dove vengono descritte le culture e quindi un aggiornamento in questo senso: perché, nella nostra pratica quotidiana, tante volte ci troviamo di fronte a delle difficoltà: questo linguaggio non verbale, in questi casi è determinante. Assumiamo dei comportamenti che, se non ne conosciamo il significato, si può essere fraintesi; pregiudizi quando va anche bene, o un intervento anche diretto che può scompensare il rapporto madre-bambino, o peggio ancora, un'interpretazione generale può essere sbagliata, e che però può essere importante perché può decidere l'intervento che stiamo dando alla madre-bambino. Cose non capite possono causare fraintendimenti anche importanti; ecco perché è importante quel corso, proprio per evidenziare le pratiche culturali, ma nella sostanza, nella pratica. Nel quotidiano: la mamma che tiene il bambino in un modo piuttosto che in*

*un altro, o la mamma che attende da te un intervento diretto, proprio pratico, o la mamma che non puoi sfiorare.....spesse volte non ci si capisce.*

*Per esempio, le madri marocchine sono abituate a casa, appena avuto il bambino, ad essere servite e riverite....è stato grazie alle mediatrici che l'abbiamo capito!"*

Infermiera professionale 1 Pronto Soccorso.

### **3) EMPOWERMENT**

La prima strategia individuata dal MFH per attuare un processo di empowerment per il paziente straniero, è stata attuata anche presso l'ospedale di Novara: le mediatrici linguistiche, svolgono, oltre che un lavoro di interpretariato e di traduzione delle prassi culturali, anche una funzione di advocacy verso i pazienti migranti, presidiando i loro diritti di malati, e orientandoli nella rete della burocrazia italiana. La funzione di advocacy, è svolta anche da associazioni di volontari ospedalieri, che oltre ad assistere malati italiani, assistono malati migranti; a loro volta, alcune di queste associazioni, cominciano ad avere anche consociati migranti.

Riguardo alla traduzione degli opuscoli sanitari, altro oggetto di empowerment, l'ospedale di Novara sembra essere all'avanguardia: sembra che in ogni reparto ha elaborato un proprio opuscolo sui servizi che vengono offerti e sul comportamento "corretto" del paziente, sia in italiano che multilingue.

Come è stato riportato nel capitolo sulle barriere di accesso ai servizi da parte dei migranti, uno dei grandi ostacoli del rapporto medico-paziente straniero è costituito dalla comunicazione, intesa semplicemente come comprensione di lingue diverse: la maggior parte del personale ospedaliero conosce come lingua straniera solo un po' di inglese, come i diversi segnali all'interno della struttura ospedaliera e tutti gli opuscoli informativi sono spesso solo in italiano, mentre la maggior parte dei pazienti stranieri parla e legge solo la lingua madre e forse la lingua veicolare della propria zona: arabo, inglese, francese, cinese mandarino.... Una delle prassi più utili nel rendere chiara la comunicazione, o meglio l'informazione sanitaria ad una utenza multiculturale, che spesso non parla e non legge in italiano, è quindi quello di tradurre nelle lingue veicolari più conosciute dall'utenza i cartelli segnaletici ospedalieri e il materiale informativo normalmente distribuito ai pazienti italiani, con eventualmente degli opuscoli più specifici per particolari target. Per l'ospedale di Novara vige la prassi della traduzione dal 2001, da quando i pazienti stranieri hanno cominciato a diventare una percentuale significativa dell'utenza totale; successivamente, dopo il finanziamento del progetto Jamila, si sono tradotti tutti gli opuscoli informativi presenti in ospedale<sup>224</sup>.

Probabilmente il più importante di questi documenti è il consenso informato.

---

<sup>224</sup> La traduzione è stata effettuata in: inglese, francese, arabo, rumeno, albanese e farsi.

Come stabilito dal Comitato di Bioetica italiano e dal Codice Deontologico Medico, il fondamento dell'atto medico risiede nel consenso all'avente a diritto. In particolare, sono importanti gli articoli 30 e 32 del Codice, che recitano:

### **Articolo 30: informazione ai pazienti**

*Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell'informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.*

*Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta.*

*Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione.*

*Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza.*

*La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata.*

### **Articolo 32:acquisizione del consenso**

*Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente.*

*Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione inequivocabile della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 30.*

*Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso.*

*In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona, ove non ricorrano le condizioni di cui al successivo articolo 34.*

Il consenso informato è stato reso obbligatorio per legge, con la legge 145/2001; ciò implica che se un medico non applicasse il consenso informato ove previsto dalla legge, e se il paziente o un terzo



facessero ricorso, incorrerebbe nell'articolo 610 del codice penale e nelle norme sanzioni previste dal Codice Deontologico

In conclusione, si può affermare che l'atto della traduzione del materiale informativo sanitario, sia un fondamentale per diversi motivi: innanzitutto per un motivo etico-deontologico, in quanto è sbagliato non informare un paziente del trattamento che sta subendo, e il diritto di autodeterminazione è basilare, ma ci sono anche motivi prettamente sanitari: una maggiore informazione, può favorire una maggiore adesione all'alleanza terapeutica tra medico e paziente, la compliance; studi medici provano che una maggiore compliance causa una maggior probabilità di esito positivo delle cure, e l'altro motivo è semplicemente legato alla prevenzione e alla socializzazione sanitaria, in quanto di fronte ad esse molti migranti sono impreparati.

#### **4)MONITORAGGIO**

Le strategie relative al monitoraggio presso l'ospedale di novara, sono state applicate, in special modo nei reparti di pediatria e presso il CED, che raccoglie i dati generali.

**Tabella 1: riassunto degli interventi di riduzione delle disparità di trattamento.**

Aree	Problemi	Strategie individuate da WHO	Strategie attuate a Novara
Comunicazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicazione;</li> <li>• Anamnesi;</li> <li>• Periodo cura/ricovero;</li> <li>• Follow up;</li> <li>• Compliance;</li> <li>• Prevenzione;</li> <li>• Customer satisfacion;</li> <li>• Impiego dei parenti come traduttori</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Aumento personale medico sanitario bilingue</li> <li>5. Aumento numero di pazienti bilingue</li> <li>6. Introduzione mediatore linguistico</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Non attivato</li> <li>2. Non attivato</li> <li>3. Attivato</li> </ol>
Interesse		<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Anamnesi culturalmente competente del paziente</li> <li>7. Adozione di un approccio centrato sul paziente</li> <li>8. Valutazione diversità</li> <li>9. Corso di formazione di medicina transculturale</li> <li>10. Attenzione particolare evento nascita</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Attivata (a volte)</li> <li>2. Difficile da rilevare</li> <li>3. Attivata a volte</li> <li>4. Attivata</li> <li>5. attivata</li> </ol>
Empowerment	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. advocacy come mezzo di empowerment</li> <li>4. traduzione del consenso informato</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. attivata</li> <li>6. attivata</li> </ol>
monitoraggio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• se manca monitoraggio, manca programmazione dei servizi</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. analisi epidemiologica dei dati inerenti ai pazienti migranti</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. attivata per alcuni settori</li> </ol>

?

