

# ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Convegno  
**Salute senza esclusione:  
impegno internazionale ed esperienze locali**

**Istituto Superiore di Sanità  
Roma, 10 dicembre 2001**

Atti a cura di  
Cecilia Bedetti (a), Salvatore Geraci (b) e Ranieri Guerra (a)  
*(a) Segreteria per le Attività Culturali, Istituto Superiore di Sanità, Roma*  
*(b) Caritas Diocesana, Roma*

ISSN 1123-3117  
**Rapporti ISTISAN**  
**03/6**

Istituto Superiore di Sanità

**Convegno. Salute senza esclusione: impegno internazionale ed esperienze locali. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 10 dicembre 2001.**

Atti a cura di Cecilia Bedetti, Salvatore Geraci e Ranieri Guerra  
2003, iv, 94 p. Rapporti ISTISAN 03/6

Le relazioni tra stato di salute e condizioni di povertà e di esclusione sociale in Italia e nei Paesi in via di sviluppo, i diritti fondamentali alla cura e all'assistenza, le politiche di cooperazione internazionale in atto, il corso internazionale su povertà e salute: questi i principali argomenti discussi nel quarto convegno realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute con la collaborazione della Caritas Diocesana di Roma. Una sessione del Convegno è stata dedicata alle esperienze sul campo di assistenza e di promozione della salute. Gli interventi hanno approfondito programmi di collaborazione e integrazione tra settore pubblico e associazioni di volontariato e confermato la necessità di porre come obiettivo prioritario il superamento delle disuguaglianze sociali nella salute.

*Parole chiave:* Povertà, Disuguaglianze nella salute, Sanità pubblica, Cooperazione internazionale, Formazione, Volontariato

Istituto Superiore di Sanità

**Conference. Equity in health and health care: international commitment and local actions. Istituto Superiore di Sanità. Rome, December 10, 2001.**

Proceedings edited by Cecilia Bedetti, Salvatore Geraci and Ranieri Guerra  
2003, iv, 94 p. Rapporti ISTISAN 03/6 (in Italian)

The main topics addressed by the Conference included the relationships between health and social exclusion in Italy and in developing countries, primary rights of health care and the actual policies pursued by international cooperation, the international Course on poverty and health. The fourth conference was promoted by the Istituto Superiore di Sanità (the Italian National Institute of Health) and the Italian Ministry of Health with the collaboration of "Caritas" in Rome, a Non Governmental Organisation (NGO). One full session was devoted to present a broad range of field experiences in the area of social exclusion and health related problems. Cooperation programs between public institutions and NGOs were deeply discussed. Overcoming social exclusion was recognized as the political key objective of public health.

*Key words:* Poverty, Inequalities in health, Public health, International cooperation, Education, Non-governmental organisations

Si ringraziano Stefania Bocci e Silvia Stacchini per la collaborazione al lavoro di *editing* del testo.

Per informazioni rivolgersi a: [cbedetti@iss.it](mailto:cbedetti@iss.it)

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: [www.iss.it/pubblicazioni](http://www.iss.it/pubblicazioni).

---

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*  
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro e Sandra Salinetti*  
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

© 2003 Istituto Superiore di Sanità (Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma)

# INDICE

<b>Presentazione</b> .....	iii
<b>Saluto ai presenti</b> <i>Guerino di Tora</i> .....	1
<b>Introduzione</b> <i>Ranieri Guerra</i> .....	3
<b>Promozione della salute nella cooperazione internazionale</b> <i>Attilio Massimo Iannucci</i> .....	5
<b>Obiettivi internazionali di sviluppo e linee guida di lotta alla povertà</b> <i>Claudio Spinedi</i> .....	8
<b>L'esperienza di un master internazionale di formazione e approfondimento sui rapporti tra povertà e salute</b> <i>Gianfranco Tarsitani, Fabio Candura, Fawziya Abikar, Gabriele Calizzani, Stefania Iannazzo, Alessandro Lamanna, Lorenzo Tarsitani, Riccardo Colasanti, Salvatore Geraci, Abdullaziz Sharif Aden, Ranieri Guerra</i> .....	13
<b>Etica della solidarietà</b> <i>Riccardo Colasanti</i> .....	17
<b>Sostenibilità finanziaria dell'assistenza sanitaria a persone a basso reddito in ospedali pubblici in Marocco</b> <i>Aziza Bennani</i> .....	21
 <b>COMUNICAZIONI</b>	
<b>Formazione degli operatori socio-sanitari impegnati nell'assistenza ad utenti immigrati: valutazione di un corso nelle Aziende Socio-Sanitarie del Veneto</b> <i>Salvatore Geraci, Giovanni Baglio, Maurizio Marceca, Barbara Martinelli, Marco Mazzetti</i> .....	29
<b>Un'esperienza di formazione interistituzionale nella città di Bologna</b> <i>Rosa Costantino, Giovanna Dallari, Jora Mato</i> .....	37
<b>Somatizzazioni negli immigrati: elementi di discussione per la in-formazione dei medici</b> <i>Lorenzo Tarsitani, Hassan Raad, Francesco Colosimo, Laura Bindi, Barbara Martinelli, Massimiliano Aragona</i> .....	42

<b>Il segretariato italiano studenti in medicina con il “Progetto Caritas”</b> <i>Andrea Giambartolomei, Riccardo Murari, Claudia Telesca</i> .....	46
<b>Salute riproduttiva nel sud est messicano: un’esperienza di formazione</b> <i>Pia Maria Koller</i> .....	48
<b>Indagine “Conoscenza Attitudine e Pratica” sulla pianificazione familiare nella Striscia di Gaza</b> <i>Serena Donati</i> .....	51
<b>Gravidanza e parto tra le donne immigrate a Roma</b> <i>Angela Spinelli, Michele Grandolfo, Serena Donati, Silvia Andreozzi, Cristiana Longhi, Mauro Bucciarelli, Giovanni Baglio</i> .....	57
<b>Salute senza esclusione nel Terzo Millennio</b> <i>Luigi Toma, Gennaro Franco, Ottavio Latini, Aldo Morrone</i> .....	64
<b>Attività dell’azienda per i servizi sanitari Medio Friuli per la tutela della salute degli immigrati e la mediazione di comunità</b> <i>Guglielmo Pitzalis, Valentina Brussi, Giorgio Brianti, Marzio Barbieri, Alberto Fragali, Daniel Ekouta</i> .....	68
<b>Progetto-pilota per la prevenzione della tubercolosi nella città di Catania</b> <i>Mario Cuccia, Ottavio Nicastro, Mario Raspagliesi</i> .....	70
<b>Immigrazione, salute e fruibilità dei servizi sanitari: uno studio in alcuni Paesi europei</b> <i>Laura Camoni, Anna Colucci, Pietro Gallo, Anna Maria Luzi, Rudi Valli, Anna D’Agostini</i> .....	74
<b>Progetto “Oltre la strada”: attività sanitaria e di recupero sociale</b> <i>Anita Capra, Maria Cristina Belloni, Alessandra Donasi</i> .....	77
<b>Ospedale “L. Spallanzani” di Roma: interventi sociali del centro riferimento AIDS nel 1995 e nel 2000</b> <i>Mariagloria Pezzaldi, Simonetta Mendicelli</i> .....	81
<b>Giovani e alcol: interventi di educazione alla salute nelle scuole</b> <i>Rosanna Marchetti</i> .....	85
<b>Bioetica, diritti umani e multietnicità</b> <i>Roberta Rondini</i> .....	90
<b>Alcune considerazioni</b> <i>Rodrigo Jaimes Hidalgo</i> .....	94

## PRESENTAZIONE

Il convegno in tema di povertà ed esclusione sociale sul versante della salute è diventato oramai un vero e proprio appuntamento istituzionale. A partire dal 1998 infatti una manifestazione su tali tematiche è organizzata con cadenza annuale, nel mese di dicembre, dall'Istituto Superiore di Sanità, dal Ministero della Salute e dalla Caritas Diocesana di Roma.

Abbiamo pubblicato gli atti dei convegni svolti rispettivamente nell'anno 1998, 1999 e 2000<sup>1,2,3</sup> per rendere note le problematiche discusse e contribuire in questo modo a mantenere il discorso aperto, perché altri reagiscano rispetto ad esse. Con analoga finalità abbiamo raccolto in questo fascicolo i contributi presentati al convegno tenutosi nel 2001, con il titolo "Salute senza esclusione: impegno internazionale ed esperienze locali".

Al centro del dibattito una questione enorme: di fronte all'evoluzione del mondo le profonde diseguaglianze sociali tra Paesi e all'interno della stessa nazione tra gruppi di persone. Come è stato ricordato nel convegno, l'1% della popolazione mondiale ha un reddito pari a quello posseduto dal 57% della popolazione della terra. Le 200 persone più ricche hanno un reddito maggiore rispetto alle risorse di due miliardi di persone. Nei Paesi industrializzati gli amministratori delegati di grandi aziende spesso ricevono stipendi superiori all'equivalente del salario di 150 operai non specializzati.

Nel convegno "Salute senza esclusione: impegno internazionale ed esperienze locali" il dibattito ha affrontato le problematiche relative alla privazione di opportunità e dei diritti fondamentali alla cura e all'assistenza sanitaria, connessa alle condizioni di povertà e di esclusione sociale nei Paesi in Via di Sviluppo (PVS) e in Italia, con un doppio intento: da una parte far conoscere le politiche di cooperazione internazionale, progetti e azioni promossi da istituzioni e da associazioni; dall'altra servirsi di questa conoscenza come punto di partenza per un impegno individuale e collettivo a sviluppare interventi, volti a migliorare le condizioni di salute dei poveri e degli esclusi, basati sulla collaborazione tra strutture pubbliche e mondo del volontariato.

Nel convegno è stato discusso lo stato di attuazione degli obiettivi internazionali in tema di lotta alle povertà, definiti e stabiliti dalle Conferenze mondiali sullo sviluppo sociale avvenute negli ultimi anni. Tali obiettivi riguardano sia aspetti di sviluppo esclusivamente economico – la riduzione del 50% tra il 1990 e il 2015 del numero delle persone che vivono in condizione di povertà assoluta – sia diritti umani e sociali – quali la frequenza della scuola primaria e la pari partecipazione delle bambine all'educazione primaria e secondaria, la riduzione della mortalità infantile e della mortalità materna, la sicurezza alimentare, l'accesso per tutti all'acqua potabile, ai servizi igienici, e ai servizi sanitari per la programmazione familiare, l'eliminazione o riduzione e controllo delle principali malattie che costituiscono veri problemi sanitari a livello mondiale (AIDS, malaria e tubercolosi).

<sup>1</sup> Bedetti C, Geraci S, Guerra R (Ed.). *Convegno nazionale. Le nuove povertà: un complesso problema di sanità pubblica. Preparazione di un'agenda di intervento*. Roma 9-10 dicembre 1998. Atti. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1999. (Serie Relazioni 99/3).

<sup>2</sup> Bedetti C, Geraci S, Guerra R (Ed.). *Convegno nazionale. Esclusione e marginalità*. Roma 2 dicembre 1999. Atti. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2000. (Serie Relazioni 00/4).

<sup>3</sup> Bedetti C, Geraci S, Guerra R (Ed.). *Convegno nazionale. Esclusione e marginalità: scelte programmatiche e misure di contrasto alle diseguaglianze sociali nella salute*. Roma 14 dicembre 2000. Atti. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001. (Rapporti ISTISAN 01/30).

Pur essendo stati compiuti, complessivamente, dei progressi questi appaiono largamente insufficienti. Il raggiungimento degli obiettivi richiede programmi e risorse. È stato quindi illustrato l'impegno della Cooperazione italiana in programmi di promozione della salute nei PVS.

Si è poi passati a considerare progetti di formazione finalizzati alla definizione e costruzione di metodi e strumenti per interventi efficaci e solidali a tutela delle persone svantaggiate. È stato quindi presentato il "Corso internazionale su povertà e salute", promosso dal Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica dell'università "La Sapienza" di Roma, dall'Istituto Superiore di Sanità e dalla Caritas Diocesana di Roma.

Una sessione del convegno è stata dedicata al confronto di esperienze locali realizzate dal volontariato, dalla cooperazione sociale e dal settore pubblico, enfatizzando l'effetto amplificante d'efficacia quando si è riusciti a far convivere espressioni di impegno e riflessioni di diversa appartenenza, pubblica e di privato sociale.

La manifestazione ha avuto risultati positivi, sia per l'eccellente livello delle relazioni presentate, sia per il clima di attenzione e interesse che si è venuto a creare tra i partecipanti, operatori provenienti da strutture pubbliche e da associazioni di volontariato.

*Cecilia Bedetti, Salvatore Geraci, Ranieri Guerra*

## SALUTO AI PRESENTI

Guerino di Tora  
*Direttore della Caritas Diocesana di Roma*

La Caritas di Roma da tanti anni è schierata sulla frontiera del disagio, della povertà vecchia e nuova: tanti servizi, tante azioni, tanti incontri. Mense, ostelli, case famiglia, centri d'ascolto, ambulatori, ecc.

La Caritas è conosciuta ed è credibile per tutte queste cose ma essa è soprattutto un organismo pastorale con prevalente azione pedagogica.

Una pedagogia dei fatti come la chiamiamo noi: partiamo dalle persone, dagli incontri, dalle relazioni, dal rispetto e dalla dignità per ogni persona soprattutto se in condizioni di difficoltà o di debolezza.

Questa azione pedagogica è la ragione del nostro impegno nel campo formativo, anche in una formazione specifica in ambito medico. Non deve sorprendere quindi la proposta ormai decennale dei Corsi di Medicina delle Migrazioni, del Master in Medicina dell'Emarginazioni, delle Migrazioni e delle Povertà, giunto alla sua seconda edizione, del Master internazionale su Povertà e Salute organizzato proprio con l'Istituto Superiore di Sanità.

Vogliamo condividere e progredire in esperienze e conoscenze nel campo della salute che è un diritto fondamentale, dopo il diritto alla vita è quello che forse più di ogni altro impregna la storia di ogni donna e ogni uomo: salute ha un significato vasto e la malattia è conseguenza di un equilibrio che si altera in modo patologico non solo in campo fisico o psichico ma anche sociale, ambientale e spirituale. La salute va difesa a tutto tondo: la salute è anche una politica seria che preveda inclusione e integrazione e non sospetti e paure.

La Caritas, nell'ambito sanitario, ha posto come tema di fondo per l'attività e la riflessione per il prossimo biennio "salute senza esclusione", che non casualmente è anche il titolo di questo incontro, proprio ad indicare che la promozione della salute è impegno di tutti, ed è impegno a lavorare perché nessuno sia escluso dal convivere sociale: questo a livello locale, nella nostra società così benestante che sempre con più disinvoltura dimentica nicchie di poveri vecchi e nuovi. Ma questo anche a livello internazionale dove le distanze tra ricchi, sempre più ricchi, e poveri, sempre più poveri, si allargano in un gradiente che genera disperazione e morte.

Sono questi i temi che desideriamo approfondire in questo Convegno, e in quelli che speriamo lo seguiranno proseguendo questa esperienza di collaborazione tra Caritas e Istituto Superiore di Sanità, cercando di andare alle radici sia dell'ingiustizia sia della solidarietà per suscitare riflessione ma anche percorsi di reale impegno al fianco di chi troppo spesso si trova al margine della nostra società.





## INTRODUZIONE

Ranieri Guerra

*Segreteria Attività Culturali, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

È difficile evitare toni retorici quando si inizia a parlare della povertà e delle sue innumerevoli correlazioni con lo stato di salute. La povertà è causa ed è effetto della malattia, i poveri si ammalano di più, vivono peggio, muoiono prima e in condizioni inaccettabili rispetto a chi è colto, benestante, capace di esigere il rispetto tempestivo del proprio diritto alla salute.

Esistono evidenze chiare che il maggior determinante di salute è costituito dalla condizione socio-economica degli individui che costituiscono una società e che i vincoli solidali della società stessa sono i migliori ammortizzatori sanitari per i suoi membri, anche se relativamente poveri e marginali. Come questi vincoli agiscano e quali siano le forze di disgregazione che portano alla frammentazione della famiglia e della comunità solidale è analogamente patrimonio di conoscenza acquisita.

Osserviamo, però, che pur sapendo molto e avendo studiato a fondo le problematiche che sottendono il rapporto tra povertà e salute, non esistono piani concreti d'azione e progetti di intervento strategico, se non sporadicamente e senza il grande coordinamento nazionale e internazionale di cui ci sarebbe bisogno.

In questo Istituto già da alcuni anni abbiamo imparato a discutere con la società civile e con le organizzazioni che lottano contro la povertà e che offrono ai poveri un punto di riferimento, di protezione e di presa in carico. Lo scopo era di apprendere e valutare le dimensioni del fenomeno e di capire come la società abbia imparato a identificare il rischio sanitario dovuto alla condizione di povertà.

Abbiamo anche cercato di definire strategie efficaci, sostenibili e realistiche che possano essere suggerite a chi ha il compito di progettare il macrosistema delle relazioni economiche e sociali nel Paese.

Ritengo che vada riconosciuta e valorizzata l'intuizione che ha portato un ente di ricerca come questo ad occuparsi di condizioni, rischi, situazioni che vanno molto oltre lo stretto e spesso miope ambito della biomedicina nel suo senso più angusto, proiettando, viceversa, le risorse dell'ente verso dimensioni di maggiore rilevanza e pertinenza del vivere sociale. La riorganizzazione dell'Istituto in atto tende anche a fare trovare una visibilità e una collocazione che, senza rinnegare le tradizioni consolidate dell'ente, ne proponano la partecipazione qualificata al dibattito sui grandi temi che interessano il mondo globalizzato.

La collaborazione con la Caritas e con il Ministero della Salute, oltre ai vari soggetti che hanno collaborato nel percorso compiuto ormai pluriennale per mantenere questa opportunità di discussione e progettazione partecipata, si arricchisce oggi, infatti, con il Ministero degli Affari Esteri, nostro partner privilegiato in vari progetti in Paesi in via di sviluppo e in transizione, in condizioni di emergenza acuta o cronica, o in situazioni di stabilità politica, ma di miseria e di imminente disastro economico e finanziario, con il cronico rischio di collasso sociale che gli elevatissimi e inaccettabili quozienti di morbosità e di mortalità evitabili rappresentano.

La lotta alla povertà è diventata una priorità globale e il nostro contributo, ormai, deve inquadarsi nell'ambito internazionale che ha portato da una lato l'Organizzazione per la Cooperazione Economica e Per lo Sviluppo (OCSE), l'organizzazione dei maggiori Paesi industrializzati del mondo, a creare un gruppo di studio permanente che cerca di definire strategie e impegni economici a sostegno dei piani sanitari e di risanamento economico dei Paesi meno sviluppati con l'obiettivo di diminuire l'impatto della povertà assoluta e della mal

distribuzione delle risorse sulla salute; e, dall'altro, il G8 ad attivare nel 2001, di concerto con le Nazioni Unite, il fondo di lotta alle malattie della povertà, come l'AIDS, la malaria e la tubercolosi.

In questo quadro di riferimento, anche l'Unione Europea e la Banca Mondiale, ovvero i due maggiori attori mondiali nella promozione dello sviluppo, hanno lanciato propri programmi di lotta alla povertà.

Ben coscienti di questa realtà, non gestibile da un singolo Paese o da una singola entità, abbiamo aderito alla visione strategica definita dal Governo italiano, e gestita dal Ministero degli Esteri, partecipando attivamente ad entrambe le azioni in ambito OCSE e in sede di Fondo Globale, che, verrà attivato entro il 2001 con un finanziamento di due miliardi di dollari, in cui il nostro Paese è presente come principale donatore, assieme agli Stati Uniti.

Di concerto con l'Università La Sapienza e con la Caritas stiamo realizzando, con un finanziamento importante del Ministero degli Esteri, un corso master sperimentale internazionale, di cui si tratterà diffusamente più oltre, rivolto agli operatori socio-sanitari e agli economisti sanitari di aree geografiche e politiche cruciali (medio-orientale, nordafricana, balcanica e del corno d'Africa), che tratta proprio della povertà come il problema di sanità pubblica di maggiore importanza in ciascuno dei sistemi e delle categorie di Paese che partecipano al corso: ricco e industrializzato, in transizione, in via di sviluppo. L'esperienza che si viene accumulando anche in questo caso è preziosa e di grande valore.

Queste azioni di riorientamento verso temi non tradizionali di ricerca e intervento non sono state di facile comprensione per molti di noi.

Siamo il prodotto di una cultura biomedica e tecnologica che talora male si coniuga con le esigenze di una società in rapido cambiamento, in cui la transizione epidemiologica e quella demografica propongono scenari che sono spesso di difficile inquadramento, che richiedono flessibilità, immaginazione, creatività anche nel mondo scientifico, della ricerca e della formazione, come quello in cui l'Istituto opera.

Abbiamo dovuto imparare molte cose e molte altre ancora ci sfuggono. Tutto ciò impone umiltà e un approccio aperto e capace di ascoltare e osservare, prima ancora di proporre, decidere, o sanzionare.

Siamo, però, convinti del valore del metodo e del ragionamento scientifico anche in questo campo, proprio perché è necessario indagare obiettivamente su cause, concause, effetti, rischi, epifenomeni, relazioni e processi, come in qualsiasi altro ambito della ricerca, tentando di produrre e validare le evidenze che troppo spesso si fermano all'aneddoto, al dato empirico, alla tradizione, piuttosto che mirare a determinare con ragionevole sicurezza e con le armi della scienza il dove agire e investire le risorse a disposizione, il cosa fare, il come procedere.

Quanto più scarse sono le risorse e quanto più grandi sono i problemi da affrontare, tanta maggiore importanza deve essere riconosciuta e attribuita alla scienza e alla ricerca che ci permettono di indirizzare con obiettività e con speranza certa i nostri sforzi. Troppo alto è, infatti, il rischio di disperdere e diluire quanto abbiamo a disposizione in mille rivoli di inefficacia e inutilità, se non siamo guidati da protocolli e linee di intervento di cui si dimostra il funzionamento in modo oggettivo e che devono, pertanto, essere adottati su scala globale.

La massa critica della globalizzazione può così contribuire in maniera positiva ad affermare una nuova cultura e un movimento internazionale e concertato di partenariato tra tutte le parti pubbliche, private, la società civile, le organizzazioni non governative, le aziende, lo stesso mondo del profitto, con lo scopo di promuovere una visione di equità, di sviluppo sostenibile, di redistribuzione della ricchezza e delle risorse per garantire a tutti l'opportunità che la natura ha loro donato.

## PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

Attilio Massimo Iannucci

*Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, Ministero Affari Esteri, Roma*

In questi ultimi anni, le Nazioni Unite hanno promosso numerosi vertici per orientare e coordinare l'azione della comunità internazionale nei confronti di problematiche a carattere globale, come la salute e l'educazione per tutti, la protezione dell'ambiente, i diritti dei bambini e delle donne, lo sviluppo sociale, la fame nel mondo.

Tuttavia, in questo inizio di terzo millennio, ci dobbiamo ancora confrontare con nuovi problemi e nuove sfide che rappresentano vecchi e nuovi ostacoli per lo sviluppo globale. Accanto alla tradizionale povertà di certe regioni, e a nuove guerre, anche nuove malattie, quali l'AIDS, e vecchie, come la tubercolosi e la malaria, provocano ogni anno milioni di morti. Se solo pensiamo all'epidemia di AIDS, che negli ultimi venti anni si è diffusa nel mondo con diversa intensità, in Africa ha già raggiunto più di 23 milioni di persone ed è responsabile della morte di oltre 2 milioni di persone l'anno. Povertà, guerre ed epidemie sono gli ostacoli maggiori allo sviluppo socio-economico dei Paesi in Via di Sviluppo (PVS) perché, oltre a ridurre la speranza di vita, provocano una ridotta crescita della produzione e un insostenibile aumento della domanda di assistenza ai precari sistemi sanitari di questi Paesi.

La Cooperazione Italiana considera la promozione della salute come uno dei suoi obiettivi principali. Abbiamo finanziato, nel 2000, oltre 120 iniziative soltanto nel settore socio-sanitario, per un valore complessivo di circa 580 miliardi di lire. A ciò si aggiungono gli interventi di emergenza in risposta a calamità naturali o a crisi politico-militari, e il cofinanziamento di analoghe iniziative realizzate dalle Organizzazioni Non Governative (ONG) italiane e dalle amministrazioni locali.

Nell'ambito delle strategie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per lo sviluppo globale dei sistemi sanitari e avvalendosi delle competenze tecniche del sistema sanitario italiano, la Cooperazione Italiana realizza un vasto e articolato programma nei PVS, orientato in più direzioni.

Sosteniamo innanzitutto lo sviluppo dei sistemi sanitari nazionali attraverso diverse forme di assistenza tecnica e di formazione realizzate, anche attraverso le organizzazioni internazionali, presso i Ministeri della Sanità di numerosi PVS.

Contribuiamo poi alle iniziative di decentramento dei sistemi sanitari locali avvalendoci spesso della preziosa opera delle ONG, che investono a tal fine in infrastrutture, attrezzature sanitarie, materiali di consumo e farmaci, provvedendo nel contempo alla riqualificazione degli operatori sanitari.

Interveniamo in favore dei sistemi farmaceutici nazionali, realizzando interventi per rendere possibile la produzione, l'acquisto, la distribuzione e l'utilizzo razionale dei farmaci essenziali.

Per quanto riguarda la cooperazione in materia di infrastrutture sanitarie e di tecnologie biomediche sostenibili, concediamo crediti di aiuto per l'acquisto delle attrezzature necessarie agli ospedali dei Paesi in cui interveniamo.

In materia di controllo delle grandi endemie, la Cooperazione Italiana ha sostenuto per molti anni, e soprattutto in Africa, programmi di lotta alla malaria, alla tubercolosi e al virus Ebola. E, nell'ambito dei G8, siamo uno dei principali donatori del *Global Fund for fighting AIDS, Malaria and Tuberculosis* (GFATM) costituito dopo il vertice di Genova (2001). Inoltre, nel

piano di eradicazione mondiale della poliomielite, siamo impegnati nel controllo di questa malattia nazionale in India.

D'altra parte, non sottovalutiamo l'importanza della salute familiare e riproduttiva, che consideriamo la componente principale degli interventi sanitari di base – a questo proposito ricordo che, in collaborazione con l'UNICEF (*United Nations Children's Fund*), interveniamo per ridurre la mortalità materna e infantile – e non sottovalutiamo l'importanza della prevenzione e la riabilitazione dei disabili che favoriamo (anche in questo caso con la collaborazione delle ONG italiane) con interventi, a carattere comunitario, di assistenza ai disabili motori, sensoriali e mentali, e con iniziative specifiche, realizzate presso centri specialistici come quelle per la riabilitazione di portatori di lesioni spinali.

Nelle nostre strategie, un posto privilegiato è infine riservato allo sviluppo delle risorse umane. In tutte le nostre iniziative socio-sanitarie prevediamo infatti una componente di formazione professionale, da realizzare sia presso istituzioni di ricerca e formazione nei PVS, sia mediante la concessione di borse di studio per la frequenza di corsi di qualificazione e aggiornamento in Italia. Va segnalata a tal proposito la crescente importanza assunta dal corso *International Master on Management of Health Services*, che si tiene proprio presso l'Istituto Superiore di Sanità, e che ha contribuito, in più di dieci anni, a formare i quadri intermedi e apicali delle istituzioni sanitarie dei PVS.

I nostri maggiori interventi socio-sanitari sono effettuati oggi in Egitto, Mozambico, Angola, Eritrea, Etiopia e Uganda. Quelli per il controllo della malaria sono svolti in Burkina Faso, Madagascar e Tanzania, mentre quelli per il controllo dell'AIDS si concentrano in Uganda, Rwanda, Burundi, Kenia, Zimbabwe e Swaziland.

Ma siamo presenti anche in Medio Oriente (Territori Palestinesi e Libano), in Asia (India e Cina) e in America Latina (Nicaragua, El Salvador, Perù e Bolivia).

Indipendentemente dalla loro localizzazione geografica, i nostri interventi presentano delle caratteristiche comuni, dei veri e propri "principi guida" ai quali si attengono:

- massima attenzione ad un'equa distribuzione delle risorse e all'accesso ai servizi;
- preminenza della prevenzione;
- sostenibilità tecnica e finanziaria delle iniziative;
- decentramento e partecipazione dell'utenza alla gestione dei servizi.

Un aspetto importante della Cooperazione Sanitaria Italiana è rappresentato dalla crescente nostra partecipazione allo sviluppo di politiche globali. Non solo l'Italia è membro dell'*Executive Board* dell'OMS e del *Programme Coordinating Board* dell'UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), ma, come già accennato, ai vertici G8 di Okinawa e di Genova ci siamo schierati a favore della costituzione, presso la Banca Mondiale dello GFATM e abbiamo assunto l'impegno di contribuirvi con 200 milioni di dollari. Intanto, abbiamo già stanziato un primo contributo di 50 milioni di dollari per rendere operativo il Fondo, presso il quale siamo rappresentati sia nel Gruppo di lavoro provvisorio che nel Segretariato Tecnico.