## 7.7 I dati del questionario

Alla fine della terza edizione di questi corsi di formazione, nel 2008, una delle formatrici, la Dottoressa Sacchi dell'associazione Camminare Insieme di Torino, ha elaborato e somministrato un questionario allo scopo di effettuare un'analisi della domanda formativa per le prossime edizioni.

Per sua gentile concessione, ho potuto accedere ai dati del questionario che tuttavia contiene delle domande metodologicamente migliorabili, è stato somministrato agli 83 partecipanti del corso; negli anni hanno partecipato al corso 200 operatori circa, un terzo del personale di Novara.

Le domande del questionario, 9 in tutto, sono state:

1. Come e quando è nato in lei l'interesse per l'immigrazione?
2. Nel settore in cui lavora, ha contatti frequenti con utenti immigrati?
  - Saltuari
  - Frequenti
  - Continui
3. Durante il lavoro, le è mai capitato di sentire individualmente la necessità di possedere strumenti culturali più approfonditi per far fronte alla relazione con utenti immigrati?
4. Si è mai trovato in situazioni di particolare tensione con utenti immigrati?
5. Se sì, quante volte?
  - Una
  - Diverse
  - molte
6. Come li ha risolte?
7. Le sembra che il servizio in cui lavora sia adeguato a far fronte ad esigenze multiculturali?
8. Cosa manca e in che cosa si potrebbe migliorare?
9. Quali attività svolge?

Le risposte, una volta aggregate, sono state:

Risultati prima domanda:

Come e quando è nato in lei l'interesse per l'immigrazione?

- interesse professionale: 40 volte;
- luoghi di vita diversi dal lavoro, in particolare scuola<sup>225</sup>: 13 volte;

---

<sup>225</sup> La scuola, potente motore di integrazione, compare tre volte come altro contesto di convivenza. Si stima che nelle scuole italiane stiano studiando circa 600.000 ragazzi stranieri, con una media nazionale del 7%, che arriva anche al 10% in certe zone della Lombardia, del Veneto e del Piemonte. (dati Caritas 2008).

- curiosità sul fenomeno: 10 volte;
- scheda bianca: 8 volte;
- altro: 5 volte;
- viaggi: 3 volte;

#### Risposte domanda 2

Nel settore in cui lavora, ha contatti frequenti con gli utenti immigrati?

- Saltuariamente: 27
- Continuamente: 14
- Frequentemente: 40
- Bianca: 1

#### Risposte domanda 3

Durante il lavoro, le è mai capitato di sentire individualmente la necessità di possedere strumenti culturali più approfonditi per far fronte alla relazione con utenti immigrati?

- Si: 70
- No: 6
- Bianche: 6

#### Risposte quarta domanda

Si è mai trovato in situazioni di particolare tensione con utenti immigrati?

- 42 si
- 39 no
- 1 bianca

#### Risposte quinta domanda

Se si, quante volte?

- Una: 12;
- Diverse: 27
- No. 36
- Molte: 5
- Bianche:2

## Risposta domanda 6

Come li ha risolti ?

- ascolto/mediazione da parte operatore: 18<sup>226</sup> volte;
- mediazione linguistico culturale: 7 volte;
- polizia:6 volte;
- altri: 6 volte;
- non risolti: 4 volte;
- mediazione attraverso terzi senza mediazione culturale: 3, di cui ; pazienti:1 parenti: 2.

## Risposta numero 7

Le sembra che il servizio in cui lavora sia adeguato?

- 24% si
- 26% no
- 43,5% difficilmente classificabili, in quanto forniscono risposte non chiara, come “ni”, “forse”.
- 7% scheda bianca

## Risposte domanda 8

Cosa manca e in che cosa si potrebbe migliorare?

Aggregando in categorie di senso i dati si ottengono i seguenti risultati:

- informazione: 24 volte;
- formazione: 10 volte
- comunicazione: 10 volte;
- logistica: 8 volte;
- mlc: 7 volte;
- accoglienza: 4 volte;
- legislazione: 2 volte

## Risposte domanda numero 9

Quale attività svolge?

- Infermiere professionale: 39

---

<sup>226</sup> In alcuni casi, sono state fornite più risposte.

- Fisioterapista: 11
- Caposala: 9
- Medici:2
- Altre figure professionali: coordinatore (1); UME (1); terapeuta riabilitatore (1);ostetrica (1); psicologa infantile (1); psicologa psicoterapeuta (1); tecnico neuro fisiologo (1); attività ambulatoriale (2); bianca (1)

Da un'analisi sintetica dei dati, emerge che l'interesse per i pazienti migranti è alto, per il 90% dei partecipanti al corso, mentre il 10% dei partecipanti non risponde: probabilmente si tratta di persone che hanno scelto di frequentare questo corso in sostituzione di altri; una di queste risposte mi ha colpito molto, in quanto l'intervistato rispondeva alla domanda dicendo "no, non ho nessun interesse a lavorare con i pazienti migranti, e spero che mi venga con altri corsi come questo". Dai dati provenienti dalla seconda risposta, emerge che l'interesse per i pazienti migranti è nato per il 50% circa delle volte, per motivi professionali, e un altro 50% per motivi vari, di tipo personale. Dai dati del questionario, emerge anche una forte necessità di avere più mezzi per far fronte alla relazione con utenti immigrati (86%), ma vi è anche un 7% di operatori che ritiene di non aver bisogno di ulteriori mezzi e un altro 7% che non risponde. Dalla quarta domanda, emerge che la maggioranza, il 50% degli operatori, afferma di essersi trovato in situazioni di tensione con i pazienti stranieri almeno una volta, mentre il 47% dice di non aver mai avuto problemi di sorta; il 3% non risponde. Il 70% delle persone che riportano di aver avuto dei problemi, affermano di averli riscontrati più di una volta, e questo è un dato molto importante in quanto rileva dei problemi del sistema ospedaliero. Il ricorso ai mediatori culturali per la risoluzione dei problemi, sembra dai dati del questionario, essere limitata, in quanto il loro operato è stato richiesto 7 volte su 43 casi segnalati, e un numero quasi equivalente di volte, gli operatori hanno ritenuto necessario ricorrere alla polizia; la maggior parte delle volte, i problemi sono stati risolti grazie ad attività di mediazione del personale medico ospedaliero stesso. Vi è stato anche ricorso di altri pazienti e familiari del malato, per il 7% delle volte, in appena 3 casi; questa pratica sconsigliata dalle mediatrici e dalla letteratura in merito.

Dalle risposte della domanda 7, emerge che il 24% degli intervistati considera adeguato il servizio offerto ai pazienti migranti, il 26% afferma il contrario, mentre il 43,5% risponde in modo vago (esempi di risposte: più sì che no, forse, ni), forse a causa dell'ambiguità della domanda, perché non viene spiegato cosa significa "adeguato".

La domanda 8 prevedeva una risposta aperta, a cui gli operatori medico sanitari hanno fornito risposte multiple; aggregando<sup>227</sup> secondo categorie di senso, sono emerse 5 tipologie di risposte; la risposta più frequente erano elementi riguardanti l'informazione, sia del paziente, che dell'operatore. Dalle risposte alla domanda numero 9, emerge che la maggior parte di questi 83 intervistati sono infermieri o caposala (48 su 82, il 58%), anche se manca il riferimento del reparto; i medici e i dirigenti sanitari sono molto pochi, appena 2 su 83.

---

<sup>227</sup> Comunicazione: lingua+ascolto+comunicazione; informazione: 24 volte (benché sia riconducibile alla comunicazione); logistica: spazi+orari+tempo; formazione: formazione + conoscenza interculturale

## **CAPITOLO 8**

### **RIFLESSIONI CONCLUSIVE**

Le domande cognitive su cui mi sono concentrato nella ricerca, sono state due:

- esistono disparità di trattamento all'interno dell'ambiente medico ospedaliero? Di che genere sono? Le teorie di Alietti e Padovan sono verificate?
- Le norme sanitarie contenute nel Pacchetto Sicurezza quale effetto stanno avendo? Stanno portando a dei cambiamenti nel rapporto stranieri-salute?

#### **8.1 Le disparità di salute**

Per la loro ricerca, i due Sociologi avevano analizzato l'accesso dei pazienti migranti presso il Pronto Soccorso e la Pediatria di due presidi ospedalieri, quello di Ivrea e quello di Cuornè, rilevando diverse disparità di trattamento a sfavore dei pazienti migranti, a causa della cultura organizzativa "etnocentrica e disciplinatrice" dei due presidi; queste disparità di trattamento si palesavano nel trattare in modo standardizzato chi esprimeva bisogni di salute simili, ma contestualizzabili entro una dimensioni di cornici di senso diversi, per motivi culturali, sociali e il risultato per questi pazienti era quello di subire un trattamento sanitario di minore qualità ed efficacia rispetto a quello che avrebbe subito un paziente italiano, non ottemperando così all'articolo 34 e 35 del Testo Unico sull'immigrazione, che parifica i pazienti migranti con quelli italiani.

La mia ricerca ha invece analizzato diverse strutture dell'ospedale Maggiore di Novara, il secondo ospedale piemontese, con un bacino di utenza molto ampio e variegato: Pronto Soccorso, Pediatria e l'ufficio di Servizio Sociale e della Mediazione Interculturale.

Presso il reparto di Pronto Soccorso di Novara, nonostante i cartelli segnaletici multilingue, la presenza diurna del mediatore culturale, e la formazione ad hoc di diversi operatori, permangono ancora molti nodi critici nel rapporto paziente-operatore sanitario:

- Continuano a verificarsi situazioni di tensioni tra pazienti migranti e operatori medico sanitari del reparto; questo problema potrebbe essere però "fisiologico" del reparto stesso, in quanto questi momenti di tensioni avvengono anche in presenza di pazienti italiani;



- Il Pronto Soccorso continua ad essere usato in modo improprio dai pazienti migranti, causando disagi agli operatori e affollando il servizio. Questo nodo critico sembra essere legato a diversi fattori, dal ruolo dei medici di base ordinari, che sembra non essere adeguato ai pazienti migranti, per questioni di orario e di competenze, e sia legato alla non socializzazione dei pazienti stranieri a questa struttura medica. Per ridurre questo aspetto problematico, si potrebbe analizzare il fenomeno, sul quale non esiste letteratura; per aumentare la socializzazione al servizio, si dovrebbero analizzare delle strategie ad hoc.

Presso il reparto di Pediatria, i nodi critici del rapporto paziente-operatore sanitario, dalle evidenze empiriche emerse durante la ricerca, sembrerebbero marginali, in quanto vi è:

- La continua presenza dei mediatori culturali;
- La diffusione di opuscoli multilingue e di segnaletica in lingue diverse;
- La formazione del personale sia attraverso corsi formali che informali;
- L'adozione di pratiche sanitarie "multiculturali"

Queste misure concorrono a diminuire le disparità di trattamento per quanto riguarda i pazienti migranti; come elemento più importante di riduzione delle disparità, emerge la sensibilità diffusa all'interno del reparto verso le particolarità che egli o ella può presentare. Da una serie di brani di interviste, sembrerebbe addirittura emergere, un quadro diverso, quello di un servizio, con operatrici e operatori che guardano ai rapporti con i migranti attraverso una lente "culturalista", ovvero influenzata da un approccio "cultura-centrico", privilegiando la presunta alterità culturale del migrante, senza tenerne conto della processualità che questo aspetto possiede. I brani di intervista che mi hanno permesso di arrivare a questa conclusione sono in particolar modo due:

*"No, in ambulatorio no, nel senso che da noi c'è sempre stata la mlc tantissimo, anche perché sono sempre state molto brave a spiegarci il perché degli atteggiamenti che tenevano. Io personalmente avevo avuto un problema quando lavoravo come internista, nel 2000, turno di notte. C'era un Imam che guardava suo figlio che era un nostro paziente e io, donna,(...), dovevo chiedergli alcuni dati del bambino; mi rivolgevo a lui direttamente, come a qualsiasi altra persona, e lui invece mi dava le spalle! Io cercavo invece un punto di incontro; e quindi, insomma, ho capito solo dopo quel che significava tutto questo. È stato interessante...io, una donna bionda con gli occhi chiari, che gli rivolgevo la parola! qualcosa di super negativo. e poi non ti dico quando gli ha dato il dattero da succhiare! Noi ci siamo precipitate, e abbiamo pensato, oddio! Che sta facendo (.....) "*  
*rifarei un incontro con le mediatrici: un incontro come abbiamo già fatto nel passato, dove vengono descritte le culture e quindi un aggiornamento in questo senso: perché, nella nostra pratica quotidiana, tante volte ci troviamo di fronte a delle difficoltà: questo linguaggio non*

*verbale, in questi casi è determinante. Assumiamo dei comportamenti che, se non ne conosciamo il significato, si può essere fraintesi”*

infermiera pediatrica 1

*“sì, è decisivo capire chi si ha fronte, come comportarsi a seconda della cultura da cui provengono.....”*

infermiera pediatrica 2

Da questi brani di intervista, emergerebbe il rischio di centrare l'intervento sulla presunta cultura di riferimento del paziente invece che sulla persona.; anche l'intervista del dirigente medico di reparto sembra indicare una forma mentis simile, in quanto nella sua intervista è centrale l'importanza delle culture altre ma non dell'elemento processuale delle stesse. Fassin, nel suo libro “Un traitement inégal”, illustra bene questo meccanismo: attraverso un rapporto asimmetrico di potere, dove l'infermiere “viene incontro” al paziente, non considerandolo come persona, ma quasi come “un buon selvaggio”, centrando il servizio non sulle persone ma sulla (anzi, sulle) presunte pratiche culturali, con seri rischi di diminuire l'efficacia dell'alleanza terapeutica.