Questa carrellata sulle nostre esperienze, schematica e a carattere necessariamente indicativo, non può che prescindere da una considerazione morale.

Gli sforzi che il mondo industrializzato sta svolgendo in favore dei PVS è ben poca cosa a confronto delle condizioni letteralmente disperate delle fasce più deboli delle loro popolazioni, specialmente in Africa.

È una situazione che non possiamo ignorare e con la quale dovremo confrontarci anche drammaticamente, nei prossimi anni, proprio perché la globalizzazione ha reso queste realtà molto più vicine alla porta di casa nostra di quanto, ieri, non immaginassimo.

Il confronto fra mondo povero e mondo ricco è esploso tragicamente l'11 settembre 2001, e sta innescando altri conflitti in cui sono chiamati a raccolta, prevalentemente con motivazioni confessionali, i diseredati della terra.

E allora qui non si tratta più di solidarietà, o di tranquillizzare la nostra coscienza mentre godiamo di una situazione privilegiata. Si tratta di incominciare a vedere queste iniziative di cooperazione allo sviluppo, comprese quelle a carattere sanitario, da un punto di vista più lungimirante, di ricerca di un equilibrio fra Nord e Sud, fra regioni ricche e regioni povere. In primo luogo per un principio di giustizia che non può non essere condiviso. Poi per un senso di umana solidarietà, alla quale si ispira la civiltà e tradizione occidentale, e in particolare quella italiana. Ma, infine, da una preoccupazione per le sorti di questa stessa civiltà e tradizione, che rischia, nella sua indifferente opulenza, di essere portata ad un confronto che potrebbe essere evitato.

# OBIETTIVI INTERNAZIONALI DI SVILUPPO E LINEE GUIDA DI LOTTA ALLA POVERTÀ

Claudio Spinedi

*Direzione Generale della Cooperazione allo Sviluppo, Ministero Affari Esteri, Roma*

Negli ultimi anni la comunità dei donatori si è più volte interrogata sullo sviluppo nei Paesi in Via di Sviluppo (PVS). Progressi, pur largamente insufficienti, esistono. Sono fortemente squilibrati a seconda delle aree geografiche: l'Asia ha realizzato progressi altamente consistenti, mentre l'Africa è rimasta in una situazione di stallo e l'Europa orientale e le ex Repubbliche sovietiche sono significativamente arretrate per quello che riguarda le condizioni di povertà e in questo caso mi riferisco alla situazione sanitaria che è peggiorata.

Il quadro è tuttavia complessivamente positivo anche se il progresso è insufficiente. In conseguenza l'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha posto, nel 2000, all'attenzione politica il tema della lotta alla povertà. La lotta alla povertà è stata posta al centro delle riunioni tra i Paesi più ricchi e più potenti del mondo, come la riunione del G8, dimostrando che il quadro politico generale a livello mondiale è cambiato. Infatti, il G8 se ne era già occupato precedentemente, ma non aveva mai avuto come tema centrale all'ordine del giorno la lotta alla povertà.

In tale contesto l'obiettivo generale del dimezzamento della povertà si articola in tutta una serie di sotto-obiettivi. Chiaramente la povertà non la si combatte soltanto in termini di reddito. Il parametro del reddito è quello di maggiore visibilità, ma è sotteso da altri otto obiettivi principali che si articolano in diciotto target numerici che rappresentano aspetti qualificanti, essenziali per dare sostanza all'obiettivo generale di lotta alla povertà. Cito brevemente gli otto sub-obiettivi.

Il primo sub-obiettivo è relativo al dimezzamento del numero di persone che soffrono la fame è collegato strettamente all'obiettivo principale, quindi l'obiettivo principale ha un collegamento immediato con la sicurezza alimentare.

Il secondo sub-obiettivo riguarda l'educazione universale, intendendo l'educazione primaria per tutti i bambini all'orizzonte 2004. Nell'ambito del settore dell'educazione, un obiettivo specifico, ma che viene tenuto separato e distinto giacché ha una valenza particolare, è quello della parità tra bambini e bambine nel raggiungimento del target della educazione di base per tutti. Per quello che riguarda questo secondo aspetto, essendo noto il ritardo che la popolazione femminile ha registrato nell'accedere all'educazione primaria, l'obiettivo è in qualche modo ravvicinato, in quanto c'è un problema di recupero oltre che di avanzamento di tutti verso l'obiettivo centrale. Questo secondo aspetto riguarda poi non soltanto l'educazione primaria, ma tutto lo sviluppo. Non soltanto la parità di diritti, ma anche pari opportunità nella vita sociale insieme all'educazione di base rappresentano il fattore di sviluppo più forte che si sia registrato. È quindi per una considerazione empirica e pratica che si ribadisce la necessità dello sviluppo e del rafforzamento del ruolo della donna e il raggiungimento della parità con gli uomini in tutte le società nel contesto di tutte le culture. I fatti hanno dimostrato come questo obiettivo fondamentale sia un aspetto essenziale dello sviluppo.

Un ulteriore campo preso in considerazione dagli obiettivi sopracitati è quello della salute e della sanità. C'è un *continuum* tra la sicurezza alimentare, l'educazione e la salute, come accennato nella introduzione iniziale dal rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Per quanto riguarda gli obiettivi specifici in campo sanitario i parametri riguardano

sostanzialmente la riduzione di due terzi della mortalità infantile di bambini al di sotto dei 5 anni, entro il 2015, e la riduzione di tre quarti della mortalità materna sempre da raggiungere nello stesso arco di tempo. Pongono attenzione specifica a quanto riguarda la natalità e la salute pre- e post-natale per giungere a tematiche centrali quali la lotta alle malattie infantili e la lotta contro l'AIDS, la malaria e le altre malattie. Occorre tenere a mente gli obiettivi fissati a partire dalla Conferenza organizzata dai giapponesi a Okinawa nel dicembre del 2000 e il successivo sviluppo di una azione che sta portando alla creazione del fondo globale per la lotta contro la malaria, per la lotta alla tubercolosi e all'AIDS. Sarà costituito per la metà di dicembre e ha avuto un momento molto importante con la sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite dedicata alla lotta contro l'AIDS.

Vi è poi un ulteriore gruppo di obiettivi che hanno attinenza con la sostenibilità ambientale, settore strettamente legato alle tematiche della salute. Uno degli obiettivi specifici nell'ambito della difesa dell'ambiente è quello dell'accesso all'acqua potabile, tema collegato con la salute e la nutrizione e anche con la sicurezza alimentare, con una specifica attenzione alle città. Cito a questo proposito una iniziativa nata in anni recenti, che ha avuto come sponsor Nelson Mandela e che mira a migliorare le condizioni di vita negli *slum* urbani delle grandi città dei PVS attraverso interventi trasversali che attengono agli aspetti più complessivi della povertà urbana in una visione integrata dei problemi. C'è poi un ultimo obiettivo con una serie di specificazioni che riguardano essenzialmente i modi di impostare il partenariato con i PVS.

Nell'ambito di questi obiettivi sono stati adottati una quarantina di indicatori statistici per consentire di verificare se i progressi nella direzione auspicata sono effettivamente consistenti.

Stabiliti gli obiettivi, bisogna porsi anche il problema di quale sia la metodologia migliore per raggiungerli. Poiché l'aspetto più facile è quello di fare un'analisi di tutto quello che sarebbe opportuno fare per raggiungerli.

Per quello che riguarda sia l'Italia, sia la Cooperazione Italiana o più in generale il ruolo dei Paesi dell'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione Economica e Per lo Sviluppo), cioè i Paesi donatori, ci siamo dotati recentemente di linee guida su come orientare il nostro lavoro in tema di lotta alle povertà. Si tratta di un documento, approvato in sede OCSE nell'aprile 2001, che si riferisce alle prassi che si sono andate consolidando sia in ambito Nazioni Unite sia sul terreno con il lavoro delle varie agenzie delle Nazioni Unite della Banca Mondiale e delle istituzioni finanziarie di supporto.

Che cosa dice per sommi capitoli questo documento a cui la Cooperazione Italiana cerca di ispirarsi?

Innanzitutto, parte dalla considerazione che la povertà è un fenomeno multi-dimensionale e ne recepisce essenzialmente cinque aspetti. Si cerca poi di indurre chi vuole lottare contro la povertà a vedere il problema nell'ottica di chi ne è vittima.

Il primo aspetto è economico: l'accesso al reddito e ai consumi e di cosa significa tutto ciò per chi è povero. Il secondo è quello delle capacità umane cioè l'accesso dei poveri all'educazione e alla salute. Vi è poi l'aspetto della cittadinanza politica, di come vengano rispettati e esercitati dal povero non soltanto i più basilari diritti umani, il diritto alla vita, tanto per partire da quello, ma anche i diritti politici come li intendiamo noi, cioè il diritto di far parte della cittadinanza politica, di intervenire nella vita politica del proprio Paese e di poter far sentire la propria voce. Vi è poi il tema dello status sociale. È estremamente importante come i poveri percepiscono la loro collocazione all'interno della povertà, quali sono le connotazioni di cui hanno percezione, quale visione hanno di loro stessi, se esiste la coscienza di essere un gruppo con o senza possibilità di movimento. Infine, ultimo punto, il tema della sicurezza e della vulnerabilità. Non si è poveri sempre, non si nasce poveri necessariamente, non lo si rimane sempre, si può non essere stati poveri, cadere nella povertà, uscirne, rientrare di nuovo in

povertà, quindi avere la sensazione della instabilità e della fragilità che è molto forte in molti PVS in cui è possibile vivere queste esperienze nel giro di pochi anni.

Per noi, alle volte, è difficile avere contemporaneamente una capacità di intervento e partire da analisi solide di quella che è la situazione di povertà nei singoli Paesi, intervenendo correttamente in queste situazioni.

I principi del partenariato che ci ispirano partono da un principio di carattere generale che è quello della *ownership* da parte del Paese e delle popolazioni in favore delle quali si vuole intervenire. È un terreno estremamente complesso, sia l'ISS che lavora da tanti anni nei PVS che chiunque sia impegnato con il governo, con la Cooperazione Italiana, con le organizzazioni non governative nello stabilire rapporti di partenariato sa quanto sia difficile mantenere in piedi un rapporto efficace di questo tipo.

Quello che l'esperienza ci ha sempre dimostrato è che non si possono fare le cose per gli altri, anche quando si è animati da buone intenzioni si rischia di provocare danni piuttosto che aiutare.

La linea minima che ci poniamo nei nostri interventi è di sperare quanto meno di non aver fatto dei danni, sapendo quanto è difficile intervenire.

Questo lavoro di partenariato coinvolge i governi, una delle grandi premesse è di ottenere un forte impegno politico dei governi nostri partner in favore della lotta alle povertà. È quindi evidente che è il governo il nostro interlocutore indispensabile. È chiaro che in qualsiasi direzione ci si voglia eventualmente muovere è necessario il massimo coinvolgimento del Governo del Paese beneficiario, infatti a parte il caso di una vera e propria opposizione da parte di un governo alle iniziative progettate, situazione che creerebbe problemi comprensibili, anche lavorare con un Governo poco interessato rischierebbe di condannare all'insuccesso gli interventi.

Ciò premesso, il dialogo con il governo è insufficiente, quello che si sta cercando di costruire sono dei partenariati, sempre più ampi, che coinvolgano dei soggetti, che più o meno si ritrovano in tutti i Paesi, che sono seriamente impegnati. Oltre che del governo centrale, quindi, si deve tener conto delle realtà pubbliche locali e quindi valorizzare, nella misura del possibile, l'articolazione delle amministrazioni locali, delle comunità di base, delle associazioni del settore sia pubblico che privato esistenti nei Paesi nostri partner. D'altro canto è necessario assicurare che gli interventi dei Paesi donatori si muovano in modo coordinato e non dispersivo. Quindi una delle ragioni dell'importanza della *ownership* nei PVS è anche che dobbiamo metterli in grado di esercitare un effettivo ruolo di coordinamento. Non è un compito sempre facile, anzi è forse una degli aspetti più difficili degli interventi dei Paesi donatori, che intervengono non soltanto sul piano bilaterale. L'Italia, per esempio, interviene abbastanza poco sul piano bilaterale, lavora molto con le organizzazioni internazionali della famiglia delle Nazioni Unite tipo UNDP (*United Nations Development Program*), UNICEF (*United Nations Children's Fund*), OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) nel settore sanitario, l'Alto Commissariato per i Rifugiati, la Banca Mondiale, ecc.

L'Italia ha una lunga tradizione di intervento tramite organizzazioni internazionali che, peraltro, non sono automaticamente un'assicurazione contro l'eventualità di passare sulla testa dei nostri partner, per la ovvia disparità di mezzi e di strutture. È quindi un lavoro sempre più difficile quello di far quadrare le intenzioni con le esigenze di lavoro.

Da ultimo, i quadri di riferimento generali all'interno dei quali si deve collocare la nostra azione: le iniziative per la cancellazione del debito ai Paesi più poveri che sono state adottate nel 1998 e sono in piena attuazione prevedono che i Paesi beneficiari della cancellazione del debito adottino dei piani complessivi della riduzione della povertà. La cancellazione del debito è mirata a indirizzare le risorse che non vengono più restituite ai Paesi che avevano concesso i crediti, verso questi piani globali di riduzione della povertà.



Anche i Paesi che non sono tra i più poveri e che quindi nell'immediato non beneficiano delle cancellazioni del debito, sono incoraggiati ad adottare dei programmi generali che orientino le risorse pubbliche verso dei piani di sviluppo mirati verso la lotta alla povertà.

L'impegno è di inserire la nostra azione all'interno di questi programmi. È quello che l'Italia sta facendo per quello che riguarda la cancellazione del debito. L'Italia in questo caso ha fatto qualcosa in più degli altri partner dei Paesi occidentali, giacché non aderiamo solamente all'iniziativa per la cancellazione del debito ai Paesi altamente indebitati. Il primo accordo è stato firmato con la Guinea ed è un accordo importante perché non è semplicemente intergovernativo, ma ha anche assunto una iniziativa che partiva dal mondo del volontariato e l'ha integrata all'interno dell'accordo. Ma l'Italia si muove anche verso i Paesi che pur non rientrando nella categoria dei più poveri, hanno comunque delle situazioni di povertà diffuse. Una norma di un paio di anni fa ci consente di fare degli accordi di conversione di debito a condizione che le risorse accantonate siano indirizzate verso le categorie più povere per programmi di lotta alla povertà o di tutela dell'ambiente. I Paesi che tutt'oggi hanno sottoscritto con noi degli accordi di questo tipo sono la Giordania, l'Egitto e il Marocco e due Paesi latino-americani, il Perù con cui abbiamo già firmato, e con l'Ecuador, con cui stiamo per firmare. Si tratta di meccanismi particolarmente interessanti per consentire di muoverci su questo terreno. Sottolineo quindi l'importanza dell'agire in modo integrato onde evitare i rischi che comportano le iniziative che si muovono su un terreno frammentato.

Accenno ad un ultimo punto: la coerenza. L'aiuto allo sviluppo di per sé è uno strumento che viene considerato importante, ma è un catalizzatore di altre risorse. Se si considerano i flussi complessivi finanziari dal mondo industrializzato verso i PVS l'aiuto allo sviluppo è grosso modo un quinto. Ovviamente ci sono differenze tra Paesi, per quelli più poveri che sono inclusi nella categoria di quelli meno avanzati, la percentuale dell'aiuto sul totale del reddito nazionale è più elevata rispetto ad altri Paesi, a differenza di altri, come l'India, che pure ha gravi situazioni di povertà, dove l'aiuto esterno è una briciola rispetto a quelle che sono le dimensioni economiche e finanziarie.

Il problema della coerenza è molto sentito, perché il ruolo dell'aiuto allo sviluppo può essere annullato da comportamenti incoerenti su altri tavoli che guidano la politica governativa.

Nel mese di marzo 2002 ci sarà una importante conferenza internazionale organizzata dalle Nazioni Unite: la Conferenza sul finanziamento dello sviluppo. L'agenda si articola su sei capitoli e l'aiuto allo sviluppo è indicato come una delle componenti del finanziamento allo sviluppo. La principale voce considerata è quella della mobilitazione delle risorse finanziarie interne degli stessi PVS. Anche nei casi dei più poveri, pur con cifre che a noi possono sembrare ridicolmente basse, ma che nel contesto delle economie degli stessi Paesi possono essere cifre estremamente importanti. Facendo un parallelo, per esempio, basti pensare all'importanza che il microcredito assume molte volte nei PVS con concessione di crediti non superiori ai 100 dollari, una somma relativamente modesta, ma in grado di attivare dei circuiti di sviluppo economico incisivi con prestiti sostenibili dai beneficiari e che in genere vengono restituiti puntualmente nel 95% dei casi.

Quindi il problema della coerenza ha una serie di punti di contatto con il finanziamento dello sviluppo. Di recente a Doha è stato avviato un nuovo *round* commerciale internazionale che alcuni chiamano il *round* dello sviluppo per le tematiche che sono state iscritte all'ordine del giorno. Questo è l'inizio del negoziato e ci vorranno anni per concluderlo, ma tuttavia è già un punto di partenza importante lo stabilire di cosa si discuterà nell'ambito di questo negoziato e le tematiche sono tutte suscettibili a consentire progressi molto significativi ai PVS che saranno in grado di beneficiare degli esiti di questo negoziato come pure di beneficiare degli esiti del *round* precedente.

Un nostro terreno di impegno che sta crescendo di importanza è quello di aiutare i Paesi più poveri e, a volte, più isolati ad inserirsi nel commercio internazionale che a volte li ignora, li evita o di cui non colgono a sufficienza le opportunità.

Altro terreno è quello degli investimenti internazionali che sono un flusso di denaro pari circa a cinque, sei volte l'aiuto pubblico e che evita i continenti, ad esempio l'Africa, destinataria di flussi molto modesti di investimenti internazionali. Sulla coerenza, in sede OCSE, è stata elaborata una lista di controllo per verificare che la politica di aiuto allo sviluppo non sia contraddetta non solo da quello che facciamo sia sul terreno commerciale sia sul piano dell'architettura finanziaria internazionale, ma anche su altri terreni che hanno diretta attinenza, come l'agricoltura e la salute. Cito, per esempio, due aspetti controversi: il costo delle medicine, ambito nel quale può essere difficile mantenere la coerenza se il prezzo è unificato a livello mondiale e su questo terreno recentemente ci sono stati movimenti importanti; l'altro esempio è quello della ricerca considerata poco orientata nei confronti delle malattie dei poveri e più orientata verso le malattie dei ricchi.

## L'ESPERIENZA DI UN MASTER INTERNAZIONALE DI FORMAZIONE E APPROFONDIMENTO SUI RAPPORTI TRA POVERTÀ E SALUTE

Gianfranco Tarsitani (a), Fabio Candura (a), Fawziya Abikar (a), Gabriele Calizzani (a),  
Stefania Iannazzo (a), Alessandro Lamanna (a), Lorenzo Tarsitani (a), Riccardo Colasanti (b),  
Salvatore Geraci (c), Abdullaziz Sharif Aden (d), Ranieri Guerra (d)  
(a) Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica "G. Santarelli", Università "La Sapienza", Roma  
(b) Associazione Fernando Rielo di Ricerca e Assistenza Sanitaria, Roma  
(c) Area Sanitaria, Caritas Diocesana di Roma  
(d) Segreteria per le Attività Culturali, Istituto Superiore di Sanità, Roma

La relazione esistente tra la condizione di povertà e lo stato di malattia è da sempre riconosciuta. Secondo il pensiero economico prevalente, la crescita economica da sola, migliorando il reddito complessivo, sarebbe in grado di influenzare positivamente lo stato di salute della popolazione, che sarebbe dunque un prodotto *a latere* del migliorato contesto macro-economico. Oggi, senza mettere in discussione il modello di sviluppo fondato sulla crescita economica, si riconosce la necessità di indirizzi e strategie per una più mirata lotta alla povertà. In questo contesto si inizia a riconoscere che l'investimento in salute può rappresentare uno strumento per la lotta alla povertà e un requisito per perseguire la prosperità, come emerge anche dal rapporto della Commissione Macroeconomia e Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (*Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development, Report of the Commission on Macroeconomics and Health*), che potrebbe rappresentare il segnale di una maggiore attenzione alle relazioni esistenti tra salute e dinamiche economiche.

Appare ancora debole però il dibattito sulle cause che innescano il circolo vizioso povertà-malattia-povertà, né si fa piena luce sul ruolo che in tal senso hanno giocato e giocano le politiche promosse a livello internazionale e il processo di globalizzazione.

La definizione e la delimitazione del fenomeno povertà come un problema fondamentale di Sanità Pubblica sono accentuate dal riconoscimento di importanti obiettivi fissati nella Dichiarazione del Millennio e tra questi vale la pena di ricordare: la riduzione della mortalità infantile di due terzi, il miglioramento della salute materna, riducendo di tre quarti la mortalità per parto; la lotta contro l'HIV/AIDS e le altre malattie infettive, riducendone entro il 2015 l'incidenza; l'integrazione dei principi dello sviluppo sostenibile nelle politiche nazionali; il dimezzamento, entro il 2015, del numero di persone senza accesso all'acqua potabile; il miglioramento delle condizioni di vita di 100 milioni di poveri in ambiente urbano.

Da circa un decennio la lotta alla povertà è entrata, a pieno titolo, a far parte delle azioni prioritarie del nostro governo in ambito internazionale. Numerosi sono gli esempi che caratterizzano questo impegno sia in seno alle organizzazioni internazionali, come la sottoscrizione dell'istituzione del Fondo Globale per la lotta alle malattie della povertà (per citare l'esempio più recente), sia in contesti di accordi di cooperazione bilaterale per la cancellazione del debito.

Da questo quadro di riferimento e dalla azione sinergica dei tre soggetti promotori (il Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica "G. Santarelli" dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", l'Istituto Superiore di Sanità e la Caritas Diocesana di Roma) nasce il "Corso Internazionale su Povertà e Salute" (*International Course on Poverty and Health*). L'esigenza di fondo è quella di rivisitare gli strumenti e le tecniche tradizionali nei confronti dei

macrofenomeni di disagio socio-sanitario mondiale, nel rispetto dei principi etici che sottendono la lotta alla povertà e la promozione dei principi di solidarietà umana.

L'obiettivo generale dell'iniziativa è di costruire un modello tecnico e metodologico di riferimento per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi di individuazione, classificazione e stratificazione della povertà con conseguente ricaduta nei bacini di utenza, in linea con i principi dell'assistenza umanitaria promossa dai principali Organismi Internazionali.

Il corso è destinato alla formazione di quadri apicali e intermedi di sistemi socio-sanitari, quadri dirigenziali di enti pubblici e privati non a scopo di lucro, dirigenti di area politico economico-finanziaria, ecc., provenienti da Paesi identificati dalla relazione programmatica 2001 del Ministro degli Affari Esteri. In particolare, i 18 partecipanti del corso provengono dall'area balcanica (Albania, FYR Macedonia e RF di Jugoslavia), Medio Oriente (Siria, Palestina), Africa Mediterranea (Egitto, Marocco, Tunisia), Africa Orientale (Eritrea, Etiopia) e Mozambico e presentano una diversa formazione nel campo della medicina, economia, sociologia e antropologia.

Il corso si articola in una fase di formazione, organizzata su tre moduli didattici della durata di 5-6 settimane ciascuno, preceduti da un breve periodo di formazione a distanza (*distance learning*) durante il quale ogni partecipante è stato fornito di materiale didattico al fine di equiparare le conoscenze di base e sensibilizzare ciascuno alle tematiche strutturanti il Corso. La metodologia didattica prescelta si basa su tecniche di apprendimento per professionisti adulti e, soprattutto, sull'utilizzo dell'apprendimento per problemi (*Problem-Based Learning*, PBL).

La progettazione dei moduli didattici è stata messa in atto da un'équipe composta da rappresentanti dei tre soggetti promotori dell'iniziativa. Ogni singolo modulo invece, è realizzato e autonomamente gestito da ciascuno dei soggetti in corrispondenza della vocazione istituzionale di ciascuno, sotto la supervisione di un coordinatore didattico. Al termine i partecipanti avranno a disposizione un periodo di quattro settimane per l'approfondimento e la ricerca individuale, durante il quale dovranno elaborare un proprio progetto applicativo a prova dell'acquisizione dei contenuti espressi durante tutto il corso.

Il processo di valutazione è articolato in diversi momenti che prevedono l'esame del progetto formativo e suoi risultati (a cura di un comitato esterno di esperti), il monitoraggio del corso da parte di docenti e *tutor* (valutazione tra pari), la rilevazione del grado di soddisfazione degli allievi e, infine, la valutazione dell'apprendimento degli allievi (valutazione preliminare dei candidati, valutazione iniziale dei bisogni formativi, valutazione dell'apprendimento *in itinere* e finale).

I dati preliminari di valutazione mettono in evidenza un corretto svolgimento del corso e un buon gradimento.

I tre moduli con i relativi obiettivi dei sono elencati qui di seguito:

- **Primo modulo**

- Il contesto etico della povertà**

- (coordinato dalla Caritas Diocesana di Roma)

- *Obiettivi:*

- Produrre un indicatore multidimensionale della povertà.
    - Identificare i differenti approcci per la definizione del concetto di povertà.
    - Adattare i modelli socio-antropologici e religiosi con quelli economici.
    - Riconoscere il conflitto intrinseco tra i concetti di libertà, uguaglianza e solidarietà all'interno del modello occidentale.
    - Contestualizzare la dimensione etica dei programmi anti-povertà (*Anti Poverty Programmes*, APP).

- Sviluppare strategie per la valutazione dei differenti modelli di sviluppo.
- Applicare i modelli teorici proposti agli APP analizzati nella città di Roma (visite guidate).

- **Secondo modulo**

- Analisi della situazione**

- (coordinato dal Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica “G. Sanarelli”)

- *Obiettivi:*

- Identificare i dati e le informazioni richieste per una analisi della situazione della povertà.
    - Descrivere i differenti approcci alla raccolta di dati.
    - Valutare la qualità delle informazioni (dati e fonti).
    - Analizzare e interpretare i dati disponibili.
    - Discutere la definizione delle “soglie di povertà”.
    - Identificare i gruppi di popolazione ad alto rischio e i micro e macro fattori di rischio.
    - Discutere l’influenza dei fattori etnici e culturali, della frammentazione sociale e delle disuguaglianze di genere sul fenomeno povertà.
    - Definire le principali cause di malattia e di morte degli strati di popolazione più vulnerabili.
    - Definire i livelli di scala delle aree di povertà in considerazione dei movimenti urbano-rurali e centro-periferia.
    - Definire i livelli di emergenza degli indicatori demografici e socio-epidemiologici.
    - Discutere l’implementazione di un sistema informativo sanitario.

- **Terzo modulo**

- Pianificazione e gestione degli interventi anti-povertà**

- (coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità)

- *Obiettivi:*

- Descrivere la natura dei determinanti chiave della povertà.
    - Utilizzare i differenti approcci alle strategie di prioritizzazione dei problemi.
    - Identificare le modalità di coinvolgimento delle comunità all’interno della pianificazione degli APP.
    - Definire i differenti componenti del *Project Cycle Management* (PCM, gestione del ciclo di progetto).
    - Definire le fasi essenziali degli APP.
    - Sviluppare gli strumenti di monitoraggio e le strategie di valutazione degli APP.
    - Descrivere i principali principi e strumenti del marketing sociale e della comunicazione.
    - Discutere i più importanti principi nello sviluppo e nella gestione delle risorse umane.

## **Bibliografia di riferimento**

Conferenza delle Nazioni Unite su Ambiente e Sviluppo. *Risoluzioni adottate dalla Conferenza. Risoluzione 1. Allegato II.* Rio de Janeiro: United Nations Publications, Sales no. E.93.I.8 and corrigenda; 1992.

Rapporto della Conferenza Globale sullo Sviluppo Sostenibile degli Stati in via di Sviluppo delle Piccole Isole. cap. 1, risoluzione 1, allegato II. Bridgetown, Barbados: United Nations Publication, Sales No. E.94.I.18 e corrigenda; 1994.

United Nations Development Program (UNDP). *Human development report 1990: concept and measurement of human development*. Oxford: Oxford University Press; 1990.

United Nations Development Program (UNDP). *Human development report 1997. human development to eradicate poverty*. Oxford: Oxford University Press; 1997.

World Bank. *World Development Report 2000/2001*. Oxford: Oxford University Press; 2000.

World Health Organization. *World Health Report 1997. Bridging the gaps*. Geneva: WHO; 1995.

World Health Organization. *World Health Report 1997. Conquering suffering, enriching humanity*. Geneva: WHO; 1997.

World Health Organization. *Health for all in the 21st century*. Geneva: WHO; 1998.

World Health Organization. *World Health Report 1999. Making a difference*. Geneva: WHO; 1999.

World Health Organization. *Poverty and health. Report by the Director-General*. Geneva: WHO; 1999.

World Health Organization - Commission on Macroeconomics and Health, Macroeconomics and Health. *Investing in health for economic development*. Geneva: WHO; 2001.