A tal riguardo, vorrei citare anche un brano di intervista alla dirigente sanitaria:

*“(...) ti racconto un esempio, che vale di più di mille teorie: un giorno, una infermiera era in reparto con una ragazza di colore a letto, per una cosa legata a un controllo: al momento delle dimissioni, l'infermiera le dà del Nimesulide, e dice alla paziente: “questo prendere con acqua...ha capito ac-qua”, facendo il gesto di bere da un bicchiere. La paziente le fa, “guardi, ho capito, sono laureata alla Sorbona...” secondo me, tante volte ci si ferma a considerare il paziente straniero come uno straniero povero, sfigato....una persona da aiutare. Ma così non la si considera una persona a tutti gli effetti.”*

Dirigente sanitaria

Per capire se effettivamente il reparto di Pediatria dell'ospedale maggiore di Novara costituisca un caso esemplare di buone prassi di lavoro con il paziente migrante, e se presenti o meno dei profili di centratura sulla cultura del paziente e non sulla persona, si dovrebbero compiere ulteriori studi, più mirati, finalizzati ad analizzare meglio il rapporto paziente operatore sanitario anche dal punto di vista dei genitori dei pazienti.

L'ufficio di Servizio Sociale e di mediazione interculturale, per quanto riguarda il ricovero e la presa in carico del paziente migrante, è fondamentale, in quanto la regia degli interventi di

riduzione delle disparità di trattamento è compiuta da loro, in un'ottica di integrazione tra sociale e sanitario. L'operato delle mediatrici linguistico culturali è altrettanto fondamentale in quanto, oltre ad operare una funzione di interpretariato linguistico e culturale, promuovono l'empowerment dei pazienti e degli operatori medico sanitari; la loro presenza è poi "storica", in quanto lavorano all'interno dell'ospedale da ormai da 11 anni .

In conclusione, posso affermare che, la lettura dei dati in possesso può essere doppia: dalle interviste, emerge una forte attenzione per il paziente migrante, che potrebbe correre il rischio di trasformarsi in un'attenzione più centrata verso la cultura che verso la persona; dai questionari, invece emergono dati in parte diversi. Nei questionari la maggior parte degli intervistati sembra interessata al lavoro con i pazienti migranti, mentre vi è una minoranza a cui non importa il lavoro con i migranti: c'è da chiedersi quale sia la vera maggioranza all'interno dell'ospedale, dato che i partecipanti al corso sono meno di un sesto degli operatori totali.

L'ospedale Maggiore di Novara rimane un'organizzazione etnocentrica e disciplinatrice, come è logico pensare che sia un ospedale che persegue un'ottica "culturalmente centrata"; tuttavia in esso si sono sviluppate negli anni, a partire dal 1998 circa, delle buone pratiche legate al processo di presa in carico dei pazienti migranti: pratiche processuali, che hanno una storia di collaborazione con i diversi reparti ospedalieri, e che seguono una logica circolare di ideazione-implementazione-valutazione. Il buon andamento di questo processo è sicuramente da attribuire alla collaborazione tra Direzione Sanitaria e ufficio di Servizio Sociale, per il versante progettuale, e all'ufficio di mediazione linguistica sul fronte del versante pratico, per il lavoro svolto nei reparti, con i pazienti e gli operatori medico sanitari, che grazie alle loro abilità sono riusciti ad "accreditarsi" di fronte a tutti, e a non venire considerati in modo negativo. L'insieme di queste collaborazioni, più l'aumentata sensibilità per il tema, ha sicuramente creato un "circolo virtuoso", che ha innescato nel tempo una sorta di apprendimento organizzativo in materia di lavoro con il paziente migrante, aumentando così il grado di qualità del ricovero del paziente straniero e quindi l'efficacia del servizio.

È doveroso sottolineare che, le strategie di riduzione delle disparità di trattamento dei pazienti migranti, sono state ideate, implementate ed eventualmente ricalibrate autonomamente all'interno dell'Ospedale. Da quanto emerso, non sembra che si sia fatto ricorso allo studio della letteratura in merito o alle buone prassi, anche perché queste buone prassi non erano ancora collaudate; nel 2003, l'anno in cui veniva approvato e finanziato il progetto Jamila, contemporaneamente, veniva pubblicato il vademecum curato dal WHO per ridurre le disparità di trattamento.

Da un lato, gli infermieri professionali e i dirigenti medici, sembrano esprimere attenzione per il paziente migrante e per la sua dimensione socio culturale, ma dall'altro, hanno una visione del paziente migrante di "altro", di esotico. Emergerebbe, inoltre, dai dati dei questionari, una fotografia chiaroscura in merito, con quasi la metà degli operatori che risponde che per risolvere un problema con i pazienti migranti, non ha fatto ricorso alla mediazione ma ad altri mezzi. A Novara trattare l'utente in ospedale in modo differente, ma uguale, con uguali diritti e uguale rispetto, è sicuramente un percorso lungo, faticoso e complesso, ovvero riguardante più dimensioni, interagenti tra di loro. Vorrei concludere la risposta al primo quesito cognitivo con un brano dell'intervista a una assistente sociale, a cui avevo posto la domanda se fosse cambiato qualcosa nel rapporto tra operatori medico sanitari e pazienti stranieri:

*“Ni. Allora, diciamo che è molto legato alla sensibilità delle persone c'è chi ha recepito meglio questo problema, e c'è chi invece si è un po' incancrenito in una serie di luoghi comuni. Con il corso di formazione abbiamo potuto sensibilizzare, ma non abbiamo potuto cambiare radicalmente la mentalità delle persone, per cui una serie di luoghi comuni c'è comunque, c'è una maggiore sensibilità anche soprattutto legata al discorso del diritto all'informazione fosse solo perché il cittadino straniero tanto quanto il cittadino italiano non è informato in modo adeguato, può rifarsi a livello legale sulla non corretta informazione sul percorso di cura, il cittadino torna al PS, o comunque rientra al PS, perché di facto, non fa quello che gli viene detto. Si incrociano due problemi: il linguaggio e la cultura, inoltre la Sanità ha difficoltà a farsi capire anche dai cittadini italiani, quindi, siccome ha dei tempi sempre più contratti, oggi la comunicazione è la prima cosa che è stata messa in crisi, per cui il medico, da un lato, dà per scontato che tutto ciò che dice sia capito, ma è già difficile per un cittadino italiano, a maggior ragione sul discorso degli stranieri. Ssu questo qualcosa si è mosso, ma è un percorso sicuramente molto lungo.(..).”*

## **8.2 Gli effetti del Pacchetto Sicurezza**

Per rispondere al secondo quesito posto dalla tesi, ovvero capire come la norma presente nel Pacchetto Sicurezza che abolisce il divieto di denuncia per i pazienti migranti non regolari, abbia modificato il rapporto medico-paziente, ho posto la domanda agli intervistati :

*“cosa pensa del Pacchetto Sicurezza dal punto di vista professionale?”*

Le risposte che ho ottenuto sono state le seguenti: su 12 intervistati, 2 hanno risposto “non so nulla a riguardo”, 8 si sono dichiarati non favorevoli alle norme, per motivi etici e professionali, 2 non hanno espresso giudizi di valore affermando però che sarà una norma non attuata e non cambia nulla rispetto al passato.

Le due persone che hanno risposto di non essere interessate e di non sapere niente, sono 2 infermiere, una del Nido Pediatrico e l'altra di Pronto Soccorso. Alla risposta non hanno aggiunto altro.

Le 8 persone che hanno affermato apertamente di essere contrarie, erano: 1 Assistente Sociale, 3 Mediatrici Culturali, entrambi i Dirigenti medici e due infermieri, uno del Pronto Soccorso e una del Nido Pediatrico.

Vorrei riportare alcuni brani di queste interviste:

*“Il PS mina la salute degli stranieri, e quindi il Pacchetto Sicurezza è dannoso per la salute degli stranieri, perché hanno la diffidenza a ricorrere a delle strutture Pubbliche quando hanno necessità di prevenzione; quindi il PS ha creato uno stato di incertezza sia negli stranieri, sia in molti operatori sanitari, il che va a compromettere sia la salute degli stranieri, sia la salute della collettività intera quando gli stranieri non si sottopongono alle necessarie cure; o comunque rischia di far pagare allo stato italiano delle spese economiche e umane inutili, in quanto gli stranieri non accedono con tranquillità alle strutture pubbliche; vengono con patologie più gravi, i costi sono quindi superiori, oppure non vengono a partorire, quindi i costi umani sono decisamente più alti”*

Dirigente Medico 1

*“Io sono contraria, contraria per due cose: prima di tutto vuol dire torniamo nelle case, a curare nelle case sotto mani di non sappiamo chi; secondo, non verrà più nessuno qua, per paura di queste cose”.*

mediatrice culturale 2

*“Guarda, se devo rispondere così, dovrei dire “una vergogna” cioè è una cosa che non esiste. Non lo so. Non è giusto, perché il Pacchetto Sicurezza, comunque è proprio una vergogna,: il Governo dà il diritto al medico di denunciare quando arriva in ospedale. Noi abbiamo fatto di tutto, dal 2003, per far venire qua gli stranieri perché magari hanno tbc, malattie infettive, ma non solo: penso a italiani che possono essere infetti dalle malattie, ma anche un mezzo per tutelare la salute, che la tutela della salute, la vita ce l’ha data lo Dio, però noi come esseri umani dobbiamo anche pensarci. Perché poi non vengo per curare come anche tutti i cinesi che vengono adesso, perché c’è L., e anche vengono sono al sicuro, perché sono all’ospedale, sennò si rivolgono a tutti quei ciarlatani che non sono neanche medici. E pagano pure”!*

mediatrice culturale 3

Le persone che hanno affermato che la norma in questione non sarà applicata sono due: il Dirigente Sanitario e una Assistente Sociale.

Vorrei riportare entrambe le risposte, in quanto mi sembrano molto emblematiche:

*“Nel nostro ospedale tutto sta procedendo come prima. Il discorso è che se si aderisce a tutta una serie di linee guida, che sono state date dall’OMS, se comunque la Costituzione riconosce il diritto alla salute come diritto fondamentale, non puoi mettere una serie di vincoli, perché sai che la ricaduta è quella di bloccare l’accesso alla struttura sanitaria che comunque a questo punto di vista è garantito per il SSN italiano, perché mette al primo posto la persona”*

Assistente Sociale 2

*“Oh, penso che così non sarà applicato. Questo ospedale ha dato disposizioni precise sulla non applicazione di questa cosa, nel senso che ha mandato una fredda lettera all’Assessore regionale Artesio, dicendo a tutti i Primari “si prega di attenersi, a norma di legge, alla non denuncia dei clandestini né di alcun altro”, nella logica che l’ospedale in Italia, da alcune migliaia di anni, è un luogo di accoglienza e non di rifiuto, e pensiamo che non l’avviliremo, anche se qualche piccola tensione potrebbe esserci, non tanto su questa cosa qui, quanto sul fatto che gli operatori vogliono proteggerli, facendo casi. È quello che ci fa paura. Nel tentativo “buonista” di proteggere, di tutelare, alcune situazioni, come nel periodo dell’inizio di accesso degli stranieri, facciamo cose di questo genere, cose che complicano ORRENDAMENTE la vita.”*

Dirigente sanitaria

E' interessante osservare che il rifiuto della norma, implicito o esplicito, su 12 intervistati, è stato dell'83% degli intervistati, ben 10 su 12; questo rifiuto così univoco risulta essere trasversale, dal decisore locale, al singolo attuatore.

Nell'arco delle interviste, è stato chiesto anche se fossero stati notati dei cali di flussi; la risposta del dirigente medico del Nido Pediatrico, è stata negativa, mentre il Dirigente Medico di Pediatria, ha affermato che ad agosto settembre sembrava essersi verificato un leggero calo di pazienti stranieri, ma che dopo questo fenomeno sia cessato. Purtroppo non è stato possibile ottenere dati quantitativi a riguardo, in quanto il CED ospedaliero sta ancora elaborando i dati di Luglio, e costruire dei dati proxy in merito, è stato più complesso del previsto.

È bene ricordare che le disuguaglianze di salute originate da disparità di trattamento, quelle che si sono studiate in questo lavoro di tesi, sono originate dalle istituzioni e dove esistono ci sono già delle leggi a monte che tutelano la parità tra italiani e migranti; le disuguaglianze che creano maggiore ingiustizia, sono quelle a livello socio strutturali, che riguardano le politiche macro e micro, che influenzano la vita e l'ambiente dove le persone vivono, e che in questa tesi non sono state trattate.