## ETICA DELLA SOLIDARIETÀ

Riccardo Colasanti

Associazione Fernando Rielo di Ricerca e Assistenza Sanitaria, Roma

La ragione di una riflessione sull'etica e la solidarietà ha certamente almeno una ragione storica. La medicina delle migrazioni a cui gli organizzatori di questo convegno da anni prestano particolare attenzione, è stata ed è l'occasione di un impegno per molti gruppi ed enti, dentro e fuori le istituzioni, sorretto da un interesse solidaristico, libero, e umanissimo verso i migranti già da quando, agli inizi degli anni ottanta, ci fu l'emersione del fenomeno migratorio, un evento inconsueto per l'Italia.

Ma c'è anche un'altra ragione politica, non nel senso di una condivisione di questo o quel progetto ma in quello che considera la solidarietà come funzione del legame sociale, della relazione che costituisce i cittadini in *polis*. La medicina delle migrazioni dimostra che è impossibile distaccare patologia, pazienti e società. È chiaro che scindere le sofferenze fisiche e psichiche da quelle sociali e antropologiche è alterare riduzionisticamente la realtà.

Ora se sono profonde le connessioni che congiungono le patologie, i meccanismi sociologici, i valori culturali nella medicina delle migrazioni, mai come in questo la medicina diviene non solo fatto dei medici e dei pazienti ma di tutta la *polis*.

Se la solidarietà è la misura del legame sociale, è anche la misura della condivisione di vite diverse: la mia e quella degli altri. È di fatto il fondamento di quanto ci contenuto e dal significato della solidarietà capiremo il tipo di società in cui viviamo o che vorremmo costruire.

Se ciò che ci dobbiamo gli uni agli altri, se il collante sociale è fondato per esempio sul contratto giuridico che ci lega, per cui almeno a livello costituzionale siamo firmatari di un impegno a reciproci diritti e doveri per nostra protezione e nostro mutuo sviluppo, c'è da domandarci quale impegno costituzionale abbiamo verso i gommoni degli albanesi o dei marocchini in Spagna. Quale contratto abbiamo firmato con i cittadini dell'est per essere costretti ad assisterli e a curarli? Ovviamente nulla appare e di questo si fanno forte certe frange d'opinione del nostro Paese.

Se d'altra parte diciamo che ciò che ci deve spingere alla solidarietà è solo l'esaudire un desiderio profondo che ci gratifica, ci soddisfa e ci fa star bene, spostando quindi l'intervento dal sociale all'impegno individuale, c'è da dire che di passioni ed emozioni, di sentimenti, voglio dire, verso i poveri e chi soffre, se ne producono vari: di pietà, ma anche di paura e terrore, d'affetto, ma anche di rigetto.

Il diverso non genera solo sentimenti pietosi ma anche di odio e che ciò sia vero basta ricordare la storia, dalla notte di S. Bartolomeo in avanti.

Per altri la solidarietà è buona in quanto economicamente utile perché è un investimento, per chi dà, aiutare chi riceve. Migliorare le condizioni dei poveri vuol dire perlomeno aumentare il livello di vita ma anche il potere d'acquisto di popolazioni che divengono un nuovo mercato.

Dobbiamo quindi riflettere sul nostro impegno solidaristico, sceverarne i significati e i contenuti, anche con un interesse a specchio sulla nostra società: dal valore che daremo alla solidarietà, come funzione del valore del legame sociale verso i migranti, otterremo un punto di chiarezza su quale è il valore del legame sociale verso i nostri conterranei.

Per questo parliamo di politica, in quanto riflessione sulla *polis* in cui tutti i giorni viviamo capendo che non siamo soli nel mondo e dobbiamo condividere esperienze e risorse.

Infine per chi può pensare, che di fronte alla sofferenza degli altri non c'è da pensare ma da agire, credo sia valido ricordare come sia proprio vero il contrario: gli aiuti, le risorse, quella che possiamo chiamare *hi-tech*, sono strumenti anonimi.

Inviare sacchi di farina ha un valore diverso se serve a supportare un dittatore e o a salvare persone dal genocidio. Aspirare petrolio da immensi bacini sotterranei può far decollare un Paese povero o lo può seppellire.

L'azione non basta ma deve essere confrontata con l'intenzione di chi agisce e di chi riceve. Altrimenti come spiegare che dopo decenni di politiche di aiuto a Paesi in Via di Sviluppo sono stati così scarsi i risultati da far scattare un diffuso scetticismo? L'azione deve essere inserita in un contesto intenzionale che è quello che dà significato. Un'azione senza significato è senza valore. Un container pieno di risorse inviato ad un PVS, può essere un dono, ma anche una fonte di passività per chi riceve, può essere una fonte di corruzione o un catalizzatore di sviluppo, può essere il bene e il male. Può sembrare paradossale eppure se è vero come è vero che nella carestia del Bengala dove morirono 3.500.000 persone, quell'anno la produzione alimentare del Paese non fu inferiore ma addirittura superiore a quella di altri anni, come non rimanere perlomeno sorpresi e considerare meglio il nostro impegno?

Abbiamo detto dunque che varie sono le ragioni che si danno le persone, le istituzioni e i governi della solidarietà. Solidarietà come espressione di buoni sentimenti, di un interesse reciproco, o di un dovere di giustizia. Tre punti che ritornano frequentemente nei discorsi di coloro che più sono impegnati. Purtroppo i tre modi di intendere la solidarietà presentano notevoli difficoltà concettuali.

Se la solidarietà è connessa ai buoni sentimenti è espressione di una filantropia che sgorga spontaneamente dal cuore, dove fremono le corde più sensibili è evidente che si poggia non sulla razionalità ma su un valore affettivo che può variare quante sono gli uomini presenti sulla terra. In tal caso ci dovrebbe aiutare le scienze psicologiche più che quelle sociali e politiche. Visto cosa dice Freud sull'inibizione culturale del principio di piacere con il tabù dell'incesto c'è perlomeno da ritenere che lasciare la solidarietà nella categoria del sentimento, vuol dire metterla vicino e sullo stesso piano all'odio sociale e alla pulizia etnica. Per sentimento si ama, ma anche si uccide, e chi può giudicare un'emozione o una passione? Ma una concezione di solidarietà pietista ha anche il problema di relazione talvolta false: chi dà – per promuovere il suo sentimento – ha bisogno di quei segni esterni che possano commuoverlo, in forma di lesioni disastrose o di vicende terribili, che chi riceve fa di tutto per costruire, avendo capito quali sono le leve buone per spazzolare qualche risorsa. Un po' come agli incroci, quei signori con il cartello e la lunga *item list* di disgrazie che fanno, ancora oggi, colpo.

L'altra posizione, quella che indica che la solidarietà è nell'interesse di tutti in quanto investimento, è precipua più dei governi che degli individui. L'idea che l'aiuto gratuito ha valore se genera mercato, altro capitale, sicurezza sociale. Era un po' quella idea che è bene curare i migranti anche se non titolari di diritti, perché curandoli proteggiamo la nostra verginità infettivologica.

Ed è l'idea che se facciamo diventare ricchi i Paesi poveri, essi potranno finalmente comprare. Se incastriamo la solidarietà nella categoria dell'interesse, dell'utile, cioè del fare del bene agli altri perché questo alla lunga farà bene a me, la solidarietà come espressione estrema di egoismo sociale, e quindi nella categoria dell'economia allora dobbiamo ricordare che interesse proprio e benessere altrui non sono sempre l'uno la conseguenza dell'altro. Non sempre è la stagione degli investimenti, talvolta c'è quella della contrazione economica. In questa fase la solidarietà come investimento dimostra la sua labilità essendo la prima a scomparire.

Se infine inseriamo la solidarietà nella categoria della giustizia, per ristabilire un diritto leso, e più che di solidarietà deve parlarsi allora di giusta restituzione, c'è da dire che nella maggior



parte dei casi non c'è una vera relazione giuridica. Come a dire, quale contratto abbiamo firmato con i poveri? Quando lo abbiamo disatteso? Talvolta sì, ovviamente. Come l'appropriazione indebita di popolazione e di nazioni compiute da colonizzatori. Ma la forza e l'essenza della solidarietà è che si applica gratuitamente e indipendentemente dal giusto e dall'ingiusto.

Rimane infine un ultimo livello di grande astrazione, tipicamente etico, di fratellanza universale, ma la sua genericità è proprio il suo limite più grande: il punto non è di definirlo in alto ma di come realizzarlo in basso, nella pratica quotidiana, nel diritto, nei sentimenti, nella convenienza.

Ora vorrei ricordare come i concetti, di cui parliamo, gli strumenti, gli arnesi intellettuali che adoperiamo, e che sono quelli con cui disegnamo e tentiamo di dipanare l'intreccio, fanno parte di quella cultura moderna, occidentale, laica che fondata su un pensiero illuminista ha configurato la modernità in quanto a costituzione, a diritti e doveri a politica e economia.

Ora la difficoltà, l'aporia, l'incapacità a coniugare connessione sociale con libertà personale, impegno gratuito verso l'altro e sviluppo libero e autonomo e prioritario sono già *ab initio* nei pensatori che hanno utopizzato la società a venire, libertaria, egualitaria, fraterna.

Basti solo pensare come all'interno di uno stesso laboratorio intellettuale abbiano preso inizio il filone socialcomunista e quello liberal-borghese, e come l'anarchismo lambisca gli uni e gli altri.

Jean Jacques Rousseau, padre di tutti costoro, ne è una delle prove più concrete congiungendo, individualismo sociale e totalitarismo in una macchina intellettuale, logica, ma irrealista.

Nel Contratto proponendo come valore più importante la libertà del singolo che non può essere condizionata da nessuno neanche da chi lo ama, e stabilendo che l'unico criterio è un'equità di rapporti, per cui la protezione che fornisce il padre è pagata con la gratificazione degli affetti che dà il figlio, parrebbe voler dire che l'unica forma di società possibile sia quella di una vita solitaria di eguali viventi in una idillica autarchia celestiale. La società non è un valore ma un pericolo per l'autore. L'uomo però deve difendersi e ci si difende meglio in gruppo ed essendo il lavoro comunitario moltiplicativo della forza dei singoli, è necessario o forse siamo obbligati a vivere insieme.

Il legame sociale è un fatto tecnico con i suoi pro e i suoi contro. Ma, l'autore si domanda, come vivere insieme mantenendo però ognuno la propria autonomia? Come rimanere individui liberi e propri in una società che per essere tale comporta obblighi, diminuzioni della propria libertà o perlomeno di alcune?

Soluzione non c'è. L'uomo moderno, per essere veramente libero e assolutamente padrone di se stesso, dovrebbe avere o gli altri come servi o vivere da solo. È questo uno dei problemi del liberalismo postmoderno. Una società, dove si vuole portare al massimo la libertà privata, deve portare al minimo l'interesse gratuito per gli altri, ma anche la protezione sociale come dovere. Era la Thatcher a dire che l'aiuto è questione non della politica ma della *charities*.

La libertà totale è un frutto proibito per l'uomo.

Eppure Rousseau trova una soluzione. Per essere tutti liberi, tutti autonomi e tutti insieme connessi dovremmo essere tutti identici cosicché i nostri desideri, le nostre aspirazioni sarebbero coincidenti. La dialettica tra tutto e molti viene risolta se i molti sono identici formando un tutto coincidente. E la forma per essere identici è l'abolizione della proprietà privata, e di ogni differenza. Tutti identici fuori ma anche dentro, dallo stesso taglio di capelli ai stessi desideri. Ricordo come Pol-Pot il criminale cambogiano che ha riempito del suo delirio politico i cimiteri della Cambogia fosse grande ammiratore di Rousseau.

*Liberté e égalité* entrano in contraddizione e si risolvono solo in una sintesi illusoria. Un gruppo di identici che aspirano alla massima autonomia non è una società solidale ma un conglomerato altamente instabile.

Resterebbe un terzo valore la *fraternité* del motto rivoluzionario che sembrerebbe poter moderare i primi due, ma il concetto di fratellanza se non ha basi metafisicamente concrete resta un'istanza pia ma contraddicibile in qualsiasi momento.

Quando Jahwe chiede a conto a Caino della vita di suo fratello Abele, questi risponde "chi mi ha fatto responsabile di mio fratello?".

Caino vuol dire: dov'è la legge, la norma, la ragione per cui io oltre a essere responsabile di me stesso lo debba essere di un altro diverso da me, sia questi Abele, un immigrante, un *homeless*, uno psicotico.

Con Caino, ripete Rousseau, "Chi mi ha fatto responsabile degli altri?"

Questo legame di responsabilità è ciò che il pensiero illuminista non riesce a definire e non può quindi dare.

Nei 30 articoli della dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, si parla solo in un punto di doveri di responsabilità verso gli altri, ma in forma estremamente generica di fronte a tutti gli altri dove sono definiti con precisione e abbondanza i diritti.

Questo legame di responsabilità è quello che anche noi siamo chiamati a ricercare nel nostro impegno se intendiamo proporre non solo un'azione forte ma anche ricca di significato.

Ora da dove prende le radici questa malattia del pensiero moderno, che non riesce a coniugare doveri, con diritti, responsabilità lasciando quindi come in sospensione il concetto di fratellanza e di solidarietà? Vorrei qui utilizzare l'analisi del pensatore F. Rielo in difesa di un principio, quello dell'identità, che contraddice ogni relazione che non sia superficiale.

Il modello politico odierno individua un insieme formale di membri A B C e D che si trovano in relazione di indipendenza formale, oppure in cui membri determinano un'identità sociale più grande come nei modelli marxisti.

Nel primo caso c'è la solitudine della postmodernità e del neoliberalismo nel secondo il monismo sociale e l'anomia totalizzante dei sistemi marxisti.

Ora solo spezzando questo concetto di identità sociale si può costruire una società di individui in relazione. Per essere in relazione non superficiale, dobbiamo stabilire due principi: il primo è quello che Rielo chiama di complementarità, ossia il fatto che l'esistenza (il carattere e l'identità dell'individuo) non è senza quella dell'altro; il secondo è quello della intrinsecità, della relazione, ossia che essa non stabilisce a livello di proprietà dell'individuo, siano esse sociali, giuridiche o politiche, di funzioni esistenziali, ma dell'essere dell'individuo stesso. Ciò che ci unisce ai poveri, agli altri, a me vicino e a me lontano non è un contratto, che non c'è: non si deve niente giuridicamente al clandestino sul gommone, ma una connessione esistenziale, che vuol dire che devo a chi si trova sul mare ora, la mia stessa esistenza, la mia stessa vita.

Io sono perché vivo ma anche perché vivono i milioni di tutte le nazioni intorno a me, di essi sono responsabile.

Questo pensiero se deve cercare una paternità, non la può ritrovare se non nel Cristo, che contrappone all'enunciato di Caino, che porta l'identità all'assoluto, quello della relazione come fondamento. Non è solo un evento religioso ma anche un pensiero e un'intelligenza. Ovviamente è una metafisica, ma forse non si può fare nulla di veramente umano, sia la medicina sia qualsiasi cosa senza un fondamento profondamente metafisico.

# SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA DELL'ASSISTENZA SANITARIA A PERSONE A BASSO REDDITO IN OSPEDALI PUBBLICI IN MAROCCO\*\*

Aziza Bennani

Partecipante al Master "Corso Internazionale su Povertà e Salute", Università La Sapienza, Roma

## Introduzione

La prevenzione rappresenta una delle principali strategie socio-sanitarie del Marocco, dove qualsiasi approccio per migliorare il bilancio dell'assistenza sanitaria, in particolare negli ospedali pubblici, deve confrontarsi con il basso reddito della popolazione e con la crescita nel numero di persone che si rivolgono al settore pubblico. Nonostante siano aumentati le azioni del Ministero della Sanità e gli stanziamenti, permangono bisogni sanitari nella popolazione. Partendo da questo problema è stato elaborato il progetto, che illustro. Riguarda l'organizzazione di un sistema d'assistenza sanitaria a persone a basso reddito. È basato su due elementi principali:

- assicurazione sanitaria obbligatoria (*Assurance Maladie Obligatoire*, AMO);
- fondo per l'assistenza sanitaria a persone a basso reddito (*Régime d'Assistance Médicale Aux Economiquement Démunis*, RAMED).

## Analisi della situazione

L'analisi dei dati relativi all'accesso alle cure da parte della popolazione ha evidenziato molte lacune riguardanti la fascia a basso reddito, per prima cosa la non funzionalità del sistema sanitario gratuito nel settore pubblico.

Il 59% delle famiglie a reddito alto non pagava l'assistenza, mentre la pagava il 24% di quelle a basso reddito. Il 30% della popolazione a reddito alto beneficiava del 56% del finanziamento pubblico agli ospedali, mentre il 30% a reddito basso usufruiva di meno del 13,5%. La situazione era ancora più grave nelle aree rurali, dove la fascia di persone a basso reddito (il 24,1% dell'intera popolazione) si avvaleva soltanto del 7,4% dei finanziamenti. Il 67% delle spese ospedaliere complessive, prive di finanziamento, corrispondeva ai servizi sanitari prestati alla popolazione a basso reddito. Infine, una parte di popolazione pur dichiarando un reddito basso poteva pagare, in parte o del tutto, le spese di ospedalizzazione (dati ricavati da un'indagine della Banca Mondiale, 1994).

## Finalità

Il progetto si propone di dare risposta alle seguenti domande:

1. Chi si deve considerare persona a basso reddito per il sistema sanitario pubblico?
2. Quale tipo di assistenza sanitaria deve essergli fornita, a quali costi?

---

\* Traduzione di Mirella Bonini e Valentina Ajmone Marsan, non rivista dall'autore.

Per farlo si ritiene necessario programmare:

1. una metodologia per individuare le persone a basso reddito (*People with Low Income, PLI*);
2. i presupposti finanziari per l'assistenza alle PLI.

In questo modo il progetto intende contribuire agli obiettivi indicati di seguito:

1. sviluppare l'accesso agli ospedali pubblici e la qualità nella gestione dei servizi sanitari: identificando la popolazione a basso reddito, destinando fondi pubblici ai loro bisogni;
2. assegnare agli ospedali pubblici finanziamenti regolari che permettano: un'assistenza di qualità migliore dell'attuale, la copertura totale dei costi dei servizi.

Il raggiungimento di tali obiettivi consentirebbe agli ospedali pubblici di organizzarsi gradualmente come enti autonomi e agli amministratori di fornire servizi sanitari migliori degli attuali, in particolare nelle aree rurali. Tali risultati richiedono una serie di interventi politici quali:

- rendere fattibile il progetto adeguando la legislazione;
- provvedere all'aggiornamento tecnico degli ospedali pubblici;
- promuovere la qualità dei servizi;
- rivedere il sistema di informazione e di gestione;
- rivedere la nozione di ticket.

Quanto sopra indicato, in parte, è già stato avviato dal Ministero della Sanità.

## **Modi per individuare le PLI**

I metodi sono stati stabiliti sulla base di una stretta collaborazione fra Ministero della Sanità e Ministero dell'Interno.

### **Definizione legale**

Sono considerate persone a basso reddito i soggetti privi di assistenza sociale o di assicurazione sanitaria, i loro coniugi e figli al di sotto di venti anni, o di ventisei se studenti, i figli disabili (senza limite d'età), le altre persone a carico del capofamiglia, i genitori privi di alcuna assistenza sociale.

### **Servizi erogati**

I servizi erogati sono esaminati in termini di prestazioni fornite riguardo a:

- giorni di ospedalizzazione;
- interventi chirurgici;
- gravidanza e parto;
- assistenza sanitaria dei nati prematuri;
- servizi specialistici;
- analisi di laboratorio;
- analisi radiologiche;
- rapporti fra servizi sanitari di base e assistenza specialistica ospedaliera;
- farmaci prescritti;
- trasfusioni di sangue ed emoderivati;
- fornitura d'occhiali;
- cure dentistiche.

## Processo di individuazione

I metodi di identificazione delle PLI sono stati definiti in modo chiaro e corretti secondo criteri di efficacia e di fattibilità.

La stima della popolazione selezionata dal RAMED si basa sia sul basso reddito sia sul rapporto reddito/spese. La soglia di povertà, la cui definizione è complessa, è stata stimata secondo i dati statistici prodotti dal Ministero della Previsione e Programmazione economica (MEPP) nel 1990-1991.

I criteri utilizzati dal RAMED sono stati:

- spese pro capite;
- coefficiente Gini.

È stata ipotizzata una sostanziale analogia nei consumi della popolazione nel periodo 1991-1997. La media annuale delle spese pro capite variava da 150 a 850 \$ statunitensi oltre. Si è quindi convenuto su una stratificazione di 50 \$ statunitensi per classe.

Rispetto l'intera popolazione composta da 28 milioni di cittadini si sono considerati tre possibili scenari.

Nel primo scenario è stato stimato che 17,8 milioni di persone (65% dell'intera popolazione del Marocco, *Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques*, 1997-1998) vivevano con una cifra non superiore ai 54 \$ statunitensi/pro capite/mese, contro sedici milioni nel 1991 (MEPP), includendo le persone con AMO e comprendendo l'estensione dell'assistenza agli impiegati statali.

Nel secondo scenario le PLI sono state stimate raggiungere i 15 milioni (55% dell'intera popolazione del Marocco) e gli impiegati statali oltre 2 milioni, appartenenti tutti al Sistema di assicurazione obbligatoria.

Nel terzo scenario il numero di persone selezionabile per il RAMED saliva a 16,4 milioni (60% dell'intera popolazione del Marocco), giacché escludeva quelle appartenenti sia al Sistema assicurativo obbligatorio, sia al Sistema di assistenza sociale complessivo.

## Metodi di individuazione

Il primo metodo si basa esclusivamente sul reddito, e determina risultati non attendibili perché:

- alcune persone non ricevono uno stipendio regolare, oppure hanno altri incentivi;
- altri non dichiarano mai quanto guadagnano;
- persone, le quali vivono al di sotto della "soglia di povertà", non sono sempre raggiungibili.

Il secondo metodo basato sul reddito "corretto" considerando alcuni indicatori sociali associati ad un punteggio da assegnare al reddito. Sulla base del punteggio attribuito, il capofamiglia è assegnato ad una delle seguenti categorie:

- assistenza sanitaria completamente gratuita = reddito assoluto basso;
- assistenza sanitaria parzialmente gratuita = reddito relativo basso;
- non selezionabile per il RAMED.

Nel 1994 è stato elaborato un formulario, che è stato poi sperimentato in tre province: Kenitra, Khemisset e Larache. In seguito è stato consegnato ai Ministeri della Sanità e dell'Interno e, quindi, revisionato.

Nelle aree rurali la stima delle PLI è stata difficile per alcuni fattori valutati in aree urbane, quali:

- tipo di abitazione (numero di individui per stanza);
- dotazioni nella casa;
- mezzi di trasporto propri (automobile, motocicletta, ecc.);
- presenza di malattie croniche o handicap.

Utilizzando nella valutazione uno studio condotto dal Ministero della Sanità nel 1994, compaiono le seguenti tre categorie:

- povertà assoluta;
- povertà relativa;
- non selezionabile per il RAMED.

## **Tessere per persone a basso reddito**

Alle PLI è chiesto di compilare una domanda che sarà esaminata da una speciale commissione a livello provinciale e nazionale. Superata la selezione, al candidato è consegnata una tessera PLI, con validità triennale.

## **Gestione finanziaria**

Un primo preventivo di spesa è stato redatto in conformità a documenti della Cassa Nazionale degli Organismi di Previdenza Sociale (CNOPS), sistema di assicurazione sanitaria per impiegati governativi, ipotizzando per le PLI un'assistenza sanitaria analoga a quella fornita dal CNOPS.

Secondo una valutazione della Banca Mondiale, nel 1993 i costi per l'assistenza ospedaliera e per la fruizione di prestazioni sanitarie per ogni assistito dalla CNOPS, erano rispettivamente <69 \$ statunitensi e = 22 \$ statunitensi per anno.

Dal 1993 al 1997 i costi sono aumentati di un fattore 1,09. I costi per le prestazioni di assistenza sono quindi passati da 22 \$ statunitensi a  $22 \times 1,09 = 24$  \$ statunitensi per assistito per anno.

La valutazione dei costi di ospedalizzazione e di assistenza sanitaria in genere ha portato a concludere che le PLI dovessero poter usufruire di assistenza gratuita nei Servizi sanitari di base, negli ospedali, dove una migliore gestione sanitaria dovrebbe far diminuire il numero di degenze.

Con un costo di 12 \$ statunitensi che corrisponde al 50% di quanto sopra indicato, il carico economico per il RAMED, espresso in milioni di dollari statunitensi sarebbe di

- $12 \times 17,8$  (milioni persone) = 213, nel primo scenario;
- $12 \times 15$  (milioni persone) = 180, nel secondo scenario;
- $12 \times 16,4$  (milioni persone) = 197, nel terzo scenario.

Nella valutazione non sono considerati i costi del personale sanitario e neppure i contributi degli utenti sotto forma di ticket ospedalieri (Direzione programmazione e finanziamenti del Ministero della sanità, 1995). Nel qual caso il costo stimato necessario per il RAMED diventa di 78,2 milioni di dollari statunitensi, con rispettivamente 84,4 milioni necessari nel primo scenario e 71,5 milioni nel secondo, erogando la stessa qualità di assistenza della attuale. Un incremento del 25% consentirebbe d'alzare il livello di qualità nei servizi pubblici ospedalieri, con un costo quindi di 97,8 milioni di dollari statunitensi (rispettivamente 106 milioni e 89,4 milioni nel primo e nel secondo scenario).

Nel valutare i costi dell'assistenza ospedaliera alle PLI si è fatto riferimento alle prestazioni abituali in termini giorni di ricovero, interventi chirurgici, ecc.

Il comitato incaricato della RAMED ha considerato a basso reddito (terzo scenario) il 59,6% delle persone che si rivolgono agli ospedali pubblici. Questo stava ad indicare che tutti gli impiegati governativi utilizzino invece assicurazioni. Il costo totale del RAMED nelle strutture pubbliche risulta di 81,1 milioni di dollari statunitensi (nel primo e nel secondo scenario il costo sale rispettivamente a 88,1 milioni e 104,6 milioni).

## **Risorse finanziarie**

Il comitato ha suggerito come fonte di finanziamento il Ministero della Sanità, con un contributo delle stesse PLI. Altre risorse potrebbero provenire dalla collettività, da contributi della popolazione agiata, da ticket sui farmaci, dalla tassazione di prodotti potenzialmente nocivi quali alcol e sigarette, ecc.

Le prime due fonti indicate dovrebbero finanziare più dell'80% della gestione ospedaliera nel settore pubblico. La somma totale da destinare al RAMED è stata quindi stimata ammontare a 64 milioni di dollari statunitensi. Il comitato ha, tuttavia, suggerito di accantonare il 20% della cifra destinata al finanziamento equo di ospedali pubblici, fino a quando non sarà rivisto il sistema di tassazione tramite ticket. In quanto usufruiscono del sistema pubblico non solo le PLI ma anche le persone benestanti che possono pagare. Si sono ipotizzate diversi modi per andare incontro alle famiglie indigenti.

Un primo sistema prevedeva lo Stato come principale contribuente, pur richiedendo alle PLI di concorrere alle spese per il 20% o 30% del totale. Poiché tale contributo è troppo oneroso per le PLI, il sistema è accantonato per mancanza di equità.

Si è poi considerato se chiedere alle PLI di pagare per una spesa inferiore a 30 dollari statunitensi e di contribuire simbolicamente con 1 dollaro statunitense, per ogni servizio sanitario reso agli assistiti dal RAMED.

Anche questo criterio non era applicabile, giacché i pagamenti di ticket di 1 dollaro statunitense avrebbero comportato molti problemi amministrativi, mentre la richiesta di pagare i ticket quando inferiori a 30 di dollari statunitensi avrebbe escluso il ricorso all'assistenza.

Infine la proposta di una tessera alle PLI e la concessione di un contributo in base al reddito personale (contributo da concedere solo alle famiglie povere). Tale proposta era la più equa e rispondente ai principi etici dell'assistenza. Le PLI avrebbero dovuto contribuire al RAMED, perché altrimenti il finanziamento per l'assistenza non sarebbe stato sufficiente. Tuttavia, pur dovendo versare un contributo al RAMED, venute a conoscenza del sistema organizzativo e dei vantaggi derivanti dall'assistenza sanitaria in caso di malattia, avrebbero richiesto la tessera di PLI.





## **COMUNICAZIONI**



# FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SOCIO-SANITARI IMPEGNATI NELL'ASSISTENZA AD UTENTI IMMIGRATI: VALUTAZIONE DI UN CORSO NELLE AZIENDE SOCIO-SANITARIE DEL VENETO

Salvatore Geraci (a) Giovanni Baglio (b), Maurizio Marceca (c), Barbara Martinelli (a),  
Marco Mazzetti (a)

(a) *Area Sanitaria, Caritas Diocesana di Roma*

(b) *Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Lazio, Roma*

(c) *Diploma Universitario in Servizio Sociale, Università "La Sapienza", Roma*

## Premessa

Il Veneto è la terza regione per consistenza numerica di immigrati ed è quella che negli ultimi anni ne ha visto il più significativo aumento. Ciò certamente a causa di un'economia florida e di reali possibilità di inserimento nel tessuto produttivo e sociale di questi nuovi cittadini. Non sorprende quindi che questa regione abbia da anni avviato in ambito sanitario delle politiche attente a questo fenomeno che si sta radicando a fondo e pone specifiche questioni nell'organizzazione dei servizi e nella gestione delle relazioni tra strutture sanitarie e pazienti stranieri.