## **BIBLIOGRAFIA**

### **Bibliografia libri**

- Acheson D., Independent inquiry into inequality in health. The stationary Office UK, 1998.
- Ambrosini, M., Sociologia delle migrazioni, il Mulino, Bologna 2005
- Anolli L., Il pensiero multiculturale, Il Mulino, Bologna 2005.
- Attali, J., l'Homme nomade, Fayard, Paris 2003.
- Bacci L., Introduzione alla demografia, Loescher, Torino 1990.
- Benhabib, S., I diritti degli altri, Raffaello Cortina Editore, Milano 2004
- Bennet, M., principi di comunicazione interculturale, Franco Angeli, Roma 2002
- Bischoff, A., Caring for migrant and minority patients in European hospitals, a review of effective interventions, Neuchatel and Basel, 2003.
- Bobbio N., L'età dei diritti, Giulio Einaudi editore, Torino 1992
- Black D., Morris JN, Inequalities in health, Department of health and social service, UK, 1978;
- Bucchi M., Neresini F., sociologia della salute, Carocci Editore, Roma 2003.
- Caponio T., Colombo A., a cura di, migrazioni globali, integrazioni locali, il Mulino Bologna 2005.
- Cardano M., Tecniche di ricerca qualitativa, Carocci, Roma 2003.
- Caritas italiana, Romania, immigrazioni e lavoro in Italia,: statistiche, problemi e prospettive, IDOS Roma 2008.
- Caritas Migrantes. Dossier statistico, IDOS Roma 2003
- Caritas Migrantes. Dossier statistico, IDOS Roma 2004
- Caritas migrantes. Dossier statistico, IDOS, Roma 2005
- Caritas Migrantes. Dossier statistico, IDOS, Roma 2006;
- Caritas Migrantes. Dossier statistico, IDOS, Roma 2007;
- Caritas Migrantes. Dossier statistico, IDOS, Roma 2008;
- Colombo, A., Sciortino G., Gli immigrati in Italia, Il Mulino, Bologna 2004.
- Trent'anni dopo, Il Mulino, Bologna, 2008
- Compagnoni F., D'Agostino F., bioetica e diritti umani e multiethnicità, edizioni San Paolo, Milano 2001.
- Corbetta P., Metodologie tecniche della ricerca sociale, Il Mulino, Bologna
- Corbetta, Gasperoni, Pisati, Statistica per la ricerca sociale, Il Mulino, Bologna 2001.
- D'Alessandro R., Breve storia della cittadinanza, Manifestolibri, Roma 2007;



Dal Lago A., non persone. L'esclusione dei migranti in una società globale; Feltrinelli, Milano 2004.

Duso G., a cura di, il contratto sociale nella filosofia politica moderna, il Mulino, Bologna 1987.

Eve M., Favretto A.R., Maraviglia C., Le disuguaglianze sociali, Carocci, Roma 2003.

Fassin D., Carde E., Ferrè N., Un traitement inégal, les discriminations dans l'accès aux soins",

Federici N., Istituzioni di demografia, editrice Elia, Roma 1980

Gruppo Abele, rapporto donne migranti e salute, EGA edizioni, Torino 2008.

Guolo R, Xenofobi e xenofili, ed. Laterza Roma Bari, 2003.

Geraci S.,

Fondazione Ismu settimo rapporto sulle migrazioni, Franco Angeli editore, Milano, 2002;

Fondazione Ismu ottavo rapporto sulle migrazioni, Franco Angeli editore, Milano 2003;

Fondazione Ismu nono rapporto sulle migrazioni, Franco Angeli editore, Milano 2004;

Fondazione Ismu decimo rapporto sulle migrazioni, Franco Angeli editore, Milano 2005;

Fondazione Ismu undicesimo rapporto sulle migrazioni, Franco Angeli editore, Milano 2006;

Fondazione Ismu dodicesimo rapporto sulle migrazioni, Franco Angeli editore, Milano 2007;

Fondazione Ismu : tredicesimo rapporto sulle migrazioni, Franco Angeli editore, Milano 2008;

Immigrazione straniera nella Provincia di Cuneo, risultati di un'indagine campionaria", A.A.V.V., a cura della Provincia di Cuneo e dell'Ires Piemonte, Cuneo 2008.

Lombardi L., Società, culture e differenze di genere, Franco Angeli editore, Milano 2005.

Longo G., Morrone A., a cura di, cultura salute immigrazione, Armando Editore, Roma 1993.

Lonni A., a cura di, I diritti di Odisseo, appunti sparsi in materia di immigrazione, edizioni dell'Orso, 1998, Alessandria.

Marmot M., Wilkinson G., "Social determinants of health, Oxford university press, New York, 1999;

Marshall T.H., cittadinanza e classe sociale, Unione Tipografico-Editrice torinese, Torino, 1976

Ministero dell'interno, primo rapporto sugli immigrati, Roma 2008.

Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 1998-2000

Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2000-2002

Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2002-2004

Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2004-2006

Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

Morrone A., a cura di, Oltre la tortura, Ma. Gi., Roma 2008.

Morrone A, le stelle e la rana, Franco Angeli editore, Milano 2000.

Nazroo J., The health of Britain's ethnic minorities. Policy studies institute, London 1997;