Numerose sono state le Delibere regionali (DGR) e le note dell'Assessorato alla Sanità e Igiene: già nel novembre 1991 l'Assessorato ha emanato alcune linee guida (n. 40222/20313 del 26 novembre 1991) relative agli "interventi preventivi e sorveglianza sanitaria nei confronti degli immigrati extracomunitari". In queste si puntualizzava l'esigenza di adozione di alcuni provvedimenti al fine di ottenere una migliore operatività nella prevenzione delle malattie infettive diffuse, provvedimenti che prevedevano la necessità di vigilanza sistematica delle strutture di accoglienza e dei luoghi destinati a dormitori per immigrati. Veniva inoltre proposta la possibilità di eventuale ricorso alle misure di prevenzione anche per coloro che non erano in regola con l'assistenza sanitaria. Altri suggerimenti riguardavano la valutazione di competenza degli ambulatori dermosifilopatici e l'assistenza gratuita presso i Consulenti familiari per le donne immigrate.

Tre anni dopo (marzo 1994, nota 9106/20313) il Dipartimento per l'Igiene Pubblica della Regione Veneto ha ritenuto opportuno rilevare l'attuazione delle linee guida regionali sopraccitate da parte delle 36 Unità Locali Socio-Sanitarie (ULSS) (della Regione, richiedendo, mediante un questionario, i dati sulla attività di sorveglianza igienica dei soggetti immigrati. Tutte le ULSS hanno risposto.

Successivamente (ottobre 1994, nota 35564/20313), richiedendo a 6 ULSS disponibili e rappresentative della realtà regionale i dati epidemiologici sulla situazione igienico-sanitaria dei soggetti immigrati, è stata prodotta una nota informativa, al fine di sensibilizzare gli operatori di sanità pubblica della Regione a svolgere interventi adeguati per questa popolazione a rischio.

Inoltre con la Circolare Regionale 16541/20313 del luglio 1994, veniva sancita l'offerta gratuita di farmaci per la cura e prevenzione delle malattie infettive nell'interesse sia della comunità immigrata che, prioritariamente, di quella ospitante. Il progetto "benessere donna straniera" (n. 27/1994), ha costituito l'anello che mancava per completare le iniziative minime essenziali da garantire a tutti gli stranieri sul territorio regionale.

Nella DGR 3264 di luglio 1996, la Regione, per conoscere la presenza e i bisogni di salute dei soggetti immigrati non in regola con l'assistenza sanitaria, si è impegnata ad elaborare uno studio conoscitivo nonché l'offerta gratuita di un protocollo sanitario rivolto alla prevenzione delle malattie infettive e alla tutela della maternità responsabile e della gravidanza. Prende forma un "Progetto regionale in materia di assistenza agli immigrati ed emarginati" supportato da diverse circolari e note e in particolare con un nuovo provvedimento regionale, DGR n. 5105 del 28 dicembre 1998, che ha anche definitivamente stabilito l'emanazione di una "una tessera sanitaria leggera" che anticipa in parte il tesserino STP (Straniero Temporaneamente Presente) definito dalla Legge n. 40/1998 e successivi atti e sotto forma di "Card Sanitaria" è aggiornata negli estremi normativi nazionali di riferimento. Il progetto regionale, coordinato da Paolo Cadrobbi, assume assoluta rilevanza, sottolineando come tutte queste iniziative siano di carattere prevalentemente tecnico e mirano sia alla tutela della salute della popolazione autoctona sia ai bisogni essenziali di quella immigrata, in modo "politicamente" equilibrato, tanto che non sono state assolutamente criticate dalle diverse forze politiche, con l'obiettivo indiretto di prevenire atteggiamenti allarmistici ingiustificati della popolazione ospitante. Per far questo è stato necessario da un lato fornire agli operatori delle direttive valide e concrete, dall'altro poter disporre di quelle informazioni epidemiologiche che consentano una corretta gestione e programmazione sanitaria. L'impressione è che la Regione del Veneto si sia fino ad ora mossa in questa direzione, accogliendo, per quanto possibile, i suggerimenti degli esperti del settore. Con altri atti formali la Regione ha supportato il lavoro degli ultimi anni e ha periodicamente chiarito eventuali dubbi applicativi della normativa nazionale.

In questa sede vogliamo sottolineare una delle attività qualificanti del progetto regionale e in particolare quella di tipo formativo: dal 2000, dopo alcune esperienze pilota, è stato infatti pianificato un percorso specifico per gli operatori delle aziende socio-sanitarie della Regione affidandolo all'Area sanitaria della Caritas romana.

La Caritas di Roma infatti,<sup>1</sup> da anni ha maturato una specifica esperienza nel campo della medicina delle migrazioni. Nel tempo si sono definiti quattro ambiti di impegno che sono i pilastri su cui si fondano le politiche della Caritas in questo settore: al centro c'è la persona, più o meno portatrice di un bisogno specifico, a cui si riconosce la massima dignità e quindi ogni gesto assistenziale non può che accompagnarsi ad una azione diretta o indiretta che ne preveda un percorso di autonomia e di diritti.

Se il primo ambito di impegno della Caritas è comunque quello assistenziale, il secondo pilastro è quello della conoscenza: non è possibile fornire risposte se non si conosce il fenomeno, se non si riflette su ciò che si fa. Il terzo ambito di azione è proprio quello formativo: conoscere e condividere le scoperte, le informazioni e le riflessioni è forse il modo più attento per promuovere una cultura di accoglienza; è l'occasione per fare di una esperienza assistenziale momento di crescita continua, per affinare le strategie relazionali e cliniche, per rimotivarsi all'incontro con le persone e non con singole malattie, per capire i punti critici del sistema e avviare interventi migliorativi. Ultimo pilastro è quello dell'impegno per i diritti di tutti e in particolare dei soggetti più deboli: i tre ambiti precedenti si sintetizzano in denunce di inadempienze, di diritti negati o nascosti, ma anche in proposte di politiche e di scelte percorribili sul piano organizzativo, su modelli che siano permeabili alle domande più flebili, spesso nascoste. È un impegno per la giustizia, un impegno che non può essere neutro, al di sopra delle parti ma è schierato con i più deboli ed è supportato da esperienza non delegata ma vissuta in prima persona.

---

<sup>1</sup> Geraci S, Stirpe D. L'esperienza dell'area sanitaria della Caritas di Roma nell'assistenza agli immigrati. In: Bedetti C, Geraci S, Guerra R (Ed.). *Convegno nazionale. Esclusione e marginalità: scelte programmatiche e misure di contrasto alle disuguaglianze sociali nella salute*. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 14 dicembre 2000. Atti. Roma: Istituto Superiore di Sanità: 2001. (Rapporti ISTISAN 01/30), p. 39-46.

Da questo scenario nasce l'esperienza comune con la Regione Veneto nel campo della formazione degli operatori sanitari, esperienza originale per *partnership* e per capillarità di intervento. In riferimento al settore dell'immigrazione, in Tabella 1 sono riportate le Direttive di Giunta Regionale (DGR) e le note dell'Assessorato alla Sanità e Igiene a seguito della Legge Regionale n. 9 del 30 gennaio 1990.

**Tabella 1. Interventi nel settore dell'immigrazione. Legge Regionale n. 9 del 30 gennaio 1990**

<b>Normativa</b>	<b>Argomento</b>
DGR n. 3264 (22.07.1996)	Progetto sanitario di assistenza agli immigrati e agli emarginati.
DGR n. 4778 (30.12.1997)	Quadro assistenziale relativo all'assistenza sanitaria per i cittadini extracomunitari presenti nel territorio regionale. Riepilogo normativo assistenziale.
DGR n. 2988 (4.08.1998)	Progetto Sanitario in materia di assistenza agli immigrati e agli emarginati. Liquidazioni di spesa (L.R. 3.02.1996, n. 5)
DGR n. 5105 (28.12.1998)	Iniziative sanitarie in materia di immigrazione.
DGR n. 3386 (27.11.2000)	Dec. leg.vo 25.7.1998 n. 286. "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero". Disciplina per l'erogazione delle prestazioni sanitarie per stranieri irregolari indigenti non iscritti al SSN.
DGR n. 2748 (19.10.2001)	Finanziamento regionale su iniziative sanitarie in materia di immigrazione
Nota n. 40222/20313 (26.11.1991)	Interventi preventivi e sorveglianza sanitaria nei confronti degli immigrati extracomunitari.
Nota n. 35453/20300 (29.07.1993)	Questionario sulla sorveglianza igienica dei soggetti immigrati.
Nota n. 9106/20313 (17.03.1994)	Sorveglianza igienica dei soggetti immigrati: risposta delle USL del Veneto al questionario proposto da questo dipartimento.
Circolare n. 27/1994	Provvedimento Giunta Regionale n. 6289 del 28.12.93: "Progetto benessere donna" finalizzato al "benessere donna straniera"
Nota n. 16541/20313 (22.07.1994)	Sorveglianza sanitaria delle malattie infettive e diffuse dei soggetti immigrati non in regola con l'assistenza sanitaria.
Nota n. 7692/20620 (11.08.1994)	Progetto regionale benessere donna e indirizzi applicativi.
Nota n. 35564/20313 (5.10.1994)	Sorveglianza igienica dei soggetti immigrati: dati epidemiologici della Regione Veneto.
Nota n. 9747/20313 (18.10.1996)	Progetto sanitario in materia di assistenza agli immigrati e agli emarginati.
Circolare n. 16 (6.11.2000)	D.L 25.7.1998 n. 286. Disposizioni in materia sanitaria. Disposizioni applicative regionali su "Stranieri temporaneamente presenti non iscritti al SSN" e particolarmente su "Stranieri temporaneamente presenti non in regola con le norme d'ingresso, in condizioni di indigenza".
Circolare del 26.06.2001	Ulteriori istruzioni in materia di assistenza sanitaria agli stranieri in Italia di cui all'art. 34 (Assistenza sanitaria per gli stranieri iscritti al Ssn) e all'art. 35 (Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Ssn) del Dec.Leg.vo n. 286/98.

## Introduzione

Sulla base di un protocollo sottoscritto dalla Regione Veneto e dall'Area sanitaria della Caritas di Roma, nel periodo marzo 2000 - ottobre 2001 sono stati condotti diciassette interventi formativi in tredici ULSS di questa regione, volti all'orientamento e alla qualificazione dell'assistenza socio-sanitaria a utenti immigrati.

Il percorso formativo proposto dall'Area sanitaria Caritas si basa su due direttive: una di tipo *informativo* (esiste una erronea percezione del fenomeno immigratorio nel nostro Paese, mancano

conoscenze sugli specifici quadri clinici di cui possono soffrire gli immigrati e sono molto diffusi pregiudizi, si ha una confusa conoscenza sui diritti degli immigrati in ambito di accesso ai servizi sanitari) e una di tipo *relazionale* (sono frequenti le difficoltà di comunicazione e di relazione con persone provenienti da altre culture, che hanno ricadute significative sull'efficacia degli interventi nel campo della prevenzione e dell'assistenza dei pazienti).

Gli obiettivi didattici del corso sono quelli di dare una informazione sui temi specifici della medicina delle migrazioni (profilo di salute, fattori di rischio, normative specifiche, ecc) e una formazione alla relazione in medicina transculturale. La scelta di moduli compatti (in due giorni/14 ore), a più voci (due o tre relatori/formatori), con lezioni frontali e dinamiche di gruppo, garantiscono una elevata *compliance* e una attenta partecipazione. Infine per l'articolazione e interdisciplinarietà delle problematiche affrontate, è stata scelta la possibilità della partecipazione al percorso formativo di diverse figure professionali che possano così interagire e avere una formazione specifica comune. La gestione è stata affidata ad un *team* multidisciplinare di operatori dell'Area sanitaria della Caritas romana, supportata di esperti esterni per la descrizione della realtà locale. All'inizio di ogni sessione formativa oltre ad un pre test, attraverso la raccolta di esigenze emerse in dinamiche di gruppo, l'équipe di formatori modula l'intervento formativo in rapporto ai bisogni dei partecipanti; ad essi viene anche lasciato un testo che contiene gli argomenti trattati. Un questionario anonimo per la valutazione del corso conclude ogni sessione.

Gli argomenti del corso base di medicina delle migrazioni proposti all'attenzione dei partecipanti sono i seguenti:

1. *Inquadramento socio-sanitario del fenomeno immigratorio in Italia*  
Immigrazione in Italia: dati statistici. I motivi dell'immigrazione. Profilo sanitario della persona che emigra. Fattori di rischio fisici.
2. *Immigrazione, cultura e salute*  
Differenze culturali e percezione della salute. Cultura e malattia: esempi di situazioni di disagio di salute influenzati dalla cultura d'appartenenza.
3. *Problematiche tecnico programmatiche dell'assistenza sanitaria agli immigrati*  
Accesso ai servizi. Normativa attuale. Scenari futuri.
4. *Immigrazione e psicopatologia*  
La partenza e l'arrivo. Etnopsichiatria: fattori di rischio. La relazione con il paziente.
5. *Aree critiche*  
Carcere. Prostituzione. Salute zingara. L'esperienza in vari ambiti nazionali. Un approccio antropologico.
6. *Donne di altre Paesi: il corpo, fecondità, maternità*  
Aspetti sanitari (donne e bambini). Aspetti antropologico-sociali e psicologici al femminile. Minori stranieri: cercare se stessi tra due culture.
7. *Realtà locale*  
Criticità e proposte operative.

## Materiali e metodi

Nel presente lavoro sono illustrati i diversi aspetti relativi alla valutazione soggettiva degli esiti dei corsi, operata dai partecipanti rispetto agli obiettivi formativi dichiarati e alla metodologia didattica utilizzata.

Ai fini della valutazione è stato utilizzato un questionario di gradimento autocompilato in forma anonima al termine dei singoli corsi, articolato in 61 domande (che prevedevano *grading*

di risposta o punteggi da assegnare) raggruppate in 12 punti. Ai partecipanti veniva richiesto di esprimere valutazioni soggettive sugli esiti del corso, rispetto a degli obiettivi dichiarati, e sulla metodologia didattica utilizzata.

I diversi punti riguardavano il giudizio su: l'acquisizione di conoscenze sulla natura e la consistenza del fenomeno migratorio in Italia e nel Veneto, nonché di attitudini e capacità pratiche in ambito assistenziale e relazionale; i metodi utilizzati, con particolare riferimento al grado di comprensione e di coinvolgimento dei partecipanti e al tempo dedicato ai singoli temi; il livello di approfondimento raggiunto e il livello di soddisfazione sui diversi moduli.

## Risultati

I risultati presentati si riferiscono a 662 questionari compilati dai partecipanti ai corsi di formazione, secondo la ripartizione per sede riportata nella Tabella 2.

**Tabella 2. Numero di questionari compilati, per sede e data del corso**

Sede AUSSL	Periodo	Numero di questionari compilati
Arzignano- Montecchio M.	23-24 novembre 2000	29
Asolo	11-12 ottobre 2001	17
Bassano del Grappa 1	26-27 ottobre 2000	47
Bassano del Grappa 2	1-2 marzo 2001	67
Bassano del Grappa 3	15-16 novembre 2001	79
Bussolengo	21-22 giugno 2001	33
Camposanpiero	24-25 gennaio 2001	39
Este	14-15 marzo 2001	38
Mestre	26-27 aprile 2001	18
Padova	13-14 marzo 2000	29
Pieve di Soligo	5-6 ottobre 2000	43
Rovigo	4-5 maggio 2000	27
Thiene-Schio	1-2 giugno 2000	44
Verona 1	6-7 aprile 2000	44
Verona 2	10-11 maggio 2001	31
Verona 3	11-12 aprile 2001	36
Vicenza	14-15 settembre 2000	41
Totale		662

Un primo elemento che emerge dall'analisi dei dati è il bisogno diffuso di competenza in materia di immigrazione, rispetto al quale il corso sembra dare risposte particolarmente soddisfacenti. Alla domanda: "Alla fine del Corso puoi affermare di aver acquisito maggiore competenza", ha risposto affermativamente (sì/in parte) la quasi totalità dei partecipanti (intorno al 99%). Gli ambiti di acquisizione delle competenze sono: quello informativo, definito in termini di conoscenze quantitative e qualitative del fenomeno migratorio; quello dell'aggiornamento, incentrato particolarmente sui temi della legislazione sanitaria e dell'accesso ai servizi di salute; e, infine, quello formativo, verificato rispetto agli strumenti cognitivi e alle capacità pratiche in ambito di relazioni interculturali.

Il livello di approfondimento degli argomenti trattati è stato giudicato adeguato dall'83% dei partecipanti, con una discreta variabilità tra le sedi: 100% a Rovigo e a Mestre, 43% a Bussolengo.

Ottimo il giudizio sul metodo utilizzato, espresso in termini di coinvolgimento attivo dei partecipanti nell'ambito del corso: il 90% degli intervistati riferisce di aver potuto partecipare attivamente, e solo il 10% di averlo fatto con qualche difficoltà (Tabella 3).

**Tabella 3. "I metodi utilizzati durante il Corso mi hanno permesso di partecipare?"**

Sede	Attivamente		Con qualche difficoltà		Con grosse difficoltà		Totale n.
	n.	%	n.	%	n.	%	
Arzignano	23	79,3	6	20,7	-	-	29
Asolo	13	76,5	4	23,5	-	-	17
Bassano1	41	89,1	5	10,9	-	-	46
Bassano2	59	90,8	6	9,2	-	-	65
Bassano3	73	93,6	5	6,4	-	-	78
Bussolengo	24	75,0	8	25,0	-	-	32
Camposanpiero	38	97,4	1	2,6	-	-	39
Este	35	92,1	3	7,9	-	-	38
Mestre	17	94,4	1	5,6	-	-	18
Padova	27	93,1	2	6,9	-	-	29
Rovigo	24	92,3	2	7,7	-	-	26
Pieve di Soligo	38	88,4	5	11,6	-	-	43
Thiene-Schio	38	88,4	5	11,6	-	-	43
Verona1	40	90,9	4	9,1	-	-	44
Verona2	28	90,3	3	9,7	-	-	31
Verona3	29	82,9	6	17,1	-	-	35
Vicenza	39	97,5	1	2,5	-	-	40
Totale	586	89,7	67	10,3	-	-	653

Rispetto al grado di apprendimento percepito, il 65% ha affermato di aver imparato più di quanto si aspettava e il 30% almeno quanto era nelle proprie aspettative (Tabella 4).

**Tabella 4. "Globalmente, puoi affermare di aver appreso?"**

Sede	Più di quanto ti aspettavi		Quanto ti aspettavi		Meno di quanto ti aspettavi		Nulla		Totale n.
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	
Arzignano	9	31,0	16	55,2	4	13,8	-	-	29
Asolo	12	70,6	3	17,7	2	11,8	-	-	17
Bassano1	27	58,7	19	41,3	-	-	-	-	46
Bassano2	44	67,7	17	26,2	4	6,2	-	-	65
Bassano3	64	82,1	13	16,7	1	1,3	-	-	78
Bussolengo	12	37,5	12	37,5	8	25,0	-	-	32
Camposanpiero	22	56,4	15	38,5	2	5,1	-	-	39
Este	23	60,5	13	34,2	2	5,3	-	-	38
Mestre	11	61,1	6	33,3	1	5,6	-	-	18
Padova	18	62,1	11	37,9	-	-	-	-	29
Rovigo	22	84,6	4	15,4	-	-	-	-	26
Pieve di Soligo	36	85,7	6	14,3	-	-	-	-	42
Thiene-Schio	30	68,2	10	22,7	4	9,1	-	-	44
Verona1	29	65,9	14	31,8	1	2,3	-	-	44
Verona2	19	61,3	9	29,0	3	9,7	-	-	31
Verona3	21	58,3	13	36,1	2	5,6	-	-	36
Vicenza	25	61,0	15	36,6	1	2,4	-	-	41
Totale	424	64,5	196	29,8	35	5,3	-	-	655



Il contributo dei docenti è stato valutato eccellente dal 58%, buono o comunque soddisfacente da circa il 42% dei rispondenti (Tabella 5).

**Tabella 5. "Come definisci il contributo dato dai docenti nel suo complesso alla gestione del corso?"**

Sede	Eccellente		Buono		Soddisfacente		Povero		Molto povero		Totale n.
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	
Arzignano	5	17,9	19	67,9	4	14,3	-	-	-	-	28
Asolo	9	52,9	6	35,3	2	11,7	-	-	-	-	17
Bassano1	33	71,7	13	28,3	-	-	-	-	-	-	46
Bassano2	39	60,9	21	32,8	3	4,7	1	1,6	-	-	64
Bassano3	58	75,3	16	20,8	3	3,9	-	-	-	-	77
Bussolengo	18	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	18
Camposanpiero	23	59,0	14	35,9	2	5,1	-	-	-	-	39
Este	18	47,4	19	50,0	1	2,6	-	-	-	-	38
Mestre	13	72,2	4	22,2	1	5,6	-	-	-	-	18
Padova	16	55,2	12	41,4	1	3,4	-	-	-	-	29
Rovigo	15	55,6	12	44,4	-	-	-	-	-	-	27
Pieve di Soligo	28	66,7	14	33,3	-	-	-	-	-	-	42
Thiene-Schio	25	58,1	18	41,9	-	-	-	-	-	-	43
Verona1	16	37,2	24	55,8	3	7,0	-	-	-	-	43
Verona2	16	51,6	12	38,7	3	9,7	-	-	-	-	31
Verona3	18	50,0	15	41,7	3	8,3	-	-	-	-	36
Vicenza	21	51,2	19	46,3	1	2,4	-	-	-	-	41
Totale	371	58,2	238	37,4	27	4,2	1	0,2	-	-	637

Sono stati espressi giudizi altamente positivi sul corso, soprattutto in riferimento alla sua utilità: oltre il 90% attribuisce un punteggio superiore a 5 su una scala da 1 a 7 (Tabella 6).

**Tabella 6. "Giudichi complessivamente il corso: inutile/utile"**

Sede	1		2		3		4		5		6		7		totale n.	valore medio
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%		
Arzignano	-	-	-	-	1	3,7	1	3,7	5	18,5	5	18,5	15	55,6	27	6,19
Asolo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	26,7	11	73,3	15	6,73
Bassano1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	8,7	42	91,3	46	6,91
Bassano2	-	-	-	-	1	1,6	2	3,3	2	3,3	13	21,3	43	70,5	61	6,56
Bassano3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,4	9	12,9	60	85,7	70	6,84
Bussolengo	-	-	-	-	-	-	3	10,7	2	7,1	6	21,4	17	60,7	28	6,32
Camposanpiero	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,9	4	11,4	30	85,7	35	6,83
Este	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	14,3	30	85,7	35	6,86
Mestre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	100,	13	7,00
Padova	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,7	6	22,2	20	74,1	27	6,70
Rovigo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	14,8	23	85,2	27	6,85
Pieve di Soligo	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,4	5	12,2	35	85,4	41	6,83
Thiene-Schio	-	-	-	-	-	-	1	2,4	1	2,4	3	7,3	36	87,8	41	6,80
Verona1	-	-	-	-	-	-	-	-	5	12,5	6	15,0	29	72,5	40	6,60
Verona2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,6	4	14,3	23	82,1	28	6,79
Verona3	-	-	-	-	-	-	1	3,0	-	-	7	21,2	25	75,8	33	6,70
Vicenza	-	-	-	-	-	-	1	2,4	1	2,4	12	29,3	27	65,9	41	6,59
Totale	-	-	-	-	2	0,3	9	1,5	21	3,5	97	16,0	479	78,8	608	6,71

Unico punto critico che emerge dalla valutazione è quello relativo all'approfondimento della realtà locale, rispetto al quale si evidenzia un bisogno di attenzione da parte dei partecipanti che non sempre il corso è stato in grado di soddisfare: il 13% dei partecipanti ha giudicato la metodologia didattica utilizzata poco appropriata e il 5% francamente inadeguata. Ciò è anche visibile dal punteggio medio, che pur mantenendosi alto, è il più basso di quelli attribuiti ai vari argomenti (Tabella 7).

**Tabella 7. "Come definiresti la metodologia didattica usata per trattare gli argomenti del Corso?"**

<b>Argomento</b>	<b>punteggio medio</b>
Immigrazione in Italia: dati statistici	4,18
I motivi dell'immigrazione	4,25
Profilo di salute	4,23
Aree critiche e fattori di rischio	4,09
La normativa sanitaria: accessibilità	4,08
La normativa sanitaria: fruibilità	4,09
Aspetti psicologici dell'immigrazione	4,27
La relazione transculturale	4,20
La realtà locale	3,75

## Conclusioni

L'analisi dei risultati ha fatto emergere un bisogno diffuso di conoscenze e di acquisizione di competenze sui temi della salute nel campo dell'immigrazione, rispetto al quale il corso sembra aver dato risposte particolarmente soddisfacenti.

Da sottolineare come il progetto abbia avuto un seguito con il rifinanziamento per il 2002 e 2003 e che alcune realtà locali abbiano sentito l'esigenza di promuovere corsi di II livello per approfondire ulteriormente i temi trattati.

Considerata l'entità del fenomeno migratorio nel nostro Paese e le sue peculiarità nell'area della salute, si auspica che anche le altre regioni attuino interventi sistematici di formazione/aggiornamento delle diverse tipologie di operatori a diverso titolo impegnati.

## Bibliografia di riferimento

Ferro A, Salmaso R, Malatesta R, Sgarabotto D, Cadrobbi P. Argomenti di medicina delle migrazioni: Card socio-sanitaria per cittadini immigrati extracomunitari. In: Regione del Veneto (Ed.). *Iniziativa sanitarie in materia di immigrazione*. Roma: Anterem; 2000. p. 270-1.

Geraci S, Martinelli B. *Il diritto alla salute degli immigrati: scenario nazionale e politiche locali*. Roma: Nuova Anterem; 2002.

Geraci S. Un ambulatorio, un servizio, un'occasione. L'esperienza dell'Area sanitaria della Caritas di Roma nell'assistenza agli immigrati. Salute e sviluppo nuova serie n. 1. Cuamm, Medici con l'Africa 40-50: Padova, 2001

Lante I., Cadrobbi P, Salmaso R, Marin V, Malatesta R. Immigrazione e salute: 1990-2000, In Argomenti di medicina delle migrazioni Dieci anni di gestione tecnico politica della Regione Veneto. In: Regione del Veneto (Ed.). *Iniziativa sanitarie in materia di immigrazione*. Roma: Anterem; 2000. p.264-269

## **UN'ESPERIENZA DI FORMAZIONE INTERISTITUZIONALE NELLA CITTÀ DI BOLOGNA**

Rosa Costantino, Giovanna Dallari, Jora Mato  
*Azienda USL Bologna Città*

Il fenomeno dell'immigrazione a Bologna è relativamente recente, pertanto gli operatori dei diversi Enti e Servizi territoriali sociali e sanitari non avevano strumenti adeguati per affrontare e risolvere le problematiche poste da nuovi cittadini appartenenti a centoquarantasei diverse etnie.

Nel 1999 il contesto bolognese descritto dal rapporto redatto dall'Osservatorio comunale delle Immigrazioni, era caratterizzato da:

1. presenza di stranieri pari al 3,3% dei residenti;
2. aumento nella componente femminile al 46,5% della popolazione straniera;
3. incremento della popolazione immigrata pari al +13,8%;
4. 42,4% della popolazione straniera sotto i 30 anni;
5. incremento nei minori residenti del 22,3% rispetto all'anno precedente (da 1.730 a 2.116 minori).

Il Comune di Bologna, raccogliendo le sollecitazioni di professionisti impegnati nel settore sociale e sanitario di servizi pubblici e di volontariato, ha deciso di promuovere la formazione di una nuova figura professionale con competenze specifiche: il Mediatore culturale in ambito socio-sanitario.

Successivamente, l'Azienda USL Bologna città ha ritenuto necessario offrire attivamente corsi di base di formazione sull'interculturalità a tutti gli operatori che prestano servizio.

Sono poi stati creati specifici moduli formativi relativi ad aree di particolare interesse: l'ambito materno-infantile, l'etnopsichiatria e la medicina generale.

### **Corso di formazione per mediatrici interculturali in ambito socio-sanitario**

Il progetto, realizzato con fondi del Fondo Sociale Europeo per donne "in difficoltà", è stato promosso e gestito dal Servizio Immigrazione del Comune di Bologna.

#### **Motivazione e obiettivi**

Volgendo lo sguardo verso quelle che, nell'ambito della mediazione, sono state le esperienze di formazione passate si è sentita l'esigenza di costruire dei profili professionali aventi delle competenze specifiche.

La continua richiesta da parte di altri Enti che operano nel settore sociale e sanitario ha fatto sì che la scelta ricadesse su questo settore. A questo punto era necessario convocare un tavolo di lavoro allargato agli enti preposti per costruire insieme il percorso formativo affinché si costruissero delle figure professionali realmente spendibili sul territorio.