Osservatorio Interistituzionale della Provincia di Torino sull'immigrazione 2003  
 Osservatorio Interistituzionale della Provincia di Torino sull'immigrazione 2004  
 Osservatorio Interistituzionale della Provincia di Torino sull'immigrazione 2005  
 Osservatorio Interistituzionale della Provincia di Torino sull'immigrazione 2006  
 Osservatorio Interistituzionale della Provincia di Torino sull'immigrazione 2007  
 Osservatorio Interistituzionale della Provincia di Torino sull'immigrazione 2008  
 Pace E., *l'Islam in Europa: modelli di integrazione*, Carocci ed., Roma 2004;  
 Padovani G., *Il diritto negato. La salute e le cure sono uguali per tutti?* Editrice Pensiero Scientifico, Roma 2008.  
 Panzeran R., *Intrusi, vuoto comunitario e nuovi cittadini*, Ombre Corte editore, Verona 2009;  
 Pasini N., Picozzi M., *Salute e immigrazione: un modello teorico pratico per le aziende sanitarie*, Franco Angeli editore, Milano 2005;  
 Pocar V., *Guida al diritto contemporaneo*, Editrice Laterza, Roma 2002;  
 Riccio, B., *Toubab e vu cumprà*, casa editrice C.L.E.U.P., Padova 2007;  
 Sayad, Abdelmalek, *La doppia assenza*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1999;  
 Sabahi F, *storia dell'Iran*, Bruno Mondadori editore, 2006;  
 Spinelli, E., *Immigrazione e Servizio Sociale*, Carocci Faber Roma 2005;  
 Tognetti Bordogna, *I colori del welfare*, Franco Angeli editore, Milano 2005;  
 Tognetti Bordogna, M, a cura di; *arrivare non basta*, Franco Angeli editore, Milano 2008;  
 Tognetti Bordogna, M.; a cura di, *Disuguaglianze nella Salute e immigrazione*, Franco Angeli Roma 2008;  
 - *I colori del welfare*", Franco Angeli Editore, Milano 2004;  
 -*La salute degli immigrati*, Unicopli Milano, 1988;  
 Zanfrini L, *Cittadinanze, appartenenza e diritti nelle società dell'immigrazione*, Editrice Laterza, Roma 2007;  
 - *Sociologia delle migrazioni*, Editrice Laterza, Roma Bari 2004;  
 Zincone G., *Uno schermo contro il razzismo, per una politica dei diritti utili*, Donzelli Editore, Roma 1994;  
 -, *Familismo legale, come non diventare italiani*, Editrice Laterza, Roma-Bari 2006  
 Zolo D., *"Da cittadini a sudditi, la cittadinanza politica vanificata"*, Puntorosso edizioni, Milano 2007;  
 -, *La cittadinanza, appartenenza, identità, diritti*, Editrice Laterza, Roma 1994;  
 Whitehead M., Dahlgren G., *European strategies for tackling social inequalities in health, : Levelling Up Part 1*, WHO, Copenaghen, 2005.

- European strategies for tackling social inequalities in health,: Levelling Up Part 2, WHO, Copenaghen 2007.

### **Bibliografia articoli**

AA.VV. corso di aggiornamento per operatori sanitari, giugno 2007, Novara, a cura del Gruppo Abele.

AA.VV. “La medicina transculturale sarà la medicina. Nuovi percorsi interculturali in sanità”, Studi Emigrazione n°157 del 2005.

AA.VV: “La salute delle donne immigrate in Italia e nel Lazio”, da Studi Emigrazione, n°161 del 2006.

AA.VV. “ Mediazione culturale in Sanità”, in Prospettive Sociali e Sanitarie 11 /2007

AA.VV, Quaderni di Monitor, numero 18/2006;

Aasim I, Padella MD, emergency medical practice; advancing cultural competence and reducing health care disparities, Academic Emergency Medicine, 1/2009;

Abel T., “Cultural capital in health promotion”, in D.V.McQueen and I. Kickbusch, Health and Modernity: The role of theory in health promotion, New York, Springer, 2007;

Aizicovici F., “La globalisation s’accompagne d’un creusement des inegalitiès”, in Bilan du monde, “Le Monde”, Editino 2000.

Alisei, Gli stranieri e l’accesso ai servizi sanitari: tra discriminazione sistemica e incomunicabilità

Coccia E., Coccia M., “Normativa per la tutela della salute degli stranieri”, Prospettive Sociali e Sanitarie n° 1/2007.

Ashtana S., Holliday J., developing one evidence base for policies and interventions to address inequalities: the analysis of public health regimes, Millibank Memorial Found 2005;

Baldantoni E., Chiusule D., Presto e bene...indagine sulla soddisfazione degli utenti dei codici bianchi del Pronto Soccorso, Emergency Care Journal 1/2007;

Cardano M., Disuguaglianze sociali di salute, differenze biografiche incluse nei corpi.

Casagrande I., Thinking of, thinking over, Emergency care Journal 1/2008;

Castels S., Kosack G.,”Function of labour immigration in western European capitalism”, New left review, 7/1972;

Cobb S., Social support a moderator of life stress, Psicosm. Med. 1975;

Cohen F., Syme L., Social Support and health, London Academic Press 1985;

Cohen J., disparities in health care: an overview Academic Emergency Medicine 1/2009;

Cooper L., Race and trust in the health care system, *Race/ethnic disparities, contemporary issues and approaches*, 4/2003;

Costa G., Faggiano F., differenze sociali e salute, da *Salute e Territorio* n°93 del 1994;

Culley L., Dyson S., “Race inequality and health”, in *sociology review* 1/1993;

Dal Molin A., Grosso M: Immigrati in Pronto Soccorso: accogliere, capire, curare, *Emergency Care Journal* 3/2006;

Davis K, Inequalities and access to health care, *Millbank Quarterly* 1998;

Dressler W. Intercultural diversity and the sociocultural correlates of blood pressure. A Jamaican example; *Medical Anthropology Quarterly*, n°3 del 1996;

-The health consequences of cultural consonances: cultural dimensions of lifestyle, social support and arterial blood pressure in an African American Community;

-Health in the African American community: accounting for health inequalities, *Millbank Memorial Found* 2004;

-Social and cultural dimension of hypertension in Blacks: underlying mechanisms”, in Douglas J.C., *Pathophysiology of hypertension in blacks*, Oxford university press, New York, 1993;

Fassin D. : une anthropologie de la santé publique: l’ethnologue sorcier, *Cahiers d’Etudes africaines* 1/1986;

-The biopolitical of otherness: undocumented foreigners and racial discrimination in French public debate *Sociology today* 1/2007;

Fayem, A, la violenza nel percorso migratorio della donna: accogliere, riconoscere per offrire un percorso di aiuto, da *atti della Consensus conferences Simm* 2006;

Gakidou E., King G., “\_Measuring total health inequality: adding individual variation to group level differences”, in *international journal for equity and health* 1/2002;

Geddes de Filicaia M., “disuguaglianze nella salute in Europa, *Prospettive Sociali e Sanitarie* 7/2007;

Geraci S., “La sindrome di Salgari...vent’anni dopo”, in *Janus*, 21/2006;

- La medicina delle migrazioni in Italia, un percorso di conoscenza e diritti, da *Studi Emigrazione*, 167/2005;

Graville C., how race becomes biology: embodiment of social inequality, Department of Anthropology, University of Florida, *Academic Journal of Anthropology*, 2009.

Hummer R., Black-White differences in health and mortality: a review and conceptual model, *The sociological quarterly* 2/1996.

Le Cook B., effect of Medicaid Menaged Care on racial disparities in heath care access, Millibank Memorial Found 2004;

Macinko J., Staffield B., The utility of social capital in research of health determinants, The Milbank quarterly 3/2001;

Marmot M., “Dreaming a different epidemiological future”, European Journal of Epidemiology 2005;

Montagu F., “Ethnic health differences”, Epidemiologic research foundation, Boston 1945;

Nazroo J., Genetic, cultural, or socio economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health” Sociology of health and illness 5/1998;

- “The social determination of ethnical/racial inequalities in health”, in Social determinants if health, Oxford university press, Oxford, 2006;

-, Jackson J.: The Black diaspora and inequities in the US and England, Sociologu of health and illness 6/2007;

Oriti A., Accesso all’assistenza sanitaria per i cittadini comunitari”,: criticità e proposte di intervento”, da Diritto, Immigrazione e cittadinanza” n°1 del 2008

Padovani G., la salute e le cure sono uguali per tutti?, da Prospettive Sociali e Sanitarie n° 14 del 2008;

Pennet J., l’hospital en urgence. Etude par observation participante, revue francaise de sociologie, 8/1993, edition l’Ophyr;

Rose N., Governing the enterprising self, The values of enterprises culture. The moral debate, Routlege London 1992;

Scarscelli D., “l’Accessibilità ai Servizi”, da Animazione Sociale n°2 del 1998

Sturlese U., Ticket per le prestazioni di Pronto Soccorso: questioni etiche e questioni economiche, Emergency Care Journal 2/2006;

Tosato F., Formazione e (in)coerenza organizzativa, emergency care Journal, 2/2006;

Zappulla B., la salute dei pazienti stranieri nella provincia di Novara, 2007;

Webb M., Francis J., Health disparities and culturally specific treatment: perspectives and experiencies of African American smokers, Journal of Clinical Psychology 63/2007;

## **Appendice : interviste ai vari attori sociali**

Gli obiettivi generali delle interviste sono diversi: innanzitutto cercare di comporre una storia della presenza del paziente migrante in ospedale attraverso diversi punti di vista, cercando di capire quali cambiamenti (se cambiamenti ci sono stati) dal punto di vista pratico-organizzativo ciò ha comportato. Un secondo obiettivo è stato quello di capire quali siano stati e come si sono evoluti i rapporti tra pazienti stranieri e loro famiglie) e assistenti sociali, mediatori culturali, operatori sanitari. A tale proposito sarebbe stato utile anche intervistare dei pazienti, ma si sarebbe dovuto ricorrere a complicate tecniche di campionamento e a una lunga serie di interviste.

1. interviste a Assistenti Sociali
2. interviste a mediatrici
3. interviste a dirigenti medici
4. interviste a infermieri professionali

### **1. Interviste alle Assistenti Sociali**

L'obiettivo delle interviste con le assistenti sociali è quello di tracciare la storia delle relazioni di aiuto con i pazienti/utenti stranieri, cercando anche di capirne i nodi critici e gli aspetti della collaborazione interprofessionale.

Domande:

1. da quando esiste il Servizio Sociale ospedaliero di Novara?
2. da quando hanno cominciato ad arrivare al vostro servizio pazienti stranieri? La domanda di aiuto, è cambiata nel tempo?
3. quali sono stati gli elementi critici del lavoro con il paziente straniero?
4. secondo lei, esistono delle problematiche riguardanti l'accessibilità?
5. come avete risposto a queste problematiche?
6. quali sono i vostri rapporti con le mediatrici culturali?
7. quali sono i vostri rapporti con gli operatori sanitari? Sono rimasti sempre gli stessi nel tempo, o sono cambiati?
8. quali sono stati i casi che più vi hanno colpito con l'utenza straniera?
9. secondo voi, nel rapporto con i pazienti stranieri, è cambiato qualcosa dall'approvazione delle norme del pacchetto sicurezza?

## **2. Interviste alle mediatrici culturali**

Gli obiettivi delle interviste alle mediatrici sono quelli di tracciare la storia del servizio di mediazione culturale e di far luce sul loro ruolo, teoricamente neutrale, ma in bilico tra i pazienti stranieri e gli operatori sanitari.

### Domande

1. da quanto tempo lavora come mediatrice?
2. come è arrivata al Servizio?
3. quali funzioni svolge come mediatrice?
4. in quali reparti lavora di più?
5. come ha trovato all'inizio del suo percorso, il lavoro con gli operatori sanitari? Trova che sia cambiato qualcosa?
6. Quali sono stati i punti critici del lavoro con gli operatori sanitari?
7. quali sono stati i punti critici del lavoro con i pazienti?
8. come ha trovato all'inizio il lavoro con i pazienti? Secondo lei, è cambiato qualcosa? Sono esistiti o esistono dei punti critici?
9. secondo lei, come sono trattati i pazienti stranieri all'interno dell'ospedale di novara?
10. secondo lei ci sono stati dei cambiamenti nel rapporto stranieri e ospedale dopo le norme del pacchetto sicurezza? Cosa ne pensa, da operatrice di settore, delle norme in questione

## **3. interviste poste ai dirigenti medici**

Le domande poste ai dirigenti medici hanno come obiettivo quello di capire cosa ha comportato sia dal punto di vista organizzativo che pratico del lavoro quotidiano la presenza di pazienti di migranti all'interno del proprio reparto.

### Domande:

- In quale reparto ospedaliero lavora? Con quale ruolo?
- Tra i suoi pazienti ci sono molti migranti? Da dove vengono?
- Da quando hanno cominciato ad arrivare? È cambiato qualcosa nel tempo?
- Quali sono i disturbi più comuni? Sono sempre gli stessi?
- Quali sono le maggiori problematiche del lavoro con i pazienti stranieri?

- Che rapporto c'è tra le famiglie dei pazienti e gli operatori sanitari del reparto? È sempre stato lo stesso o ha subito delle variazioni nel tempo? Esistono nodi critici?
- Qual è il rapporto con i mediatori culturali? E con il servizio sociale ospedaliero?
- Cosa farebbe per migliorare il servizio?
- Da operatore del settore della salute, cosa pensa delle norme contenute nel pacchetto sicurezza? Pensa che sia cambiato qualcosa da allora?

#### **4. interviste a infermieri professionali**

Gli obiettivi delle interviste agli infermieri professionali sono diversi: innanzitutto capire se nella quotidianità del lavoro con pazienti migranti e le loro famiglie si evidenziano nodi critici, e come si sono superati, se si sono superati; è importante anche evidenziare il lavoro di equipe con i mediatori; è un livello più operativo rispetto a quello dei dirigenti medici.

##### Domande

- In quale reparto lavora?
- Lavora spesso con pazienti stranieri?
- Si è mai trovato in una situazione conflittuale con pazienti o famiglie dei pazienti stranieri? Perché? Le ha risolte? Come?
- Ha mai lavorato con le mediatrici?
- Come si è trovato a collaborare?
- Ha trovato utile il loro intervento?
- Secondo lei, andrebbe migliorato qualche aspetto nel suo reparto?
- Da operatore del settore della salute, cosa pensa delle norme contenute nel pacchetto sicurezza? Pensa che sia cambiato qualcosa da allora?