Gli obiettivi principali di questo corso erano volti su due ambiti ben precisi: il primo, naturalmente, era quello di favorire l'inserimento lavorativo, cercando di valorizzare i curricula di donne che spesso pur di lavorare accettano incarichi che sono al di sotto delle loro reali

competenze; d'altro lato si voleva costruire delle nuove figure professionali – mediatrici interculturali – che fossero in grado di:

1. elaborare la propria esperienza e cultura di origine per tradurla agli operatori dei servizi socio-sanitari;
2. acquisire gli strumenti per saper leggere la realtà che stava loro intorno e poter dare indicazioni operative in aree di interventi specifiche;
3. far conoscere agli operatori dei servizi l'importanza dell'utilizzo di queste nuove figure professionali.

## **Progettazione e target**

La costituzione del Comitato Tecnico di progetto, al quale hanno partecipato referenti delle Azienda USL Bologna Città, Bologna Nord e Bologna Sud, dell'Amministrazione Comunale ed esperti ha dato inizio alla vera e propria programmazione dei moduli formativi (definizione del ruolo della mediatrice, dei requisiti, dei contenuti; individuazione dei docenti; criteri di selezione delle partecipanti). Dal confronto delle diverse esperienze è emerso che sul territorio esiste un bisogno crescente di queste nuove figure professionali, soprattutto in alcuni ambiti. Il fatto che il corso fosse indirizzato a sole donne era una connotazione positiva, visto il prevalere di uomini nell'ambiente della mediazione e, d'altra parte, considerato invece il fatto che nei luoghi dove si ha più bisogno, la figura femminile potrebbe risultare più idonea. Il gruppo di donne, selezionate inizialmente a partire dai criteri definiti nel bando (status di straniere immigrate, laurea o diploma di scuola media superiore, buona conoscenza della lingua italiana, buone capacità relazionali, condizione lavorativa di inoccupate e, come titoli preferenziali un'esperienza di studio e/o lavoro in attinenza con le tematiche dell'immigrazione, un'esperienza di studio e/o lavoro in campo socio-sanitario), ha dimostrato di possedere caratteristiche più che soddisfacenti. La ricerca delle partecipanti è stata fatta tramite un bando informale posto in tutti i luoghi d'aggregazione, sia ufficiali che informali (sportelli informativi, sedi della Caritas, di sindacati, ecc.). Ciò ha permesso di contattare un notevole numero di donne e di avere, al momento delle iscrizioni, un elevato numero di richieste di partecipazione (cinquantadue). Al colloquio di preselezione, cui hanno partecipato quarantuno donne, sono stati verificati i requisiti richiesti e il grado di conoscenza della lingua italiana.

La selezione è stata fatta in presenza di una commissione costituita da rappresentanti di enti ed esperti: hanno partecipato trenta donne, delle quali sedici sono state selezionate come partecipanti e cinque come uditrici.

## **Contenuti e svolgimento del corso**

Il corso, che ha avuto una durata complessiva di 700 ore, è stato suddiviso in due parti: 350 ore di lezioni in aula (parte teorica) e 350 ore di tirocinio nei servizi territoriali competenti.

La parte teorica del corso è iniziata nell'ottobre 1998, con una durata giornaliera di 4 ore dal lunedì al venerdì, e si è conclusa a marzo 1999. Suddivisa per moduli, ha avuto per oggetto i seguenti contenuti:

1. alfabetizzazione al computer;
2. dinamiche dei flussi migratori in Emilia Romagna;
3. quadro normativo e legislativo sull'immigrazione;
4. relazioni interpersonali e comunicazione;
5. la mediazione: teoria ed esperienza;
6. sistema e organizzazione dei servizi sociali e sanitari in Italia;

7. la mediatrice nei servizi socio-sanitari: costruzione del ruolo;
8. l'impresa sociale e il terzo settore.

Il tirocinio ha avuto inizio a marzo e si è concluso a maggio 1999, con una durata giornaliera di 8 ore per cinque giorni a settimana. Le partecipanti sono state impegnate a svolgere pratiche di mediazione presso i vari presidi ospedalieri e poliambulatoriali delle ASL territoriali, presso il Centro per la Giustizia Minorile e il Centro Interculturale "M. Zonarelli". Sono stati fatti, preventivamente all'inizio dello stage, dei colloqui individuali con le partecipanti per cercare di individuare per ognuna la sede più confacente e sono state seguite durante tutto lo stage da *tutor* interni ed esterni che hanno contribuito a potenziare le loro capacità e a monitorare /valutare le loro prestazioni e la ricaduta sull'utenza.

## Valutazione

Durante lo svolgimento dell'intero corso ci sono stati vari momenti d'incontro per verificarne l'andamento e cogliere le impressioni delle partecipanti; inoltre durante la parte teorica sono state settimanalmente distribuite delle schede di valutazione attraverso le quali le allieve hanno potuto esprimere le opinioni sui vari moduli e sui docenti. Da una rielaborazione dei dati, è emerso che alcuni moduli potrebbero essere rivisti per una migliore ripartizione delle ore.

È stato fondamentale l'uso della metodologia formativa basata sulla partecipazione attiva delle allieve. In alcuni momenti si è partiti dal vissuto individuale, per elaborare collettivamente strategie di lettura delle culture di appartenenza e dei diversi codici comunicativi. L'attenzione e l'interesse per gli argomenti trattati hanno sempre connotato il percorso formativo, che ha portato alla creazione di un vero e proprio gruppo capace di lavorare e di gettare le basi per un futuro insieme.

In generale, gli aspetti positivi dell'intero progetto sono rappresentati dal raggiungimento di tutti gli obiettivi prefissati e dall'interesse dimostrato dai vari enti territoriali coinvolti nell'utilizzo di questa nuova figura all'interno dei propri servizi. A fine corso due terzi delle mediatrici hanno trovato immediatamente lavoro presso gli enti dove avevano effettuato il tirocinio.

Successivamente al corso, in seguito ai positivi risultati raggiunti tramite la formazione, le mediatrici hanno costituito un'associazione ONLUS: Associazione Mediatri Interculturali in Ambito Sociale e Sanitario (AMISS). Lo scopo dell'associazione è di migliorare la comunicazione fra i diversi codici, sia linguistici sia culturali, presenti nel nostro territorio, di agevolare l'accesso degli immigrati ai servizi, di ideare e di realizzare progetti per favorire l'integrazione dei cittadini non comunitari nella società, attraverso l'utilizzo di specifiche, mirate professionalità ed esperienze.

## Corso per operatori socio-sanitari

L'Azienda USL Bologna Città ha inserito un corso base di formazione all'interculturalità (Immigrazione e salute in una società multietnica) per operatori socio-sanitari all'interno del catalogo delle offerte formative, disponibile online sul sito aziendale.

## Finalità

Il corso, organizzato con il patrocinio della Società Italiana Medicina delle Migrazioni, in collaborazione con l'Area sanitaria della Caritas di Roma, si propone di:

1. fornire informazioni epidemiologiche sullo stato di salute della popolazione immigrata, con particolare attenzione ad alcune aree critiche;
2. aggiornare sulla normativa vigente a livello nazionale e regionale;
3. offrire strumenti per l'analisi e la gestione delle relazioni transculturali in sanità;
4. fornire informazioni sull'organizzazione e sull'accesso ai servizi sanitari.

## **Articolazione dei contenuti**

Le lezioni vertono su aspetti socio-sanitari del fenomeno migratorio in Italia: immigrazione, cultura e condizioni di salute; i problemi tecnico-organizzativi dell'assistenza sanitaria agli immigrati; i problemi psicologici connessi all'immigrazione; le aree critiche; il ruolo della donna in altri Paesi: il corpo, la fecondità, la maternità; potenzialità e aspetti critici nella realtà locale.

La metodologia si basa su una forte interazione tra i docenti, sempre compresenti in aula, e i discenti, i quali partecipano attivamente a partire dalla definizione degli argomenti da approfondire. Infatti il programma è flessibile e si modella sulle esigenze degli stessi corsisti nell'ambito degli argomenti di prevalente interesse dell'aula.

## **Destinatari**

Il corso è rivolto a tutti i professionisti che operano nei servizi sanitari e sociali. Il numero massimo di partecipanti è di 45.

## **Metodologia utilizzata**

La durata del corso è di 14 ore. Sono previste lezioni frontali ed esercitazioni di gruppo.

Sono forniti i testi delle recenti normative, le pubblicazioni aggiornate sui temi del corso.

È inoltre reso disponibile il volume "Argomenti di medicina delle migrazioni", un testo fondamentale nei corsi di formazione per il personale socio-sanitario coinvolto quotidianamente con persone di culture diverse.

L'apprendimento viene valutato tramite verifiche pre- e post-test sui diversi contenuti del corso. Inoltre è previsto un questionario finale di valutazione della qualità del corso e dei singoli docenti. Al termine viene rilasciato l'attestato di partecipazione.

Le attività di docenza sono svolte da un gruppo interdisciplinare composto da medici esperti in sanità pubblica e in organizzazione dei servizi, in medicina transculturale, in particolare nel campo della relazione medico/paziente, in servizio presso l'Azienda USL Bologna Città, l'Area sanitaria della Caritas di Roma, il Comune di Bologna e da mediatrici interculturali in ambito socio-sanitario.

Il corso è offerto a titolo gratuito a tutti i dipendenti dell'Azienda USL di Bologna e ai volontari.

## **Corsi monografici di approfondimento**

Tali corsi sono stati organizzati in collaborazione con la Provincia di Bologna, il Servizio Immigrazione del Comune e le Aziende USL dell'area metropolitana. Sono destinati agli operatori socio-sanitari del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sociali comunali con

particolare riferimento all'area materno - infantile. Per i medici di medicina generale, si è prodotto un apposito modulo formativo sulle tematiche dell'etnopsichiatria.

Si prevede, inoltre, di organizzare corsi base sulle relazioni interculturali destinati a medici di medicina generale.

# SOMATIZZAZIONI NEGLI IMMIGRATI: ELEMENTI DI DISCUSSIONE PER LA IN-FORMAZIONE DEI MEDICI

Lorenzo Tarsitani, Hassan Raad, Francesco Colosimo, Laura Bindi, Barbara Martinelli,  
Massimiliano Aragona  
*Area sanitaria, Caritas Diocesana, Roma*

## Introduzione

Il termine somatizzazione è usato clinicamente in diversi modi: per indicare a classi di disturbi psichiatrici (i disturbi somatoformi nel DSM-IV-TR); per riferirsi a processi di trasformazione e traduzione di conflitti psicologici in sintomi corporei; per descrivere un gruppo di disturbi del comportamento, specialmente uno stile di presentazione clinica, in cui i sintomi somatici sono presentati per escludere o eclissare stress emozionali e problemi sociali.

In questo lavoro si utilizzerà il termine “sindromi da somatizzazione” per indicare quel gruppo di sindromi caratterizzate tutte dalla preponderanza, nel quadro sintomatico, di sintomi corporei che: a) non sono espressione di un danno organico o di una alterazione funzionale di un determinato e conosciuto processo somatico, e b) sono interpretati come espressione corporea di un problema di ordine psichico (utilizzando volutamente un termine generico come “problema”, per evitare di attribuire ad un unico meccanismo psicopato genetico un complesso sindromico che è probabilmente eterogeneo).

La Caritas, a partire dal 1983, ha organizzato un servizio di medicina di base, attualmente supportato da 15 ambulatori specialistici e da servizi per la diagnosi strumentale, rivolto ai pazienti che hanno difficoltà ad accedere ai servizi sanitari pubblici. Tra questi, una parte decisamente rilevante è costituita da persone provenienti dai Paesi al di fuori dell’Unione Europea, soprattutto immigrati irregolari.

Tra le patologie più frequentemente riscontrate negli immigrati si nota la netta prevalenza delle patologie acute, spiegate dalla giovane età e dalla storia migratoria relativamente recente, e il ruolo limitato delle patologie infettive e parassitarie; rare in particolare si sono dimostrate le patologie esotiche d’importazione; basso è anche stato il riscontro di patologie psichiatriche (1). Tra queste ultime, che nel 1998 sono state il 3,95% dei 3639 pazienti diagnosticati, le sindromi depressive e quelle ansiose sono di gran lunga le più frequenti (nel 1998, 36,8% e 36,1% delle diagnosi psichiatriche, rispettivamente), mentre per quel che riguarda specificamente i disturbi somatoformi, secondo la classificazione mondiale di malattie, traumatismi e cause di morte, i dati ICD-9 del 1998 riportano una percentuale pari soltanto al 10,4% delle diagnosi psichiatriche (le quali, come detto, rappresentano solo il 3,95% delle patologie totali).

Questo lavoro nasce dalla nostra esperienza clinica, negli ambulatori di medicina di base, che ci ha fatto notare una discrepanza tra la nostra personale osservazione di molti di questi disturbi, e la loro rarità nei corrispondenti dati epidemiologici. La nostra ipotesi è che i dati epidemiologici possano sottostimare l’effettiva incidenza e prevalenza delle sindromi di somatizzazione, la cui diagnosi sarebbe spesso nascosta dietro categorie nosografiche mediche poco specifiche.

Il problema è particolarmente importante per la formazione dei medici di medicina generale, visto che l’andamento dei flussi migratori comporta un aumento degli utenti immigrati nei servizi di tutto il Sistema Sanitario Nazionale.

Non riconoscere che un sintomo fisico possa essere espressione di una sofferenza psicologica comporta la prescrizione di terapie spesso inefficaci e talora iatrogene, e una maggior frequenza di



cronicizzazione. Per questo motivo è importante che le strutture che da più tempo si occupano di assistenza ai migranti si occupino anche di trasformare la loro esperienza sul campo in dati scientificamente obiettivi e dunque trasferibili agli operatori che operano in altri centri.

Si è dunque deciso di obiettivare l'effettiva prevalenza delle somatizzazioni in immigrati di varie etnie, valutando al contempo l'influenza nello sviluppo di somatizzazioni di alcune caratteristiche epidemiologiche (sesso, età, scolarità, etnia) e di alcuni possibili "fattori di rischio" legati al difficile status di migrante (situazione abitativa e lavorativa, grado di integrazione con la popolazione ospite e con i propri connazionali, soddisfazione/delusione rispetto al proprio progetto migratorio, conoscenza dell'italiano, periodo di permanenza in Italia).

## Soggetti e metodo

Sono stati testati pazienti immigrati di varie etnie afferenti agli ambulatori Caritas di Medicina Generale, prima che venissero sottoposti a visita, senza operare alcun tipo di selezione guidata del campione, per garantire la loro rappresentatività della popolazione degli immigrati che si rivolgono al medico di base.

Per le somatizzazioni è stato usato il *Bradford Somatic Inventory* (BSI) nella versione inglese a 21 *item* (2), da noi tradotto e *back translated* nelle seguenti lingue: arabo, bengali, cinese, francese, italiano, polacco, rumeno, russo e spagnolo (tali lingue permettono la valutazione nella propria lingua della grande maggioranza degli utenti del nostro servizio). Dal punto di vista psicometrico, il BSI-21 al *cut-off* di 13/14 ha una sensibilità del 75% e una specificità del 75%. Per ottenere un ulteriore incremento della specificità, abbiamo deciso di analizzare i dati con due diversi *cut-off*: quello usuale a 14, e uno superiore di 21.

Per le variabili socio-demografiche è stato invece costruito appositamente un questionario, anch'esso tradotto e *back translated* nelle stesse lingue.

Per l'analisi statistica abbiamo usato il test di Student per il paragone tra medie.

## Risultati

Vengono qui presentati i dati preliminari dello studio, sui primi 121 pazienti testati (missing = 11; maschi = 62, femmine = 59; età media = 36,13±10,52). I dati relativi ai Paesi d'origine sono riportati in Tabella 1.

**Tabella 1. Paesi d'origine del campione valutato**

Paese	n.	Paese	n.
Bangladesh	20	Mauritania	1
Camerun	1	R. Moldova	3
Cina	3	Nigeria	2
Colombia	1	Perù	7
Congo	3	Romania	26
Ecuador	31	Russia	1
Egitto	1	Santo Domingo	1
Etiopia	2	Senegal	3
Filippine	1	Tunisia	2
India	1	Ucraina	8
Marocco	3		

A seconda del *cut-off* utilizzato (rispettivamente 14 e 21), la prevalenza delle somatizzazioni varia dal 42% al 25% degli immigrati visitati dal servizio di Medicina Generale. È un dato qualitativamente in linea con la discrepanza da noi osservata tra impressione clinica e i dati epidemiologici sopra riportati, ma quantitativamente di gran lunga superiore ad ogni aspettativa.

Per quel che riguarda i possibili fattori di rischio socio-sanitari specifici della condizione di migrante, la valutazione preliminare dei dati fornisce numerose tendenze che però non consentono ancora di dare giudizi certi. Tra i dati più significativi è da notare che la tendenza a somatizzare risulta significativamente aumentata nelle donne, nelle persone con bassa scolarità e in chi è in Italia da almeno sei mesi (Figura 1, 2 e 3).

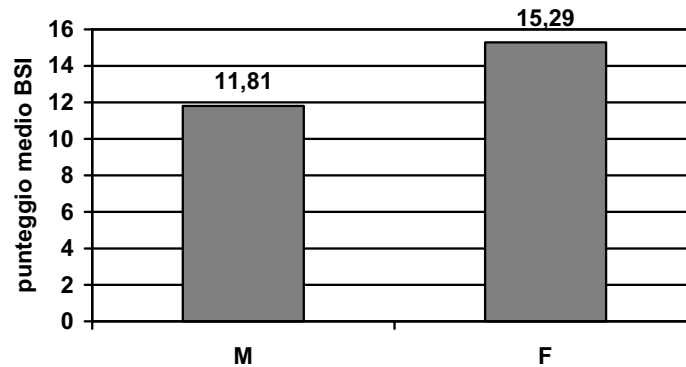


Figura 1. Genere e tendenza a somatizzare ( $p < .05$ )

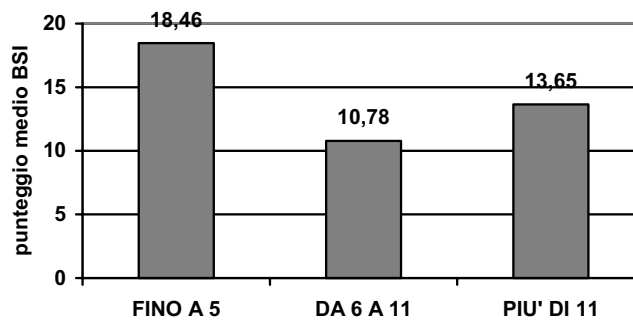


Figura 2. Scolarità (anni di studio) e tendenza alla somatizzazione ( $p < .05$ )

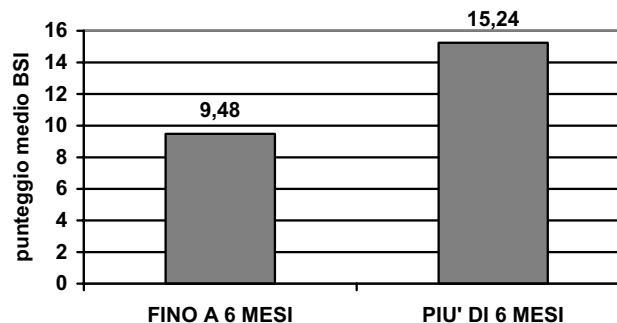


Figura 3. Permanenza in Italia e tendenza alla somatizzazione ( $p < .01$ )

## Conclusioni

Se i dati socio-sanitari necessitano di ulteriori approfondimenti, non fornendo allo stato informazioni decisive per guidare le politiche più generali di assistenza socio-sanitaria per la corretta accoglienza e integrazione dei migranti che giungono nel nostro Paese, i dati sulla prevalenza sono invece già molto importanti per la formazione degli operatori della salute.

Pur con il *cut-off* più elevato, infatti, la prevalenza risulta elevatissima, e apre il problema della corretta diagnosi e gestione clinica dei soggetti con questi disturbi. È infatti noto che la cronicizzazione e la iatrogenia sono conseguenze di terapie inappropriate in sindromi da somatizzazione non riconosciute (ad esempio terapie antinfiammatorie in pazienti con dolori psicogeni), mentre un corretto inquadramento può aprire la strada alla collaborazione tra medico di medicina generale e operatori della salute mentale. Ciò sia per le possibilità di terapie farmacologiche diverse (psicofarmacologiche), sia per l'importanza che va attribuita al rapporto medico/paziente, da usare come strumento per approfondire le problematiche del soggetto e gradualmente spostare la sua attenzione dalla preoccupazione per il corpo ai problemi di adattamento alle situazioni vitali che li sottendono, sia infine per l'invio di casi selezionati al Servizio di Igiene Mentale per un supporto anche psicoterapico.

Il dato è rilevante anche riguardo ad un più adeguato utilizzo delle risorse, perché un corretto inquadramento diagnostico consente di non utilizzare impropriamente farmaci importanti per altre patologie, e anche per il risparmio derivante dall'attesa riduzione di complicanze iatrogene.

Infine, alcune considerazioni sull'utilità di questa ricerca per la formazione. La Caritas è una struttura con ampia e durevole esperienza nel campo dell'immigrazione; qui medici con ampia esperienza nella Medicina Generale del Servizio Sanitario Nazionale integrano le conoscenze con quelle specifiche sull'emigrazione maturate nella Caritas. Ne risulta un ampio bagaglio di conoscenze specifiche al servizio di una corretta gestione dei problemi medici affrontati. Le somatizzazioni sono un valido esempio di come una serie di conoscenze che già c'erano tra i medici che vi operavano, trovassero però difficoltà ad emergere in dati obiettivi comunicabili all'esterno. In questo caso la nostra ricerca sta consentendo di rendere evidenti le intuizioni cliniche già maturate, e queste evidenze hanno un doppio effetto: all'interno della Caritas, servono da *feed-back* per elaborare progetti più specifici di gestione clinica di questi disturbi, agevolando lo scambio di informazioni e la collaborazione tra medici di medicina generale e operatori della salute mentale. All'esterno la trasformazione in evidenze obiettive consente il rapido, agevole e adeguato trasferimento dell'esperienza acquisita dalla Caritas ad altre strutture con esperienze di minore durata, cosicché queste informazioni possano fornire la base per un processo di formazione nel campo.

## Bibliografia

1. Geraci S. L'area sanitaria per immigrati e nomadi della Caritas di Roma: aspetti statistico-epidemiologici generali. Parte I. In: Buffa S, Geraci S. (Ed.) *Quaderni di InformaArea* 1998; 1: 65-71.
2. Mumford DB, *et al.* The Bradford Somatic Inventory: a multi-ethnic inventory of somatic symptoms reported by anxious and depressed patients in Britain and the Indo-Pakistan subcontinent. *Br J Psychiatry* 1991;158:379-86.

# IL SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI IN MEDICINA CON IL “PROGETTO CARITAS”

Andrea Giambartolomei, Riccardo Murari, Claudia Telesca  
*Segretariato italiano Studenti in Medicina, Università La Sapienza, Roma*

Il Segretariato Italiano Studenti in Medicina (SISM) è l'unica associazione nazionale di studenti in medicina, presente dal 1970, apartitica e aconfessionale, confederata con l'*International Federation of Medical Students Association*, associazione internazionale che raggruppa dal 1950 Associazioni di categoria di ben 80 Paesi.

Il SISM è presente in 27 facoltà di Medicina e Chirurgia italiane con circa 3000 iscritti.

Specifiche aree tecniche e tematiche lo compongono in una struttura che presenta una diramazione locale a partire da un Consiglio di Coordinatori Nazionali.

Le aree tematiche (*Public Health, Medical Education, Reproductive Health*) hanno svolto negli ultimi due anni, grazie allo status di associazione no profit, importanti progetti che vanno dalla cooperazione e sviluppo in collaborazione ad esempio con Emergency (Battambang, Cambogia), alla promozione della salute nelle scuole e nelle facoltà con seminari tematici sulla salute riproduttiva e AIDS.

In questi ultimi due anni l'area tematica “salute riproduttiva e AIDS” ha posto all'interno dell'associazione la centralità del tema “medicina delle migrazioni”.

Il 17-18-19 novembre 2000 si è tenuto a Varese il 1° Workshop Nazionale sulla “Relazione medico paziente immigrato nell'ambito della salute riproduttiva”. Vi hanno partecipato 120 studenti provenienti da tutta Italia. Hanno fatto richiesta altri 100 studenti che non vi hanno potuto partecipare. L'assessore alle politiche sociali della Provincia di Varese ha chiesto gli Atti del Convegno, da diramare alla ASL come linee guida per gli operatori sanitari.

Forti di questo successo si è portato avanti un discorso di collaborazione con la Società Italiana Medicina delle Migrazioni. Il Progetto Caritas è un progetto pilota di questa collaborazione che vede le sedi locali SISM di Roma, “La Sapienza” e Roma Tor Vergata, impegnate in stretta collaborazione con l'Area sanitaria della Caritas Diocesana di Roma nella realizzazione di un tirocinio teorico pratico, per studenti in medicina, presso l'ambulatorio Caritas di via Marsala.

Il tirocinio prevede una rotazione di cinque studenti, ogni tre mesi. L'impegno per il singolo è di un pomeriggio a settimana. Il tirocinio si apre con tre incontri teorici, riguardanti le necessarie nozioni di base, quali: politiche della Caritas, scenari socio-sanitari, epidemiologia e aspetti relazionali con il paziente, normativa vigente. Ogni studente viene quindi assegnato ad un turno pomeridiano in cui si integra con i volontari del turno stesso, che lo accompagneranno per tutta la durata della sua esperienza. Collaborando con loro verrà a contatto con le semplici e delicate funzioni del box d'accoglienza e assisterà alle visite mediche. Inoltre potrà osservare e conoscere il funzionamento di un' infermeria e di una farmacia. La catalogazione su computer delle cartelle cliniche è un'ulteriore attività in cui lo studente sarà coinvolto.

L'adesione, su base volontaria degli studenti, vede gli organizzatori impegnati in una selezione dei partecipanti attraverso la valutazione di schede di iscrizione corredate di informazioni relative a: anzianità accademica; conoscenza delle lingue straniere; pregresse esperienze di volontariato; motivazioni alla base della domanda presentata. Questo per garantire una concreta partecipazione al progetto, senza rischiare aspettative di “esperienza esotica” o di mero “interesse curricolare”. Inoltre, pur avendo tutti gli studenti aspirazioni specialistiche, a

volte affini alle consulenze periodiche, la loro collocazione nell'ambito della settimana è svolta senza specifiche di preferenza, per mettere in risalto la centralità della natura relazionale dell'esperienza. L'obiettivo è degli organizzatori sono: informare lo studente in merito alla sanità pubblica, alla salute riproduttiva e alla situazione dell'immigrazione in Italia, con un accento particolare sugli aspetti culturali e psicologici degli immigrati. In questo modo si forniscono allo studente strumenti per instaurare un rapporto adeguato con il paziente immigrato, strumenti che lo accompagneranno nel contesto universitario e professionale.

# SALUTE RIPRODUTTIVA NEL SUD EST MESSICANO: UN'ESPERIENZA DI FORMAZIONE

Pia Maria Koller  
Associazione Mondi Incontri, Roma

## Premessa

Nella strategia della *primary health care*, lanciata nel 1978 ad Alma Ata, venne raccomandato il ricorso alle *Traditional Birth Attendants* (TBA) e alla figura dell'antropologo per gettare un ponte tra la scienza medica e le popolazioni tradizionali, con il fine di garantire la "salute per tutti nel 2000".

A distanza di ventiquattro anni gran parte della popolazione rurale nelle periferie del mondo continua a non aver accesso all'assistenza sanitaria e la mortalità materna costituisce una delle prime cause di morte tra le donne in età fertile. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ne muoiono ogni anno circa mezzo milione in seguito a complicazioni durante la gravidanza e il parto. Il 99% di queste morti avviene nel cosiddetto mondo sottosviluppato (1). Il Messico è un esempio del grande divario tra il centro e la periferia, rurale e indigena. Così, nel 1995, il tasso di mortalità materna a livello nazionale era del 6,5 x 10.000, mentre quello relativo allo Stato del Chiapas era del 9 x 10.000, mentre nell'area di Los Altos, con popolazione prevalentemente indigena, il tasso ufficiale raggiunge il 18 x 10.000. In realtà si tratta di cifre fortemente sottostimate come hanno potuto poi verificare Freyermuth e Manca (2).

Inoltre, ciò che viene chiamato medicina tradizionale e i suoi specialisti sono tuttora oggetto di pregiudizi e diffidenza da parte delle autorità sanitarie, cioè proprio dai responsabili dei corsi di formazione per TBA.

## Rischi e insidie nella formazione delle TBA

Durante il suo lavoro sul campo in Nepal, Leigh Pigg (3) ha individuato come "trappole" per la formazione delle TBA quanto di seguito descritto.

Innanzitutto la decontestualizzazione della tradizione che può avvenire in tre modi:

1. enfatizzando l'esotico, credenze e rituali vengono estrapolati dal contesto e la loro irrazionalità contrapposta alla razionalità della scienza occidentale;
2. privilegiando le regole sulla pratica nelle culture, le quali vengono perciò private del loro lato dinamico;
3. reificando l'identità culturale a scapito di altre variabili quali i fattori socio-economici, di genere e generazionali.

Per conseguenza una seconda "trappola": anche le TBA vengono percepite come un insieme omogeneo, mentre non lo sono. I corsi di formazione vengono quindi impartiti secondo schemi nazionali che non tengono conto della ricchezza e della dinamicità dei saperi locali.

Infine, il modello medico trasmesso, invece di rinforzare e facilitare lo scambio di conoscenze, lo rende più fragile, creando l'illusione che ci si possa avvicinare alla biomedicina

attraverso l'adozione di aspetti minori, come l'impiego di alcuni farmaci. L'esempio più diffuso è l'uso indiscriminato di ossitocina.

Ciononostante continuo a credere nell'importanza di lavorare con le donne indigene e le loro levatrici.

## **Parteras di Los Altos**

Tra i Tzotzil di Los Altos del Chiapas, il parto, anche se considerato fatto naturale che avviene in casa, rappresenta comunque un momento molto rischioso per la donna. Ritengono che durante la gravidanza la donna accumuli calore, perso normalmente con le mestruazioni, e che partorendo, la donna passi quindi da uno stato di calore estremo ad uno di freddo. Diversi accorgimenti come il cibo giusto appaiono quindi indispensabili per controbilanciare questa repentina perdita.

La *partera* è la persona che assiste la donna in questo passaggio. Ne esistono diverse categorie a seconda del modo in cui sono state "chiamate" e del loro sapere. Così alcune dispongono di potere magico, sanno fare le diagnosi "ascoltando" il polso e interpretando i sogni. Nella cura adoperano le stesse modalità dei guaritori (*i'lol*), cioè le preghiere, l'uso di candele e d'incenso. I margini tra i ruoli sono fluidi: tra quello della *partera* e dell'*i'tol*, e tra quello della *partera* e delle donne più anziane nelle comunità. Come tutti gli specialisti tradizionali nemmeno la *partera* può sottrarsi ai cambiamenti socio-politici in atto; tali dinamiche hanno fatto incrementare enormemente le divisioni all'interno delle comunità indigene dell'area.

## **Il progetto con le *parteras***

Lavorando nell'assistenza sanitaria in campi di profughi interni, sono stata contattata da un gruppo di *parteras*, le quali, già organizzate tra loro, cercavano un sostegno. Esse avevano coinvolto due medici già presenti nel campo per l'assistenza di base e l'evacuazione dei malati più gravi. Insieme abbiamo dunque stabilito le modalità e i contenuti della formazione. A differenza dei corsi governativi, le attività formative prevedevano la partecipazione anche delle *parteras* analfabete, cioè la maggioranza. Gli incontri si sarebbero svolti in loco, con la finalità di consentire uno scambio di conoscenze tra *parteras* di diverse età, esperienze e provenienza geografica, piuttosto che trasmettere nozioni frammentate di biomedicina, con una ricaduta in termini di migliore assistenza alle donne e ai bambini. Venivano quindi inclusi metodi di diagnosi dello stato di salute delle donne e dei bambini, la cura del neonato e dei bambini piccoli, aspetti nutrizionali e le vaccinazioni. Le stesse donne sono state coinvolte in progetti di produzione alimentare per migliorare la nutrizione, mediante huertos comunales, huertos de plantas medicas e l'allevamento di polli. Sarebbero state fornite, inoltre, informazioni relative ai diversi metodi di contraccezione dietro esplicita richiesta delle donne. Si tratta di un argomento delicato visto che uno dei motivi del rifiuto dei servizi governativi da parte degli indigeni sono proprio la contraccezione e la sterilizzazione "forzate". Il nostro ruolo di sostegno si sarebbe limitato agli aspetti organizzativi e di mediazione, e sarebbe stato facilitato soprattutto dalla collaborazione di un'interprete indigena anch'essa *partera*, con una lunga esperienza di lavoro con antropologie proprio sul tema della salute materna.

La partecipazione del personale medico non riguardava soltanto argomenti come vaccinazioni, contraccezione, ma mirava soprattutto a far superare alcune barriere per l'accesso

alle strutture mediche interne al campo e a quelle governative esterne. Era importante far comprendere al personale sanitario il senso di pudore delle donne indigene, le quali ad esempio partorendo rimangono vestite, poiché la *partera* non esegue visite ginecologiche, cioè in nessun momento viene a toccare gli organi genitali. Il suo ruolo si limita ad accogliere il bambino che cade a terra giacché le donne partoriscono accovacciate. La placenta e il cordone ombelicale vengono solitamente sepolti dal marito in casa o nell'orto, a seconda dell'area geografica.

Negli incontri venivano discusse, inoltre, le modalità di decisione collettiva in caso di emergenza. Questo costituisce uno degli aspetti centrali nella morte materna, giacché la decisione in una situazione di necessità di ricovero, non solo viene presa dai membri maschili della famiglia ma molto spesso viene rinviata eccessivamente e le donne arrivano in una struttura ospedaliera in situazioni disperate. Infatti, come ha osservato Freyermuth, la percentuale di donne indigene che muore in ospedale è molto più alta di quella delle donne bianche (4). Incontri con i mariti erano dunque previsti per discutere e analizzare i casi di emergenza e le modalità decisionali. Il progetto, ancora in corso, si sarebbe concluso con un follow-up del lavoro svolto sul campo.

## Conclusione

Indubbiamente, in un anno di lavoro si è riusciti a costruire un programma di formazione che ha coinvolto le *parteras*, le donne e il personale medico presenti nel campo, mentre l'intervento ad un livello istituzionale più alto (secondo livello) delle strutture sanitarie, si presenta più difficile.

Innanzitutto, tali strutture raramente sono in grado di poter risolvere situazioni di emergenza ostetrica, intervento considerato indispensabile per una effettiva diminuzione del tasso di mortalità materna (1). I servizi devono essere percepiti come qualificati e culturalmente appropriati perché le donne vi accedano. A tale proposito non mancano le rivendicazioni concrete dei movimenti autoctoni.

L'esito di questo lavoro di sensibilizzazione alle necessità delle donne indigene dipenderà quindi sia delle scelte politiche in materia di salute da parte del governo federale sia dalla capacità di pressione delle Organizzazioni Non Governative (ONG) presenti. Sarebbe importante, ad esempio, l'appoggio da parte del *Comité Promotor por una Maternidad sin riesgos* (CPMSR), costituitosi nel 1993 con il sostegno di organizzazioni internazionali quali l'UNICEF e l'*Organización Panamericana de Salud* (OPS).

## Bibliografia

1. Freedman LP, Maine D. Women's mortality: a legacy of neglect. In: Koblinsky M, Timyan J, Gay J (Ed). *The health of women. A global perspective*. Boulder: Westview Press; 1993. p. 147-67.
2. Freyermuth EG, Manca MC (Ed). *Luna golpeada. Morir durante la maternidad: investigaciones, acciones y atención médica en Chiapas, y otras experiencias en torno a la mortalidad materna*. Sureste, Chiapas: ACAS/CIESAS; 2000.
3. Freyermuth EG. *Morir en Chenalhó. Género, etnia y generaciones. Factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México DF: Tesis Doctoral; 2000.
4. Leigh Pigg, Stacy. Authority in translation. Finding, knowing, naming, and training "traditional birth attendants" in Nepal. In: Davis-Floyd RE, Sargent CF (Ed.) *Childbirth and authoritative knowledge. Cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press; 1997. p. 233-62.



## **INDAGINE “CONOSCENZA ATTITUDINE E PRATICA” SULLA PIANIFICAZIONE FAMILIARE NELLA STRISCIA DI GAZA**

Serena Donati

*Laboratorio Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

La pianificazione familiare rappresenta uno degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale della Palestina presentato nel 1994 nel quale si definiscono le misure strategiche per innalzare la prevalenza d'uso dei contraccettivi dal 12% al 25%.

Il campo profughi di Bureij nella Striscia di Gaza, fondato nel 1949 a seguito della prima guerra arabo-israeliana, nel 1996 ospitava circa 28.000 persone su una superficie di 530.000 metri quadrati in condizioni di sovraffollamento e scarsa igiene. La percentuale di disoccupazione era pari al 30% e rispettivamente il 29% delle donne e il 15% degli uomini era analfabeta.

Il Centro di Salute delle Donne, inaugurato nel dicembre 1995 nel campo profughi di Bureij, rappresentava un progetto pilota realizzato dall'AIDOS (Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo) in collaborazione con una Organizzazione Non Governativa (ONG) palestinese (CFTA) e finanziato dall'UNFPA (*United Nations Population Fund*, già *United Nations Fund for Population Activities*).

Il progetto proponeva un approccio globale alla salute della donna tramite l'offerta di assistenza non solo medica, ma anche psicologica, sociale e legale sul modello dei primi consultori autogestiti introdotti in Italia negli anni '70 dal movimento delle donne.

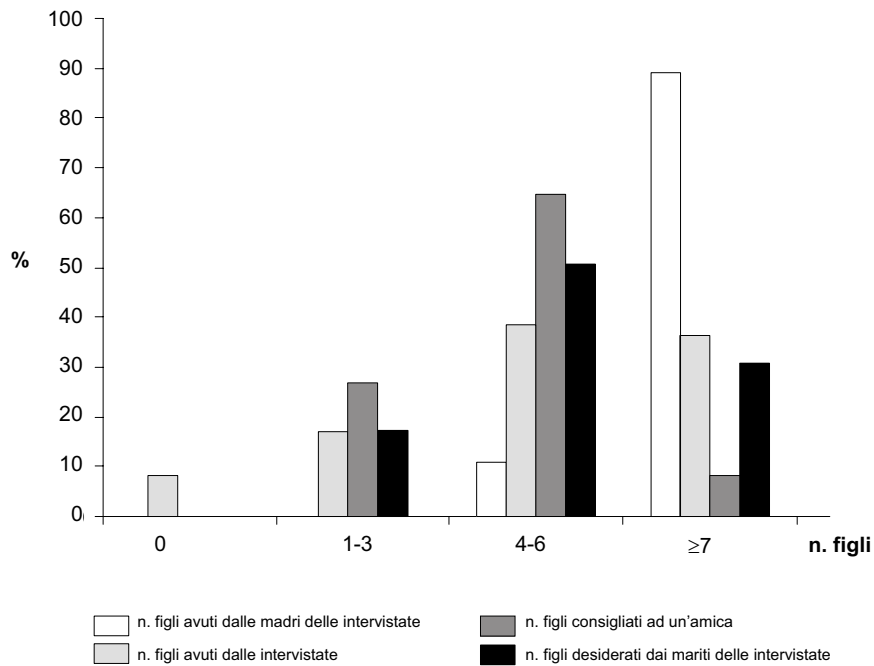
Dopo circa 6 mesi dall'inaugurazione del Centro, a causa della completa assenza di dati relativi alla conoscenza, attitudine e uso dei metodi contraccettivi tra le donne palestinesi, in collaborazione con la Scuola Governativa delle Infermiere di Gaza è stata realizzata un'indagine conoscitiva intervistando un campione rappresentativo di donne in età riproduttiva (15-49 anni) residenti nel campo profughi di Bureij. La dimensione del campione, pari a 843 donne, copriva circa un decimo della popolazione femminile in età riproduttiva residente nel campo.

Un *team* multidisciplinare ha disegnato un questionario coprendo i tre aspetti di conoscenza, attitudine e pratica. Il questionario consisteva di tre sezioni: la fertilità desiderata e realizzata, le attitudini, le conoscenze e la pratica relative alla pianificazione familiare e alla fisiologia riproduttiva, e i dati socio-demografici delle intervistate.

Le intervistatrici (2 infermiere professionali e una psicologa del Centro, una volontaria residente nel campo e 20 studentesse dell'ultimo anno di corso della Scuola Governativa delle Infermiere di Gaza) sono state addestrate e, sotto il controllo dei supervisori, hanno effettuato le visite domiciliari per intervistare le donne.

Il tasso di rispondenza dell'indagine è stato pari al 99,8% a conferma dell'alta qualità del lavoro effettuato sul campo e della credibilità che il Centro ha costruito nell'ambito della comunità dopo 6 mesi di attività. Le donne intervistate erano mediamente più giovani dei mariti (valore medio 28,8 e 34,5 anni, rispettivamente) i quali avevano anche un livello di istruzione più alto rispetto alle mogli. L'82% delle intervistate erano sposate e oltre l'80% casalinghe. La giovane età al matrimonio, gli elevati tassi di fertilità e l'assenza di supporto sociale per la cura dei bambini e degli anziani sono fattori fortemente associati al ridotto accesso delle donne all'istruzione superiore e al mondo del lavoro. Le donne (specialmente le più anziane) dominano l'economia informale dedicandosi alla gestione della casa e dei figli.

La Figura 1 mostra il numero di figli avuti dalle madri delle intervistate e dalle donne del campione le quali tuttavia sono ancora in età riproduttiva, e il numero di figli desiderato dai loro mariti. Il numero di figli che le donne consiglierebbero ad una loro amica è un buon indicatore della dimensione della famiglia realmente desiderata dalle intervistate. L'89% delle madri delle intervistate aveva avuto 7 o più figli che risultano essere il numero desiderato dal 31% dei mariti e raccomandato ad un'amica solo dal 7% del campione. Appare evidente la riduzione del numero di figli desiderati rispetto alla generazione precedente, tuttavia l'attitudine dei mariti influenza ancora fortemente le scelte riproduttive delle donne.



**Figura 1. Numero dei figli avuti dalle donne e numero dei figli desiderati dai loro mariti**

La Tabella 1 presenta i risultati di un modello di regressione logistica relativo al rischio di avere 7 o più figli al momento dell'indagine.

Essere sposata ad un uomo che desidera 7 o più figli comporta un rischio 5 volte maggiore rispetto alle mogli dei mariti che desiderano da 1 a 3 bambini. Ovviamente all'aumentare dell'età materna aumenta il rischio di avere più figli, mentre un alto livello di istruzione è protettivo nei confronti delle famiglie numerose. Studi effettuati in diversi Paesi arabi hanno dimostrato che l'istruzione materna ha una forte relazione inversa con la fertilità.

Oltre il 70% del campione conosce il periodo fertile del ciclo che rappresenta un buon indicatore di conoscenza della fisiologia riproduttiva. Nonostante il matrimonio precoce e il parto in giovane età siano universalmente riconosciuti come fattori di rischio per la gravidanza e la nascita, il 64% del campione ha partorito il primo figlio prima dei 20 anni di età.

Tabella 1. Rischio di avere 7 o più figli (regressione logistica)

Variabili	n.	Odds ratio	Intervallo di confidenza 95%
<b>Età della donna</b>			
15-25	167	1	---
26-30	157	15,1	5,10 – 44,5
31-35	118	57,1	19,1 – 171,0
≥ 36	189	208,0	68,6 – 629,0
<b>Istruzione della donna</b>			
≤ media inferiore	408	1	---
≥ media superiore	223	0,44	0,28 – 0,70
<b>Mesi tra il parto e la successiva gravidanza</b>			
< 6 mesi	95	1	---
6-18 mesi	322	1,94	0,98 – 3,85
> 18 mesi	214	0,93	0,46 – 1,88
<b>Numero di figli desiderato dal marito</b>			
1-3	101	1	---
4-6	319	1,53	0,77 – 3,04
≥ 7	211	4,80	2,30 – 9,99
<b>Numero di figli consigliato ad un'amica</b>			
0-3	145	1	---
4-6	436	1,03	0,60 – 1,76
≥ 7	26	1,34	0,38 – 4,65
<b>Non sa consigliare</b>	<b>24</b>	<b>0,45</b>	<b>0,12 – 1,60</b>

La Tabella 2 delinea attitudini positive nei confronti della pianificazione familiare e del ricorso ai metodi contraccettivi: quasi l'intero campione pianifica di utilizzare un anticoncezionale in futuro e la maggior parte riferisce di discutere con il marito la scelta contraccettiva.

Tabella 2. Attitudine alla pianificazione familiare

Variabili	n.	Sì (%)
Ritiene giusto che una coppia decida il numero di figli in base ai propri desideri e alle proprie condizioni economiche?	789	94,0
È a favore della pianificazione familiare?	827	98,3
Suo marito è a favore della pianificazione familiare?	617	86,7
Ritiene ci sia bisogno di maggiori informazioni sui metodi contraccettivi?	664	79,0
È a favore dell'educazione sessuale nelle scuole?	810	96,4
Ritiene che la TV e la radio siano efficaci nell'informare la popolazione sulla pianificazione familiare?	634	76,3
Pensa di utilizzare un contraccettivo in futuro?	740	88,2
Discute con suo marito la scelta di un metodo contraccettivo?	573	80,8
È a favore di un workshop sulla pianificazione familiare aperto alle donne e agli uomini insieme?	487	57,8

Nonostante le attitudini positive, l'uso dei contraccettivi, specie di quelli ad alta efficacia, è risultato basso. Il 52% delle donne sessualmente attive non stava utilizzando alcun metodo contraccettivo (Tabella 3) e i motivi più frequentemente citati per il mancato uso sono: l'opposizione del marito (31%), la paura di effetti collaterali (27%), la non conoscenza dei metodi (28%) e la mancanza di informazioni sui servizi di pianificazione familiare (13%).

**Tabella 3. Metodi contraccettivi in uso tra le donne sessualmente attive**

<b>Metodi contraccettivi</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
Allattamento al seno	69	9,6
Ogino-Knaus	18	2,5
Coito interrotto	37	5,2
Condom	27	3,8
Spermicidi	9	1,3
IUD	108	15,1
Pillola	16	2,2
Iniettabili	18	2,5
Sterilizzazione	13	1,8
Combinazioni	29	4,0
Nessuno	373	52,0
<b>Prevalenza dei metodi ad alta efficacia</b> <i>(condom, IUD, pillola, iniettabili, sterilizzazione)</i>	182	25,4
<b>Prevalenza dei metodi a bassa efficacia</b> <i>(allattamento al seno, Ogino-Knaus, coito interrotto, spermicidi, combinazioni)</i>	162	22,6

La prevalenza d'uso dei metodi ad alta efficacia è risultata pari al 25% e il metodo maggiormente utilizzato è lo IUD (15%). La percentuale di utilizzatrici varia con l'età raggiungendo un picco nella decade 30-40 anni perché le più giovani stanno ancora ultimando la dimensione desiderata della loro famiglia mentre le donne oltre i 40 anni hanno spesso una visione tradizionale sulla pianificazione familiare o possono considerarsi non feconde.

Il modello di regressione logistica relativo al rischio di non utilizzare alcun metodo anticoncezionale anche se non si desidera una gravidanza mostra un rischio aumentato per le donne oltre i 40 anni di età, per quelle coniugate con uomini che sono contrari alla pianificazione familiare, per quelle che hanno partorito il primo figlio dopo i 20 anni e per quelle che ritengono la dimensione dell'attuale famiglia troppo esigua. Hanno un effetto protettivo avere un alto livello di istruzione e avere uno o più figli maschi, mentre il numero di figlie femmine non risulta associato al rischio di non utilizzare contraccettivi (Tabella 4).

La politica pro-natalista e la preferenza per i figli maschi sono tipiche delle società medio-orientali. È importante sottolineare come l'attitudine delle donne e degli uomini rispetto alle dimensioni della famiglia e alle decisioni riproduttive sia strettamente legata alle condizioni sociali ed economiche. Le donne, così come gli uomini, spesso vedono nelle famiglie numerose, e in particolar modo nei figli maschi, l'unica forma possibile di supporto sociale per l'età anziana. In gran parte dei Paesi arabi non esiste un sistema di *welfare* che possa tutelare gli anziani e di conseguenza i figli, specialmente i maschi, rappresentano l'unica fonte di sicurezza economica per i genitori (specie per le madri) in età anziana.

Tabella 4. Rischio di non usare alcun metodo contraccettivo (regressione logistica)

Variabili	n.	Odds ratio	Intervallo di confidenza 95%
<b>Istruzione della donna</b>			
≤ media inferiore	413	1	---
≥ media superiore	226	0,57	0,37 – 0,87
<b>Età della donna</b>			
15-30	336	1	---
31-40	217	1,46	0,91 – 2,33
41-49	86	4,14	1,14 – 8,02
<b>Numero di figli maschi</b>			
0	63	1	---
1-3	380	0,43	0,23 – 0,82
≥4	196	0,18	0,08 – 0,39
<b>Numero di figlie femmine</b>			
0	72	1	---
1-3	429	0,63	0,36 – 1,10
≥4	138	0,56	0,28 – 1,14
<b>Soddisfazione rispetto alle dimensioni attuali della famiglia</b>			
È soddisfatta	355	1	---
Non è soddisfatta perché vuole altri figli	128	2,40	1,49 – 3,85
Non è soddisfatta perché ha troppi figli	156	0,68	0,42 – 1,09
<b>Età al primo parto</b>			
≤ 20 anni	435	1	---
≥ 21 anni	204	1,54	0,98 – 2,39
<b>Attitudini del marito rispetto alla pianificazione familiare</b>			
È a favore	552	1	---
È contrario	87	4,05	2,37 – 6,93
<b>Conoscenza del periodo fertile del ciclo</b>			
Si	498	1	---
No	141	1,11	0,73 – 1,68

In conclusione, i risultati dell'indagine mostrano un'attitudine positiva nei confronti della pianificazione familiare, ma bassi livelli di conoscenza e di utilizzo dei metodi contraccettivi. I dati relativi ai matrimoni precoci, ai più bassi livelli di istruzione e di inserimento nel mondo del lavoro da parte delle donne rispetto agli uomini, come pure la povertà degli indicatori di salute riproduttiva e la differenza tra il numero di figli desiderati e il numero di quelli avuti sottendono delle limitazioni nella libertà di scelta riproduttiva. Nei Paesi islamici queste limitazioni sono spesso attribuite alla dottrina religiosa. Tuttavia è nostra opinione che benché l'Islam, come altre religioni, sia stato utilizzato per legittimare posizioni conflittuali su problematiche riproduttive e di genere, politiche governative volte al miglioramento delle infrastrutture e alla garanzia di un accesso adeguato a servizi sanitari di alta qualità potrebbero migliorare enormemente i diritti riproduttivi delle donne. Inoltre il legame tra genere, popolazione e sviluppo richiede un approccio integrato che tenga conto della relazione tra l'esclusione delle donne dal mondo del lavoro, gli elevati tassi di matrimoni precoci e i conseguenti elevati tassi di

fecondità. Gli effetti di varie componenti dello sviluppo socio-economico sui comportamenti riproduttivi può essere enorme a prescindere dalle politiche governative sulla fecondità perché la prevalenza d'uso dei contraccettivi è funzione sia dei programmi di pianificazione familiare sia delle condizioni socio-economiche. In Palestina, sia la politica pro-natalista che vede negli alti tassi di natalità un elemento essenziale per la sopravvivenza nazionale e per la resistenza ad Israele, sia la politica anti-natalista che vede i tassi di fecondità di Gaza come una bomba ad orologeria per lo sviluppo a lungo termine del Paese, mancano di un approccio di genere perché prevedono per lo sviluppo e per la sopravvivenza nazionale esclusivamente un ruolo riproduttivo delle donne.

# GRAVIDANZA E PARTO TRA LE DONNE IMMIGRATE A ROMA \*

Angela Spinelli (a), Michele Grandolfo (a), Serena Donati (a), Silvia Andreozzi (a), Cristiana Longhi (a), Mauro Bucciarelli (a), Giovanni Baglio (b)

(a) *Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Lazio, Roma*

## Introduzione

Negli anni è andato aumentando il numero di donne straniere in Italia: 635 mila alla fine del 2000, corrispondenti al 46% di tutta la popolazione di immigrati (1). Nel Lazio, si è passati da 69.320 permessi di soggiorno rilasciati a donne straniere nel 1992 a 119.778 nel 2000, con un corrispondente aumento percentuale su tutta la popolazione straniera dal 45% al 49% (2, 3). Al 1° gennaio 2000 le cittadine straniere iscritte nelle anagrafi del Lazio risultavano essere 103.567, pari al 4% della popolazione femminile residente (3). Questa percentuale è la più elevata in Italia seguita dal 3% in Lombardia.

Il 90% di queste donne risiede nella provincia di Roma: si tratta di 92.896 secondo i dati ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) e di 110.663 donne immigrate soggiornanti, dalle elaborazioni della Caritas su dati del Ministero dell'Interno (1, 3).

Molte di queste donne provengono dalle aree povere del mondo e arrivano nel nostro Paese in buone condizioni di salute. Appena arrivano si trovano però spesso ad affrontare una serie di problemi (alloggio, lavoro, lingua e cultura diversa) che possono progressivamente peggiorare la salute fisico-psichica, come d'altronde si verifica per gli uomini.

Alcune ricerche, tra cui anche quelle condotte dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con le strutture pubbliche e con i centri del volontariato, hanno evidenziato delle difficoltà nell'assistenza in gravidanza, con conseguenze sugli esiti alla nascita.

Uno studio per valutare le condizioni di salute alla nascita è stato condotto in 33 punti nascita di 25 città italiane nel 1996-1997 (4). 2424 neonati con genitori extracomunitari sono stati confrontati con 4848 con genitori entrambi italiani. I nati pretermine (età gestazionale inferiore a 37 settimane) sono stati il 14,8% dei neonati extracomunitari e l'11,9% degli italiani. La percentuale di bambini a basso peso alla nascita è stata 9,7% tra i neonati extracomunitari e 6,8% nei controlli. Le corrispondenti percentuali di nati con peso inferiore o uguale a 1500 g sono state 2,4% e 1,2%. I neonati da genitori extracomunitari hanno presentato asfissia neonatale in percentuale superiore rispetto ai controlli (2,3% e 1,2%). Anche i tassi di natimortalità e di mortalità neonatale precoce sono risultati più elevati tra i figli degli extracomunitari: 3,7 nati morti per 1000 nati rispetto a 2,7 tra i neonati da genitori italiani e 7,9 bambini morti nella prima settimana di vita per 1000 nati vivi tra i neonati extracomunitari e 1,9 tra gli italiani.

Nel 1995-1996 uno studio su 150 donne provenienti da Paesi ad economia in via di sviluppo è stato condotto dal Reparto di Indagini Campionarie di Popolazione del Laboratorio di

---

\* Parte del contributo è tratta dalla relazione "Assistenza alla nascita tra le donne immigrate" di A. Spinelli, M. Grandolfo, S. Donati, S. Andreozzi, C. Longhi, M. Bucciarelli, G. Baglio, pubblicata nel Rapporto ISTISAN 03/4 (*Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze*, a cura di A. Morrone, A. Spinelli, S. Geraci, L. Toma e S. Andreozzi) p. 11-22.

Epidemiologia e Biostatistica dell'ISS per valutare l'assistenza in gravidanza (5). 74 donne extracomunitarie, prevalentemente irregolari, seguite presso quattro centri di volontariato romani e 76 donne extracomunitarie che hanno partorito nel reparto di Clinica Ostetrica del Policlinico Umberto I di Roma (con permesso di soggiorno) sono state confrontate con un campione di 9004 donne italiane (6).

Marcate differenze sono state osservate tra i tre gruppi sul piano delle conoscenze. Si è evidenziata una grave carenza di informazioni da parte delle donne extracomunitarie rispetto alle opportunità medico-assistenziali e, più in generale, di supporto psico-sociale che le strutture sanitarie pubbliche offrono alle donne in gravidanza. Ad esempio, oltre il 60% delle straniere non aveva ricevuto informazioni sufficienti sulla possibilità di effettuare una diagnosi prenatale, rispetto al 31% delle italiane. Inoltre, il 67% delle extracomunitarie ha dichiarato di non avere avuto alcuna informazione sull'utilizzo di metodi contraccettivi in puerperio, rispetto al 40% delle italiane.

Sul piano degli atteggiamenti, la distanza tra i gruppi è risultata meno marcata, probabilmente perché le attitudini più direttamente collegabili al ruolo materno sono patrimonio comune di tutte le donne, indipendentemente dallo stato sociale e dai condizionamenti esterni.

Infine, sul piano dei comportamenti, le distanze tra i gruppi tornano a farsi marcate. I comuni indicatori di utilizzo dei servizi in gravidanza confermano per le donne extracomunitarie il rischio di una sorveglianza prenatale ridotta. Il follow-up tende a iniziare con un ritardo di circa un mese per le donne immigrate e la cadenza dei controlli appare notevolmente più diradata.

Il quadro generale che emergeva era quello di una popolazione, quella delle donne immigrate, fortemente svantaggiata sul piano delle conoscenze, discriminata nell'accesso alle strutture socio-sanitarie e quindi con conseguenze negative sugli esiti alla nascita.

Al fine di poter valutare i cambiamenti avvenuti nel tempo e l'influenza della normativa del 1998, che ha esteso alla componente irregolare il riconoscimento giuridico del diritto all'assistenza in area materno-infantile, è stato condotto dall'ISS uno studio sull'assistenza alla nascita tra le donne straniere nell'ambito del progetto "Indagine clinico-epidemiologica sulla condizione di salute della popolazione immigrata e nomade presente in Italia, con particolare riferimento alla realtà della donna e al rischio di insorgenza di malattie sessualmente trasmesse, di infezioni riemergenti e da importazione", coordinato dal Dr. Aldo Morrone dell'Istituto San Gallicano e finanziato dal Ministero della Sanità. È qui presentata l'analisi preliminare dei risultati dello studio.

## **Obiettivi dello studio**

- Valutare le conoscenze e gli atteggiamenti sulla gravidanza, sul parto e sul puerperio da parte di donne immigrate provenienti da Paesi ad economia meno avanzata che hanno recentemente partorito in Italia.
- Rilevare i comportamenti in gravidanza e al parto come misura indiretta del grado di accessibilità dei servizi sanitari pubblici e della disponibilità degli operatori.
- Valutare la soddisfazione delle donne immigrate per quanto riguarda l'assistenza alla nascita.
- Aumentare le conoscenze sui servizi sanitari pubblici tra le donne immigrate attraverso la realizzazione di materiale divulgativo preparato insieme alle comunità di immigrate.



## Materiali e metodi

Per poter raggiungere gli obiettivi sopraindicati, il Reparto di Indagini Campionarie di Popolazione del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'ISS ha invitato tutte le ASL del Comune di Roma a partecipare ad uno studio sul percorso nascita tra le donne immigrate provenienti da Paesi ad economia meno avanzata. Cinque centri nascita hanno deciso di aderire: Ospedale Policlinico Casilino, Ospedale Sandro Pertini, Ospedale Policlinico Umberto I, Ospedale S. Giovanni Calibita Fatebenefratelli, Ospedale S. Eugenio.

Tutte le donne immigrate che si sono rivolte a questi centri nascita per partorire dal 14 ottobre 2000 al 13 febbraio 2001 sono state contattate per essere intervistate. Le interviste sono state effettuate il giorno prima della dimissione da ostetriche addestrate dai ricercatori dell'ISS. Nel caso di non conoscenza della lingua italiana da parte dell'intervistata, le intervistatrici potevano chiedere il supporto di mediatrici culturali-interpreti, anche loro addestrate dai ricercatori dell'ISS alla conduzione dell'intervista. Non sono state contattate le donne con gravi complicanze o il cui neonato presentava problemi che hanno richiesto il ricovero.

Il questionario utilizzato per l'indagine è stato preparato insieme all'Associazione "Candelaria", Onlus formata da donne di diverse comunità di immigrate, e ad altri esperti nel settore. L'associazione "Candelaria" ha anche partecipato alla conduzione di alcune interviste. L'ISS ha inoltre preparato un manuale per la conduzione dell'intervista che è stato consegnato alle intervistatrici e alle interpreti.

Per sopperire alle carenze tra la popolazione immigrata di informazioni sulle leggi in campo sanitario in vigore in Italia e sul Servizio Sanitario Nazionale, più volte evidenziate dalle comunità di immigrate e dagli operatori, sono stati prodotti dall'ISS e dall'Associazione "Candelaria" due depliant: uno sui diritti in campo sanitario da parte della popolazione immigrata e l'altro sui servizi sanitari pubblici. I due depliant sono stati stampati in sei lingue: italiano, inglese, francese, spagnolo, arabo e cinese. Tutte le donne contattate dalle intervistatrici, dopo l'intervista, hanno ricevuto copia dei due depliant e un piccolo questionario per valutare il materiale ricevuto.

I questionari raccolti sono stati consegnati all'ISS che ha provveduto al controllo dei dati, alla codifica, all'immissione su supporto magnetico e all'analisi statistica.

## Risultati e discussione

Delle 361 donne contattate, 318 sono state intervistate (tasso di rispondenza pari a 87,1%), 24 hanno rifiutato di partecipare (6,6%) e 19 (5,3%) sono uscite dall'ospedale prima di essere contattate (il 93% di quest'ultime erano donne nomadi).

Le donne intervistate nei 5 ospedali provenivano da 54 Paesi: 138 (43,4%) dall'Europa dell'Est, 80 (25,2%) dall'Asia, 53 (16,7%) dall'America Centro-Sud e 47 (14,8%) dall'Africa. I gruppi più numerosi sono risultati essere: rumene (52 donne), filippine (32), peruviane (26), polacche (24), slave (18), albanesi (17), cinesi (11) ed egiziane (11). Questo dato è in accordo con i dati nazionali che indicano una presenza molto eterogenea degli immigrati e delle immigrate nel nostro Paese e l'aumento negli ultimi anni dell'immigrazione dai Paesi dell'Europa dell'Est.

La maggior parte delle donne si colloca nella fascia 20-34 anni (81,1% del totale).

Generalmente queste donne in Italia sono casalinghe (47,2%) o svolgono attività come colf o baby sitter (28,9%), particolarmente le asiatiche e le latino americane.

Il 55,3% delle donne era al primo figlio e solo il 4,7% ne aveva già 3 o più.

Per poter avere informazioni sul grado di integrazione di queste donne nella società italiana sono state inserite nel questionario alcune domande la cui distribuzione percentuale è riportata in Tabella 1. Gran parte delle donne al momento dell'intervista aveva la cittadinanza italiana o il permesso di soggiorno. Questo dato non sorprende in quanto, per la legge attualmente in vigore in Italia, le donne straniere durante la gravidanza e i 6 mesi successivi hanno diritto al permesso di soggiorno per tale motivazione. Il dato di 4,4% di donne senza permesso di soggiorno è un indicatore di mancanza di informazione sulla legislazione e sui diritti che le donne straniere hanno. Il 52,7% delle donne era in Italia da più di 3 anni, il 66,7% aveva una buona conoscenza della lingua italiana e il 91,5% viveva con il partner, ad indicazione di una condizione di vita stabile in Italia.

**Tabella 1. Indicatori di inserimento delle intervistate nella società italiana (in percentuale)**

Indicatore	Provenienza				Totale
	Est Europa	Asia	Africa	Centro-Sud America	
<b>Situazione legale</b>					
Cittadinanza italiana	3,6	5,0	2,1	15,1	5,7
Permesso di soggiorno	79,0	91,2	89,4	77,4	83,3
Non ha il permesso di soggiorno	7,2	0,0	4,3	3,8	4,4
È in attesa del permesso di soggiorno	8,7	2,5	4,3	3,8	5,7
Rifugiata	1,4	1,2	0,0	0,0	1,0
<b>Da quanto tempo è in Italia</b>					
≤ 3 anni	57,2	41,2	39,1	37,7	47,3
> 3 anni	42,7	58,7	60,9	62,3	52,7
<b>Conoscenza della lingua italiana</b>					
Buona	73,2	47,5	57,4	86,8	66,7
Scarsa	25,4	42,5	36,1	13,2	29,2
È necessario l'interprete	1,4	10,0	6,4	0,0	4,1
<b>Dove abita</b>					
Da sola	0,7	2,5	4,3	1,9	1,9
Con il partner	76,1	67,5	89,4	73,6	75,5
Con il partner e altri connazionali	18,1	18,7	2,1	18,9	16,0
Con i datori di lavoro	0,7	7,5	0,0	3,8	2,8
Con altre persone/amici	3,6	1,2	0,0	1,9	2,2
Con genitori o familiari	0,7	2,5	4,3	0,0	1,6
<b>Adattamento abitudini del Paese ospite</b>					
Opportuno	63,0	63,3	65,2	51,0	61,5
Non opportuno	2,9	6,3	8,7	3,9	4,8
Indifferente	34,0	30,4	26,1	45,1	33,8

Per quanto riguarda la gravidanza, il 22,6% delle donne, quando ha pensato di essere incinta, ha semplicemente aspettato, mentre il 40,3% ha eseguito un test di gravidanza a casa.

Il 17% delle intervistate ha avuto difficoltà ad essere assistita durante la gravidanza, con percentuali più elevate tra le donne dell'Est Europa (Tabella 2).

Nella Tabella 3 sono riportati i dati relativi ai principali indicatori di assistenza in gravidanza. I dati dell'indagine qui presentata (indicati nella colonna "immigrate 2000-2001") sono confrontati con i risultati delle indagini condotte nel 1995-1996 tra le donne italiane, le

immigrate senza permesso di soggiorno (“immigrate irregolari”) e quelle intervistate presso il Policlinico Umberto I (“immigrate regolari”), già citate nell’introduzione (5, 6).

Il 96% delle immigrate intervistate nel 2000-01 è stato seguito da un operatore sanitario durante la gravidanza. Questo valore risulta simile a quello osservato tra le immigrate nel 1995-1996 e di molto inferiore a quello delle italiane (solo lo 0,5% nel 1995-1996 ha riferito di non essere stata seguita da alcuna figura professionale in gravidanza).

**Tabella 2. Ha avuto difficoltà ad essere assistita durante la gravidanza? (in percentuale)**

Risposta	Provenienza				Totale
	Est Europa	Asia	Africa	Centro-Sud America	
No	76,1	85,0	85,1	96,2	83,0
Sì, per difficoltà di accesso alle strutture pubbliche	5,8	3,7	6,4	1,9	4,7
Sì, per difficoltà di comunicazione	5,8	6,2	4,3	0,0	4,7
Sì, per problemi economici	8,7	3,7	2,1	0,0	5,0
Altro	3,6	1,2	2,1	1,9	2,5

**Tabella 3. Confronto negli anni degli indicatori di assistenza in gravidanza**

Indicatore	Italiane (1995-1996)	Immigrate irregolari (1996)	Immigrate regolari (1995-1996)	Immigrate (2000-2001)
Non assistite in gravidanza	0,5%	---	3%	4%
Prima visita dopo il 1° trimestre	10%	42%	25%	16%
Numero medio ecografie	5	2	3	3
Mese 1 <sup>a</sup> ecografia	3°	4°	4°	3°

Il 16% delle intervistate è stata visitata per la prima volta dopo il 3° mese di gravidanza. In particolare il 2,6% ha effettuato la prima visita all’8°-9° mese. I valori sono peggiori rispetto a quelli osservati tra le italiane del 1995-1996, ma di molto migliorati rispetto a quelli riscontrati tra le immigrate nello stesso periodo. Infatti tra le donne senza permesso di soggiorno questa percentuale era pari a 42% e tra quelle regolari a 25%. Questo miglioramento è evidente anche dal dato relativo al valore medio del mese in cui è stata effettuata la prima visita: 3° mese e mezzo tra le irregolari, 3° mese tra le regolari e 2° mese e mezzo tra le intervistate del 2000-2001.

Le ecografie eseguite sono state in media 3, numero previsto dai protocolli di assistenza in gravidanza nazionali. Il valore trovato tra le italiane nel 1995-1996 era 5, indice probabilmente di una eccessiva medicalizzazione della gravidanza.

Il valore medio e mediano della prima ecografia è il 3° mese, mentre nel 1995-1996 risultava essere il 4° mese tra le immigrate.

Il 15,4% delle intervistate ha frequentato un corso di preparazione al parto, la maggioranza presso un consultorio familiare (nel 1995-1996 nessuna donna immigrata lo aveva frequentato). I motivi principali per cui nel 2000-2001 risultano non aver partecipato ai corsi sono stati: la non conoscenza della loro esistenza (41,9%) e problemi di tempo (22,0%). Ancora una volta si ripropone il problema della mancanza di informazioni e delle difficoltà di accesso alle strutture.

Per quanto riguarda il parto (Tabella 4), anche i dati degli studi condotti dall’ISS hanno rilevato una più alta percentuale di nati pretermine tra le immigrate rispetto alle italiane (12,2%

e 4,6% rispettivamente nel 1995-96), con un miglioramento nel 2000-01 (8,8%). Molte donne, italiane e straniere, sono state sottoposte a taglio cesareo, tricotomia, clistere ed episiotomia. Talvolta non è stato richiesto loro un parere su queste procedure, in particolare in più del 30% dei casi tra le straniere e dell'11,4% delle italiane.

**Tabella 4. Indicatori di assistenza al parto (in percentuale)**

<b>Indicatore di assistenza</b>	<b>Italiane (1995-1996)</b>	<b>Immigrate regolari (1995-1996)</b>	<b>Immigrate (2000-2001)</b>
Parto pretermine (< 37 settimane)	4,6	12,2	<b>8,8</b>
Parto cesareo	25,5	47,4	<b>28,6</b>
Tricotomia	89,4	98,7	<b>86,4</b>
Clistere	60,2	85,3	<b>45,4</b>
Episiotomia	67,2	90,0	<b>55,3</b>
Richiesta del parere su queste procedure	11,4	31,5	<b>36,5</b>
Giudizio positivo sul parto	71,1	75,4	<b>77,2</b>

## Conclusioni

La presenza di donne straniere, provenienti in particolare da aree povere del mondo, rappresenta ormai una realtà del nostro Paese, in particolare delle grandi città del Centro-Nord Italia. I risultati dello studio condotto consentono di delineare con sufficiente chiarezza il quadro generale in cui le donne immigrate si trovano a vivere la propria esperienza di maternità. Interessanti elementi di riflessione scaturiscono, in particolare, dal confronto con i dati relativi alla situazione delle donne italiane in gravidanza e delle immigrate nel 1995-96. Da allora, infatti, il riconoscimento giuridico del diritto all'assistenza in area materno infantile è stato esteso anche alla componente irregolare e i servizi, specie nelle grandi città, sempre più dichiarano l'incremento della domanda da parte della popolazione straniera.

All'origine dell'indagine vi è stato l'intento di rilevare i punti critici del percorso nascita tra donne immigrate provenienti da Paesi ad economia meno avanzata e, in particolare, di misurare il loro grado di accessibilità in gravidanza ai servizi sanitari pubblici e la capacità di risposta da parte degli operatori a questa nuova realtà del nostro Paese.

In generale si è osservato un miglioramento dell'assistenza in gravidanza, al parto e puerperio. Ad esempio è diminuita la percentuale di donne che hanno effettuato la prima visita dopo il 1° trimestre (da 25% a 16%), il numero medio di ecografie è quello raccomandato dai protocolli nazionali e il mese della prima ecografia è risultato essere in media il 3°, come tra le italiane. Tuttavia ancora un 4% non ha avuto alcuna assistenza in gravidanza e il 17% ha dichiarato di aver avuto difficoltà ad essere assistita. Anche gli esiti alla nascita continuano ad essere peggiori rispetto alle italiane, 8,8% di parti pretermine tra le immigrate rispetto al 4,6% tra le italiane.

Per quanto riguarda i livelli di conoscenze, si evidenzia un miglioramento rispetto ai dati delle immigrate rilevati nel 1995-96, ma risultano ancora inferiori rispetto a quelli osservati tra le italiane. Ciò è stato confermato anche dai giudizi sui due depliant distribuiti. La gran maggioranza delle donne ha dichiarato di non essere a conoscenza delle informazioni fornite o solo di alcune.

Come sottolineato da altri autori (7), è quindi necessario provvedere a un "riorientamento" complessivo dei servizi. Si intende con ciò sia un ripensamento dell'organizzazione interna del servizio sulla base delle dimostrate esigenze della sua potenziale utenza (come l'apertura di

alcuni servizi in fascia oraria pomeridiana e, in particolare, nella giornata del giovedì, la disponibilità di servizi di interpretariato, lo sviluppo del lavoro di gruppo multidisciplinare e lo stimolo all'integrazione socio-sanitaria), sia una sua effettiva apertura all'esterno, in raccordo con le altre strutture del volontariato e del privato sociale afferenti al medesimo territorio. Gli operatori dei servizi dovrebbero cercare di raggiungere gli immigrati, e in generale tutte le popolazioni a maggior rischio di eventi negativi, anche al di fuori delle proprie strutture fisiche, andando ad esempio nei luoghi dove queste popolazioni si incontrano. Una difficoltà certamente deriva dall'eterogeneità dell'immigrazione in Italia. Ad esempio in questo studio le donne provenivano da 54 Paesi, le cui culture e costumi sono spesso molto diversi.

Un elemento essenziale affinché si possa attuare questo cambiamento di orientamento dei servizi è la formazione degli operatori che è spesso scarsa e lacunosa, persino sulla normativa vigente che regola le diverse possibilità e modalità di accesso alle prestazioni per gli stranieri.

Infine questo studio mostra che un contributo importante può essere fornito dalle stesse comunità di immigrati, sia per evidenziare gli eventuali problemi e le differenze culturali, sia per trasmettere le informazioni necessarie a garantire l'uguaglianza al diritto alla salute.

## Ringraziamenti

Gli autori ringraziano l'Istituto San Gallicano di Roma e il Ministero della Sanità per il supporto finanziario alla ricerca e i seguenti colleghi per il loro contributo alla realizzazione dello studio:

Patrizia Guidone, M. Pierina Barbarini, Palmira Del Vecchio, Tiziana Malatesta (Policlinico Casilino); Marisa Conti, Amelia Zingarelli, Marina Baldocci, Valentina Mancori, M. Grazia Tocci, Marina Ciolfi, Ida Rinaldi, Simona Vescina (Policlinico Umberto I); Elisabetta Giorgi, Grazia Gravina, Franca Gatto, Laura Brescia, Patrizia Proietti (Ospedale Sandro Pertini); Maria Grazia Pellegrini, Dafne Berrettoni, Maria Teresa Paglia, Giovanna Barra, Chiara Tizzi (Ospedale S. Giovanni Calibita Fatebenefratelli); Anna Grazia Aronica, Marianna Scarinci, Azzurra Osiride (Ospedale S. Eugenio); Maria Del Carmen Arias, Esther Haile, Graciela Boqué, Adela Gutierrez (Associazione "Candelaria"); Maria Edoarda Trillò, Simonetta Martorelli, Salvatore Geraci, Leili Khosravi, Susanna Diku.

## Bibliografia

1. Caritas di Roma. *Immigrazione: Dossier statistico 2001. XI Rapporto sull'immigrazione*. Roma: Nuova Anterem; 2001.
2. Istituto Nazionale di Statistica. *La presenza straniera in Italia: caratteristiche demografiche*. Roma: ISTAT; 2000. (Informazioni 7).
3. Istituto Nazionale di Statistica. *La presenza straniera in Italia: caratteristiche demografiche*. Roma: ISTAT; 2001. (Informazioni 31).
4. Bona G, Zafferoni M, Gruppo di lavoro Bambino Immigrato. Stato di salute dei neonati figli di immigrati. *Rivista Italiana di Pediatria* 1998;24:713-8.
5. Spinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S, Geraci S, Baljovic V, Scassellati G, Ciminelli P, Pollastrini L, Marzano P. Gravidanza, parto, puerperio: una ricerca su donne immigrate. In: *Atti del convegno Immigrati e salute sessuale riproduttiva: le risposte dei servizi*. 1998; Milano. p. 35-9.
6. Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, Baglio G, Andreozzi S, Pediconi M, Salinetti S. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 1999;35(2):289-96.
7. Geraci S, Marceca M. Donne e bambini immigrati. In: Geddes M, Berlinguer G (Ed). *La salute in Italia*. Roma: Ediesse; 1998. p. 43-76.

# SALUTE SENZA ESCLUSIONE NEL TERZO MILLENNIO

Luigi Toma, Gennaro Franco, Ottavio Latini, Aldo Morrone  
*Istituto San Gallicano (IRCCS), Roma*

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), da alcuni anni, definisce con il termine di *human mobile population*, gli immigrati, i rifugiati, i richiedenti asilo, gli esuli, i lavoratori in transito, i viaggiatori, i turisti, cioè le persone che, a vario titolo, si spostano da un Paese all'altro. Secondo i dati dell'OMS, nel 2000 sono stati oltre 1 miliardo gli individui che almeno una volta sono usciti dai propri confini nazionali. In particolare gli emigranti in cerca di lavoro sono stati 135 milioni. Un serbatoio di disperazione in crescita: negli anni Ottanta erano 70 milioni (1).

La mobilità delle popolazioni ha da sempre caratterizzato la storia dell'uomo, e ha rimescolato costantemente la geografia umana e sanitaria del pianeta. Tra 60 e 70 mila anni fa, l'*Homo sapiens* aveva già raggiunto un livello di capacità tecnica tale da adattarsi a vivere in ambienti e regioni molto diverse. Mano a mano che una popolazione cresceva, fino a raggiungere la densità di saturazione, nasceva la spinta a muoversi alla ricerca di spazi vuoti (2). Il viaggiare comporta sempre pericoli e il rischio di malattie, la stessa parola possiede congiunzioni semantiche con la malattia: in greco infatti il sostantivo *epidemia* e il verbo *epidemeo* hanno il significato originario di soggiorno, di arrivare per risiedere in un Paese.

Le persone scappano dal Sud del mondo perché in quei territori è sempre più difficile vivere con dignità e speranza. Il Rapporto sullo Sviluppo Umano 2000 curato dall'United Nations Development Program (UNDP) per l'ennesimo anno, conferma l'allargamento della soglia della povertà nel pianeta. Infatti nei Paesi in Via di Sviluppo (PVS), considerati nel loro insieme, la povertà umana, ossia le deprivazioni in termini di una vita breve e di mancato accesso all'istruzione e ai servizi socio-sanitari di base, colpisce circa un quarto della popolazione. La povertà di reddito interessa invece più di 2 miliardi di persone, ossia un terzo della popolazione mondiale, mentre sono oltre 1 miliardo e 200 milioni le persone che cercano di sopravvivere con meno di un dollaro al giorno. Inoltre le grandi malattie, come la malaria, la lebbra, la tubercolosi, l'Aids, devastano la popolazione delle regioni povere del pianeta (3).

La rapidità degli spostamenti di masse di popolazioni riduce le grandi distanze tra Paesi in via di sviluppo e Paesi industrializzati del Nord, eliminando di fatto quei confini geografico-sanitari che una volta caratterizzavano le grandi malattie. Siamo in presenza di patologie quasi ubiquitarie, dovute alla mobilità di centinaia di milioni di persone da una parte all'altra del pianeta. I virus, i batteri e i miceti non sembrano più rinchiudersi in confini precisi e stanno diffondendosi in territori da cui sembravano sconfitti per sempre. Questo è il quadro che si presenta a noi, con tutte le conseguenze sanitarie che ne conseguono, sia in termini di medicina preventiva che curativa.

L'Assessorato alle politiche per la promozione della Salute del Comune di Roma ha individuato dalla fine del 1998 presso la struttura dell'Istituto San Gallicano un osservatorio clinico-epidemiologico sulle condizioni di salute delle persone Senza Fissa Dimora (SFD), residenti, immigrate e nomadi presenti a Roma. L'Assessorato ha voluto in tal modo rendere visibile l'impegno per una tutela della salute che non discrimini nessuno, in particolare proprio le persone che più di altre hanno bisogno di accedere ai servizi socio-sanitari pubblici. A tal fine ha progressivamente sperimentato e messo in atto un "modello romano di inclusione" delle persone senza fissa dimora, che si basa su interventi a diversi livelli (4).

In collaborazione con la rete dei Centri di accoglienza diurna e notturna, convenzionati con il Comune di Roma per la realizzazione del secondo livello di intervento si è dato l'avvio all'accoglienza, all'ascolto, alla visita clinica, alla terapia e alla inclusione in un percorso possibile di riabilitazione dei SFD.

Gli obiettivi del protocollo operativo riguardavano quattro punti essenziali:

- descrivere le caratteristiche della popolazione SFD residente, immigrata e nomade presente sul territorio di Roma assistita presso l'Osservatorio dell'Istituto;
- tracciare un profilo delle circostanze di vita e delle condizioni di salute della popolazione SFD, attraverso l'accoglienza, l'ascolto, la visita clinica e la cura di queste persone;
- valutare l'utilizzo dei servizi sociali e assistenziali;
- fornire agli enti locali informazioni utili per la programmazione di interventi di assistenza e di riabilitazione sociale.

Presentiamo qui una breve sintesi dei risultati definitivi dell'analisi descrittiva riguardante la composizione, le caratteristiche socio-demografiche, i rapporti sociali e le condizioni di salute di 1.631 persone (di cui 172 nomadi e 142 profughi, rispettivamente il 10,5% e l'8,7%), che rappresentano tra il 10 e il 15% dell'intera popolazione di SFD di Roma assistiti presso l'Ospedale San Gallicano (IRCCS) di Roma nel corso degli anni 1999-2000.

Si tratta in prevalenza di maschi (75,9%) giovani-adulti: per gli uomini la fascia di età più rappresentata è quella compresa fra i 18 e i 34 anni, per le donne è quella fra i 35 e i 54 anni.

Il 32,9% di questa popolazione è italiana, il 40,9% viene da Paesi europei non appartenenti all'Unione Europea, il 14% dall'Africa, il 6,4% dall'Asia, il 2,5% da Paesi dell'Unione Europea, il 2,3% dalle Americhe e il restante 1% sono apolidi. Gli stranieri sono rappresentati in ordine di maggiore presenza da polacchi, rumeni, bosniaci, ucraini, marocchini, moldavi, iraniani, algerini, tunisini e russi. Sono presenti anche francesi, tedeschi, spagnoli, austriaci, finlandesi, cinesi, indiani e cittadini statunitensi.

Il 77,9% dei 172 SFD nomadi proviene dalla Bosnia-Erzegovina e comunque il 70,9% dei nomadi sono in Italia da almeno tre anni (nomadi ma di fatto stanziali). Il fatto che il 35,4% delle persone senza fissa dimora straniera sia in Italia da meno di quattro mesi fa ipotizzare un notevole ricambio di queste persone a Roma. Una quota del 29,6% dei SFD stranieri è in Italia da più di tre anni. Solo il 15% dei SFD stranieri è in possesso di un permesso di soggiorno: ciò evidenzia i problemi esistenti nella politica di prevenzione della clandestinità e di accoglienza degli immigrati, di cui il fenomeno dei SFD può rappresentare una delle conseguenze. Il 20,5% dei SFD non ha titolo di studio o ha solo la licenza elementare e il 21,4% svolgeva come ultima attività una mansione non qualificata. Mentre ben il 31,3% ha un diploma di scuola media inferiore, il 34,9% di media superiore e l'8,6% è laureato. Solo 25 persone (1,5%) hanno un lavoro fisso e 353 (21,6%) occasionale. Solo il 14,3% delle donne ha un lavoro (fisso o occasionale) contro il 25,6% dei maschi. La grande maggioranza di SFD non ha nessuna fonte di sostentamento economico, eccetto le elemosine: il dato indica l'importanza di una qualche forma di sostegno al reddito e di altri ammortizzatori sociali per le persone gravemente deprivate. Quella economica è la causa più rappresentata della condizione di SFD (56%), anche se l'alcolismo (5,8%), le malattie mentali o il disagio psicologico (10,2%) e la tossicodipendenza (9%) sono ben rappresentate. Il 10,7% dei SFD ha una storia di detenzione carceraria, che arriva al 30,9% per i SFD con storia di tossicodipendenza.

Il 26,9% riferisce di avere rapporti (costanti o episodici) con persone di famiglia ma solo nel 17,9% dei casi non conflittuali. Il 51,1% dei SFD non aveva avuto rapporti con alcuna istituzione pubblica, prima dell'ingresso nella rete romana di inclusione e quindi dell'accesso al nostro centro. Ciò indica la valenza positiva di tale modello di offerta attiva di programmi di inclusione. Sempre prima di entrare in contatto con la rete di servizi del comune di Roma, il 37,3% della popolazione utilizzava dormitori e ostelli, il 25,3% dormiva all'addiaccio, in strada,

o nelle stazioni, mentre il 7,5% dormiva occasionalmente da amici. I nomadi dormono nelle roulotte. Il 69,5% dei SFD utilizza le mense delle strutture assistenziali e solo l'11,3% giudica insufficiente il numero dei pasti. Il 37,7% dei SFD è sessualmente attivo (una percentuale bassa, considerando che si tratta di una popolazione giovane adulta) e solo il 23,8% dei SFD ha un partner fisso. L'abuso di alcol è molto frequente come l'abitudine al fumo. Il 9,6% ha fatto o fa uso di eroina o di cocaina. L'analisi dei dati riguardanti lo stato di salute ha evidenziato una significativa positività di test per l'epatite virale, mentre le malattie infettive, quelle gastrointestinali, le patologie psichiatriche e della pelle, oltre alla dipendenza da droghe sono le diagnosi più frequentemente riportate (Tabella 1).

**Tabella 1. Gruppi di patologie più frequenti per genere**

<b>Patologia</b>	<b>Femmine</b>	<b>Maschi</b>	<b>Totale</b>
Infettive	151	392	543
Gastrointestinali	38	120	158
Psiche/Sistema nervoso	23	111	134
Malesere aspecifico	17	53	70
Cute	11	49	60
Respiratorio	5	33	38
Traumi	16	40	56
Ematologiche/ormonali	16	29	45
Genitourinario	13	22	35
Circolatorio	7	25	32
Osteomuscolare	5	16	21
Tumori	3	6	9
<b>Totale</b>	<b>305</b>	<b>896</b>	<b>1201</b>

Le diagnosi più frequenti, sia negli uomini che nelle donne, sono le epatiti virali di tipo A e B, soprattutto pregresse. L'epatomegalia è la terza diagnosi più frequente, a cui fanno seguito la dipendenza da eroina e da alcol, le gastriti e duodeniti, le epatiti di tipo C, le infezioni delle vie urinarie, le dermatofitosi e la dipendenza da cocaina. Vanno rilevati 25 casi di persone senza fissa dimora sieropositive, con tutte le conseguenze che si possono immaginare sulla prognosi di tale patologia.

È interessante sottolineare il rilievo di 14 donne senza fissa dimora in gravidanza, che non abbiamo inserito tra le patologie rilevate non essendo questa condizione di per sé patologica, ma è evidente come portare avanti una gravidanza, in una condizione di precarietà socio-economica e senza una adeguata assistenza sanitaria, determini un alto rischio per la vita del nascituro e della madre. Inoltre, per quanto riguarda i nomadi, devono purtroppo essere segnalate alcune situazioni cliniche di particolare gravità: un bambino di 8 anni con lussazione congenita e bilaterale dell'anca da sottoporre al più presto ad intervento chirurgico; 2 casi di insufficienza renale acuta; 2 casi di miocardiocoronarosclosi; 9 casi di diabete mellito non controllato dalla terapia con ipoglicemizzanti; 16 casi di ulcere agli arti inferiori in soggetti arteriopatici e diabetici; 18 casi di insufficienza respiratoria che necessitano di ossigeno-terapia a permanenza; 21 casi di ipertensione arteriosa con scarsa o nulla aderenza dei pazienti alla terapia.

In conclusione, i determinanti socio-economici (istruzione, occupazione, reddito) sembrano molto importanti nel determinismo della condizione di SFD: sono i soggetti più deprivati ad incontrare più spesso questo destino. Vi è poi una grande eterogeneità geografica per le strade di Roma e un probabile notevole ricambio di immigrati SFD, che solleva il problema della gestione delle politiche di accoglienza. Lo stato di severa deprivazione materiale (dimora,



esposizione agli agenti atmosferici, nutrizione) si somma alla scarsità della rete relazionale (la ricchezza e il supporto dei rapporti familiari e sociali) e ai comportamenti nocivi per la salute (alcol, fumo e droghe) comportando un alto rischio di malattia e di morte prematura, che rendono urgente il potenziamento dell'attività di inclusione sia attraverso le strutture di accoglienza (dormitori, mense) sia con degli interventi di supporto e di riabilitazione psico-sociale. È evidente da quanto sopra descritto la necessità di condurre e realizzare, in modo sempre più elaborato e con un approccio multidisciplinare e interculturale, percorsi medico-sanitari, preventivi e diagnostico-terapeutici che permettano di individuare precocemente le patologie più frequenti, diffuse e gravi che possono mettere a rischio la salute dell'intera collettività.

## **Bibliografia**

1. World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva: WHO; 2000.
2. Cavalli-Sforza L. *Geni, popoli e lingue*. Milano: Adelphi; 1996.
3. United Nations Development Program (UNDP). *Rapporto sullo sviluppo umano. I diritti umani*. Torino: Rosenberg & Sellier (11); 2000.
4. Assessorato alle Politiche per la Promozione della Salute del Comune di Roma (Ed.). *Storie di barboni rasati a secco*. Roma: Armando Editore; 2000.

# ATTIVITÀ DELL'AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI MEDIO FRIULI PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEGLI IMMIGRATI E LA MEDIAZIONE DI COMUNITÀ

Guglielmo Pitzalis, Valentina Brussi, Giorgio Brianti, Marzio Barbieri, Alberto Fragali, Daniel Ekouta  
*Dipartimento di Prevenzione, Azienda per i Servizi Sanitari 4 "Medio Friuli", Udine*

L'obiettivo dell'azione dell'Azienda per i Servizi Sanitari (ASS 4) "Medio Friuli" e in particolare del Dipartimento di Prevenzione è di facilitare l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari superando le difficoltà sociali e culturali e riducendo così i fattori di rischio.

Il costante flusso migratorio che si sta verificando verso l'unione europea dalle aree più povere del pianeta e dai Paesi dell'Europa Orientale interessa in maniera particolare il Friuli e coinvolge quindi l'erogazione dei servizi sanitari sociali che le norme internazionali, la costituzione repubblicana e la legislazione vigente garantiscono a tutti gli individui. Nella Tabella 1 sono riportati i dati relativi al numero di stranieri nella provincia di Udine.

**Tabella 1. Stranieri soggiornanti nella provincia di Udine al 31 dicembre 1999**

Condizione	Numero di persone	
Totale stranieri soggiornanti	12.451	(2,4% della popolazione)
Totale extracomunitari soggiornanti	10.957	
Totale extracomunitari residenti	8.459	
Extracomunitari iscritti al SSN*	9.065	

\*Servizio Sanitario Nazionale

I Paesi di provenienza degli extracomunitari iscritti al SSN (dati aggiornati al 31 dicembre 1999) sono, in ordine decrescente, i seguenti: Serbia-Montenegro, Albania, Slovenia, Croazia, Ghana, Romania, Marocco, Cina, Bosnia Erzegovina.

Rispetto alla popolazione residente la percentuale di extracomunitari soggiornanti raggiunge il 2,1%, quella dei residenti (iscritti all'anagrafe) l'1,6% e quella degli iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) l'1,7%. Il 23% degli extracomunitari ha meno di 18 anni e soltanto il 3% ha più di 60 anni, il 48,5% è di sesso femminile (dati aggiornati al 31 dicembre 1999). Anche il Piano Sanitario Nazionale riconosce tra i suoi obiettivi il rafforzamento della tutela dei soggetti deboli fra i quali sono ricompresi anche gli immigrati. Lavorando nella prospettiva di una medicina transculturale, il progetto del Dipartimento di Prevenzione dell'ASS 4 "Medio Friuli" mira quindi a rendere leggibili, accessibili e fruibili i diritti sanitari, impegnandosi nella rimozione degli ostacoli di natura burocratica, amministrativa, sociale, linguistica e culturale che possono costituire fattori di rischio per la salute dell'immigrato e per tutta la comunità locale.

L'ASS 4 partendo da questo quadro di riferimento, ha messo in campo numerose azioni, partecipando in maniera significativa al progetto "Ethnos e Demos" promosso dalla Provincia di Udine, avviando un gruppo di lavoro che si è riunito periodicamente e che ha messo insieme referenti dell'Azienda, referenti istituzionali, referenti del privato sociale e infine sottoscrivendo un protocollo d'intesa, basato su un "Progetto per la tutela della salute dei cittadini immigrati"

che ha coinvolto l'Azienda Sanitaria, strutture e associazioni di volontariato, soggetti istituzionali quali l'ERMI (Ente Regionale MIgranti) e la Provincia di Udine.

Il servizio di mediazione in ambito sanitario, tiene conto delle esperienze maturate dai mediatori di comunità e dagli operatori dell'Azienda nell'ambito di vari nuclei operativi in considerazione delle dimensioni quantitative e qualitative dell'accesso ai servizi da parte degli stranieri, nonché delle specifiche criticità avvertite nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

L'utilizzo dei mediatori di comunità nell'ambito dell'Azienda ha affrontato pertanto con successo varie problematiche:

- facilitando l'iscrizione degli stranieri al SSN grazie anche alla disponibilità dello sportello tessere;
- agevolando la comunicazione tra operatori e utenti stranieri e facilitando così l'erogazione delle prestazioni, attraverso un abbattimento delle barriere linguistiche e culturali;
- migliorando l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari da parte degli immigrati, attraverso azioni di informazione, orientamento e accompagnamento;
- favorendo processi di prevenzione della malattia e forme di autotutela della salute da parte degli stranieri maggiormente esposti a rischi di tipo sanitario;
- facilitando una più puntuale ed efficace erogazione dei servizi da parte degli operatori, attraverso azioni di informazione, formazione, consulenza e affiancamento.

Va ricordato come tali azioni si riflettano positivamente su tutta la gamma dei complessi rapporti che i servizi sanitari aziendali hanno con gli utenti e con la comunità locale, contribuendo a rimuovere in maniera significativa le difficoltà che comunque possono ostacolare il godimento dei diritti sanitari da parte della popolazione e in particolare delle fasce di cittadini più deboli.

L'attività di mediazione al servizio degli immigrati, degli operatori e dei medici dell'Azienda Sanitaria, degli ospedali, di medicina generale e del lavoro si svolge sia presso gli sportelli dislocati nei Distretti Sanitari di Udine, di Cividale, Manzano, Codroipo, San Daniele, presso il Consultorio familiare e presso alcuni servizi del Dipartimento di Prevenzione, sia su chiamata attraverso la reperibilità telefonica dei membri dell'Associazione "Mediatori di Comunità". Particolare rilievo hanno avuto gli interventi presso il Consultorio familiare che, assieme al Dispensario del Centro di Pneumologia Sociale, costituiscono ormai tradizionali e consolidati punti di riferimento medico-sociale, sia per gli immigrati che per le fasce deboli della popolazione, in grado di programmare e accompagnare i percorsi preventivi, diagnostici e terapeutici.

La collaborazione tra il Dipartimento di Prevenzione dell'ASS 4 e i mediatori di comunità e con l'Università di Udine e l'IRES (Istituto di Ricerche Economiche e Sociali) Friuli-Venezia Giulia ha reso possibile la promozione e attuazione di iniziative di formazione degli operatori sanitari con l'attivazione di corsi che hanno affrontato le seguenti tematiche: antropologia, sociologia e psicopatologia delle migrazioni; culture e salute; diritti sanitari e legislazione; malattie infettive e malattie sessualmente trasmissibili; problemi delle donne e dei minori.

# PROGETTO-PILOTA PER LA PREVENZIONE DELLA TUBERCOLOSI NELLA CITTÀ DI CATANIA

Mario Cuccia (a), Ottavio Nicastro (b), Mario Raspagliesi (c)

(a) Servizio di Epidemiologia e Prevenzione, Azienda Unità Sanitaria Locale 3 Catania

(b) Istituto di Igiene, Università degli Studi di Catania, Catania

(c) Prima Divisione Malattie Infettive, Azienda Ospedaliera Garibaldi, Catania

Uno degli effetti delle ampie e crescenti diseguaglianze di cui oggi soffre l'umanità è rappresentato dal fenomeno dell'immigrazione, che sta interessando in modo sempre maggiore i Paesi dell'Unione Europea. Il fenomeno migratorio appare dunque un aspetto determinante del vivere sociale destinato a segnare e modificare sempre più profondamente la struttura della società occidentale.

Proprio la presenza della "nuova" popolazione migrante ha aperto, nella realtà italiana, una serie di problematiche socio-sanitarie la cui soluzione appare difficoltosa per la frequente mancanza di dati che ne impediscono la piena conoscenza.

Si è manifestata quindi nel tempo la necessità di attrezzarsi per garantire ai cittadini migranti i diritti fondamentali. Uno dei diritti fondamentali della persona, riconosciuto da numerose Convenzioni Internazionali e dalla Costituzione della Repubblica Italiana, è rappresentato dalla tutela della salute. A partire da tale consapevolezza è sorta in questi anni l'esigenza di elaborare precise politiche sanitarie per garantire concretamente ai cittadini immigrati, e in particolare ai gruppi meno tutelati rappresentati dagli "irregolari", il diritto alla salute. La tutela di tale diritto passa principalmente dalla reale accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari.

Sulla spinta della domanda di salute della nuova utenza è emersa altresì la necessità di acquisire conoscenze sui bisogni di salute e di dotarsi di strumenti adeguati per affrontare e risolvere le diverse problematiche sanitarie, molte delle quali sono riferibili alle condizioni socio-economiche degli immigrati. Tra le problematiche di salute che meritano una particolare attenzione e che sono legate proprio alle condizioni di vita degli immigrati un posto di rilievo occupa la tubercolosi (TBC).

Sulla base di queste considerazioni, è stato ideato e realizzato a Catania, dove, come in tutte le aree metropolitane, la presenza della popolazione immigrata è rilevante, un progetto-pilota per la prevenzione della TBC fra gli immigrati stranieri, mirato anche a favorire l'accesso ai servizi sanitari.

Per quanto riguarda la popolazione target, i dati dell'anagrafe comunale di Catania al dicembre 2000 indicavano una presenza di stranieri extracomunitari residenti pari a 7081 unità (2,09%) (dati sottostimati per il fenomeno dell'immigrazione clandestina). Le comunità di immigrati più numerose sono quella delle Mauritius (29%), dello Sri Lanka (19,5), del Senegal (10%), della Tunisia (4,1%) e quella di provenienti dai Paesi della ex-Iugoslavia (4,2%).

Sono stati individuati i seguenti obiettivi: a) verificare, attraverso uno screening, la prevalenza dell'infezione e della malattia tubercolare nelle comunità di immigrati, regolari e non, della città di Catania, provenienti da Paesi ad alta endemia tubercolare e con condizioni di vita e socio-economiche ad alto rischio per la tubercolosi; b) aumentare la conoscenza dei servizi sanitari offerti dal SSN agli immigrati provenienti da Paesi non appartenenti all'Unione Europea; c) favorire l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per altre prestazioni di prevenzione e terapia connesse ad altre patologie infettive e non (tramite il rilascio della tessera/codice STP, Straniero Temporaneamente Presente).

La strategia dell'intervento ha seguito il principio della partecipazione delle varie comunità di immigrati attraverso momenti di incontro informale, attività di informazione, coinvolgimento attivo in tutto il processo dei "portavoce" dei vari gruppi etnici. Il coinvolgimento attivo delle organizzazioni di volontariato e dei rappresentanti delle comunità di immigrati nella programmazione di tale intervento si è attuato a partire dalla considerazione, avvalorata da esperienze di programmi sanitari per gli immigrati, che non è semplice ottenere la partecipazione di questi ultimi, soprattutto per alcune comunità particolarmente chiuse, e che è necessario superare "barriere" spesso esistenti tra operatori sanitari e immigrati.

Rispetto alle risorse, sono stati individuati, e successivamente impegnati, nella realtà catanese una serie di fattori per la realizzazione di una progettualità in ambito socio-sanitario legata alla problematica della TBC nei migranti: istituzioni sanitarie e universitarie interessate alle tematiche inerenti i bisogni di salute nella popolazione extracomunitaria; istituzioni comunali preposte a fornire servizi ai cittadini immigrati; organismi associativi e di volontariato impegnati nella dimensione interculturale e di accoglienza agli immigrati e Organizzazioni Non Governative (ONG) di consolidata esperienza nelle iniziative di cooperazione ed educazione allo sviluppo.

Nell'ambito delle attività preliminari sono state costituite interconnessioni a "rete" a livello locale e nazionale, con quanti si occupano specificatamente della tematica in questione. È stato quindi definito un protocollo concordato con i servizi e le Unità Operative (UO) coinvolte: Servizio di Epidemiologia, UO di Pneumologia e UO di Radiologia dell'AUSL 3 di Catania, Istituto di Igiene dell'Università di Catania, Divisione Malattie Infettive 1 dell'Azienda Ospedaliera Garibaldi. Il protocollo comprendeva anche gli aspetti relativi alle misure di chemiopprofilassi e di terapia derivanti dallo screening.

Il metodo di screening adottato è stato quello indicato nelle linee guida per il controllo della malattia tubercolare emanate dalla Conferenza permanente Stato-Regioni; esse raccomandano di utilizzare come test di screening iniziale l'intradermoreazione di Mantoux associata a radiografia del torace. Per garantire il controllo clinico/radiologico e una tempestiva adozione di eventuali provvedimenti terapeutici (terapia della TBC o preventiva dell'infezione TBC latente), è stato previsto un coordinamento delle strutture di screening e diagnostico/terapeutiche.

Per gli interventi sono stati predisposti i seguenti strumenti: pieghevoli plurilingue, inviti, scheda/cartella per la raccolta di dati anamnestico-clinici; sono stati anche utilizzati il "Decalogo" informativo destinato agli stranieri e la "Guida pratica" per gli operatori sociali e sanitari, realizzati dal Ministero della Sanità.

Per quanto concerne gli aspetti operativi dell'iniziativa si è proceduto elaborando un progetto che configurasse un'offerta attiva dello screening agli immigrati, anche tramite "mediatori" culturali. La popolazione target è stata quindi informata attraverso interventi in collaborazione con organizzazioni di volontariato (l'ONG "Millemondi", che organizza un corso di lingua italiana per immigrati, e l'Associazione "Astalli" che gestisce un centro di accoglienza), con associazioni degli stessi immigrati e con la "Casa dei Popoli" dell'Assessorato all'Immigrazione e Periferie del Comune di Catania.

L'indagine, che si è svolta nel periodo compreso tra il 1 maggio e il 31 luglio 2001, ha previsto che il test di Mantoux potesse essere eseguito, oltre che presso le strutture sanitarie, presso le sedi delle associazioni di volontariato, nonché presso altre sedi, luoghi di aggregazione e centri di riferimento delle varie comunità o gruppi di immigrati, per favorire l'adesione.

Considerando l'offerta di salute non limitativa ma quanto più estesa possibile rispetto ai fattori favorevoli la patologia, si è ritenuto di poter includere nella popolazione di riferimento:

- soggetti provenienti da Paesi ad alta endemia;
- immigrati residenti in Italia da meno di due anni;
- immigrati clandestini privi di regolare permesso di soggiorno;

- comunità di immigrati che pur non provenendo da Paesi ad alta endemia sono da considerarsi, per le condizioni di vita e di lavoro, esposte al rischio per la TBC.

Per ogni individuo è stata compilata una cartella nosologica per una corretta raccolta dei dati relativi a caratteristiche socio-demografiche (età, data di ingresso in Italia, accesso ai servizi sanitari, caratteristiche abitative, caratteristiche economiche, livello di istruzione, conoscenza della lingua italiana, lavoro, ecc.) e informazioni clinico-anamnestiche.

Per quanto riguarda i risultati dell'iniziativa, nel periodo considerato hanno usufruito dell'offerta attiva 103 immigrati (il 75,5% privo del permesso di soggiorno), in netta maggioranza di sesso maschile (100 maschi e 3 femmine), quasi tutti appartenenti alla comunità senegalese (100 senegalesi, 1 marocchino, 1 indiano, 1 cinese).

Nel gruppo tra i 15 e i 45 anni è compreso il 92% dei soggetti; il 62% ha meno di 35 anni. Il 71% è in Italia da meno di 2 anni di cui il 34% da meno di un anno. Il 19,5% è presente da più di 5 anni.

Per quanto riguarda il livello di istruzione, la percentuale di analfabeti è stata del 14%; ha frequentato la scuola elementare il 24,4%, le medie inferiori il 28,5%, le medie superiori il 29,5%; mentre il 3,6% è in possesso di una laurea; quasi tutti hanno dimostrato di comprendere gli elementi essenziali della lingua italiana e il 19,5% conosce più di una lingua straniera. Rispetto alla situazione abitativa, tutti dimorano in case in affitto o presso amici e parenti; nel 46% dei casi si sono rilevate situazioni di sovraffollamento abitativo. Relativamente alla situazione lavorativa la quasi totalità degli immigrati (94%) esercita, seppur in molti casi saltuariamente, l'attività di ambulante; solo il 3,6% è privo di occupazione.

La lettura del test di Mantoux è stata eseguita in 94 soggetti (91,2%); di questi 77 sono risultati positivi (81,9%). Sono state inoltre eseguite 81 radiografie che sono risultate tutte negative tranne una che ha mostrato la presenza di caverne tubercolari confermate alla TC polmonare.

L'iniziativa ha evidenziato l'elevata prevalenza dell'infezione tubercolare nella popolazione in esame, confermando la necessità di ulteriori iniziative per un monitoraggio più intenso e sistematico dell'infezione e della malattia tubercolare. Il progetto-pilota ha poi messo in evidenza: la molteplicità dei bisogni di salute della popolazione immigrata e in particolare dei gruppi più disagiati rappresentati dai clandestini; la scarsa informazione degli immigrati irregolari sui diritti di accesso all'SSN; la limitata implementazione delle norme sull'assistenza sanitaria per gli immigrati e la necessità di giungere alla piena applicazione della legislazione vigente.

Rimane infine fermo convincimento che è la povertà il vero fattore causale della TBC e che solo il miglioramento delle condizioni di vita può ridurre notevolmente il rischio di malattia: la prevenzione della tubercolosi non si attua quindi unicamente attraverso il controllo sanitario ma anche assicurando il "benessere sociale" dei cittadini immigrati.

## **Bibliografia di riferimento**

CDC Recommendation for Prevention and Control of Tuberculosis among foreign-born persons. Report of the Working Group on Tuberculosis Among Foreign-Born Persons. *MMWR* 1999;44:RR-11.

CDC Screening for Tuberculosis and Tuberculosis infection in high risk population. *MMWR* 1995;44:19-34.

CDC Targeted Tuberculin Testing and Treatment of latent TB infection. *MMWR* 2000;49:RR-6.

Geraci S. *Approcci transculturali per la promozione della salute*. Roma: Anterem, 2000.

Marceca M, Geraci S. Immigrazione e Salute. In: Berlinguer G, Geddes M (Ed.). *La salute in Italia. Rapporto 1997*. Roma: Ediesse, 1997.

Società Italiana di Medicina Respiratoria. *Conoscere la tubercolosi*. Roma: Marchesi Grafiche Editoriali, 1999.

Squarcione S, Carhini R, D'Amato S, Troiano T. *Analisi delle schede individuali di notifica della tubercolosi in Italia nel triennio 1992-94*. Roma: Ministero della Sanità, Dipartimento della Prevenzione; 1996.

Squarcione S, Troiano T, Prete A, D'Amato S. *Tubercolosi: aspetti normativi ed epidemiologici*. Roma: Ministero della Sanità, Dipartimento della Prevenzione; 1996.

World Health Organization. *Global tuberculosis control*. Geneva: WHO; 2001.

# IMMIGRAZIONE, SALUTE E FRUIBILITÀ DEI SERVIZI SANITARI: UNO STUDIO IN ALCUNI PAESI EUROPEI

Laura Camoni, Anna Colucci, Pietro Gallo, Anna Maria Luzi, Rudi Valli, Anna D'Agostini  
*Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

## Introduzione

L'immigrazione rappresenta oggi uno dei fenomeni più significativi con i quali i Paesi industrializzati devono confrontarsi. Secondo le stime dell'UNAIDS (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*) i centocinquanta milioni di migranti che vivono e lavorano lontano dal loro Paese di origine rappresentano il 2,5% della popolazione mondiale e sono tra i due e i quattro milioni le persone che ogni anno emigrano.

L'Unione Europea costituisce nel contesto mondiale una delle aree in cui il fenomeno migratorio è più presente. Tuttavia aspetti di natura geografica, socio-demografica ed economica distinguono i Paesi del Nord Europa da quelli dell'Area mediterranea che, nell'ultimo trentennio, da luogo di emigrazione si è trasformato in luogo di immigrazione, tanto che si parla oggi di "modello mediterraneo dell'immigrazione" (1, 2).

Questo scenario richiede da parte delle istituzioni un'attenzione particolare agli aspetti sanitari in modo da utilizzare le risorse esistenti in funzione dei bisogni delle popolazioni migranti.

Infatti, lasciare il proprio Paese di origine e vivere in un ambiente diverso per cultura, lingua, religione e status socio-economico, spesso pone queste popolazioni in situazioni di difficoltà estrema soprattutto per quanto riguarda il raggiungimento di obiettivi di salute prioritari quali: la prevenzione e la promozione della salute, l'accessibilità e la fruibilità dei servizi e la possibilità di terapie tempestive e adeguate.

Il Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 sottolinea l'esigenza di assicurare ai cittadini stranieri presenti in Italia l'accesso ai servizi sanitari superando le barriere informative e linguistiche che impediscono un'efficace fruibilità dei servizi sanitari. In questo senso viene auspicata l'attuazione di specifici programmi finalizzati alla riduzione delle disuguaglianze e dei processi di esclusione che nascono da problemi di salute (3).

Per quanto riguarda l'infezione da HIV/AIDS e le Malattie Sessualmente Trasmissibili (MST) nonostante sia accertato che il fenomeno delle grandi migrazioni non abbia avuto un ruolo determinante nell'aumento dei casi, l'estrema vulnerabilità di queste popolazioni rende il tema dell'accessibilità ai servizi di particolare importanza.

## Progetto "Creazione di una rete tra i *National Focal Point* dei Paesi dell'Area mediterranea"

Dal 1991 l'Unione Europea ha promosso e finanziato il Progetto *AIDS & Mobility* che coinvolge tutti gli Stati membri con lo scopo di predisporre interventi preventivi sull'infezione da HIV/AIDS a favore delle popolazioni mobili.



Dal 1997 il Progetto *AIDS & Mobility* ha promosso l'istituzione in ogni Stato europeo di un *National Focal Point* (NFP) al fine di attivare in ogni Paese una rete tra servizi per rispondere in maniera specifica ai bisogni dei migranti anche attraverso la realizzazione di campagne di prevenzione e di informazione sull'infezione da HIV/AIDS rivolta agli stranieri (4).

Il NFP Italiano coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e costituito da istituzioni pubbliche, organizzazioni non governative e associazioni di volontariato che si occupano di prevenzione, di ricerca e di cura in ambito sanitario per le popolazioni migranti, ha proposto nel 2000 il progetto "Creazione di una rete tra i NFP dei Paesi dell'Area mediterranea", che ha visto il coinvolgimento di quattro Paesi: Italia, Portogallo, Spagna e Grecia. Tale progetto è stato finanziato dalla Commissione Europea (DG SANCO in collaborazione con il *Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention* – NIGZ, Olanda) e ha avuto la durata di un anno.

## Obiettivi

L'obiettivo generale del progetto è stato quello di fornire un quadro aggiornato della situazione esistente nei Paesi dell'Area mediterranea relativamente alle strutture psico-socio-sanitarie, che si occupano di HIV/AIDS e MST nelle popolazioni migranti. Ciò al fine di favorire lo scambio tra le varie strutture e facilitare i percorsi di accesso ai servizi da parte degli immigrati.

Gli obiettivi specifici sono stati: la realizzazione di un censimento e di una mappatura delle strutture psico-socio-sanitarie pubbliche che si rivolgono alle popolazioni migranti con problematiche relative all'HIV/AIDS e MST, nei Paesi dell'Area mediterranea; la creazione di una banca dati informatizzata comune; la costituzione di una rete tra i NFP dei Paesi dell'Area Mediterranea.

## Metodologia

Al fine di raggiungere gli obiettivi preposti è stata creata una scheda di rilevazione dati per il censimento e la mappatura delle strutture sanitarie presenti in ciascuna nazione partecipante. La scheda, costituita da 52 *item*, è stata suddivisa in due parti. La prima parte raccoglieva informazioni sull'organizzazione generale della singola struttura; la seconda parte sulle modalità della risposta assistenziale fornita ai cittadini stranieri, sulla collaborazione con altre strutture presenti nella medesima area geografica, sul coinvolgimento in campagne di prevenzione mirate ai cittadini stranieri e infine, sulla possibilità di fornire suggerimenti per una più efficace risposta ai loro bisogni.

La messa a punto di tale scheda ha richiesto la collaborazione dei quattro Paesi partner, ciò con lo scopo di ottenere uno strumento applicabile in ogni specifica realtà, nel rispetto delle peculiarità socio-culturali e dell'organizzazione politica di ogni Stato.

Per facilitare l'immissione dei dati in personal computer è stato creato un apposito software di *data entry*.

## Risultati

Sono state raccolte 306 schede: 177 in Italia, 120 in Portogallo, 9 in Grecia; la Spagna ha partecipato allo studio con l'attivazione di un *Focus Group* che ha permesso un'analisi dettagliata e approfondita del fenomeno migratorio locale, delle modalità di accesso e di fruibilità dei servizi sanitari per gli stranieri.

L'analisi dei dati ha riguardato le schede del Portogallo e dell'Italia. Ciò ha permesso un confronto interessante tra le due realtà. Per la Grecia non è stata possibile alcuna analisi visto il numero esiguo delle schede raccolte. Dall'analisi delle 297 schede ricevute dalle strutture psico-sanitarie che si occupano di infezione da HIV/AIDS/MST italiane e portoghesi emerge che:

- in Italia e in Portogallo esiste una diversa organizzazione dell'assistenza sanitaria per gli stranieri. In Italia, infatti, l'87% dei centri intervistati appartengono al Sistema Sanitario Nazionale; in Portogallo è presente invece un'uguale distribuzione tra i Servizi nazionali (38,8%) e i Servizi locali (36,7%);
- gli operatori sanitari italiani e portoghesi impegnati nell'assistenza agli stranieri hanno difficoltà di comunicazione con tali utenti per differenze linguistiche, culturali, religiose e per il diverso modo di percepire la malattia; ciò è accentuato dall'assenza della figura del mediatore linguistico culturale. Solo nell'1,7% dei centri italiani e portoghesi sondati è prevista la presenza del mediatore linguistico culturale, solo nel 18,1% dei centri italiani e nel 10,0% dei centri portoghesi è stato effettuato un training di sensibilizzazione agli operatori che si occupano di utenti stranieri. Infatti, dalle schede italiane e portoghesi emerge proprio l'esigenza comune di ricevere una maggiore formazione sulle tematiche relative alla popolazione straniera;
- in Italia, il 76,3% dei centri intervistati effettua un intervento di *counselling* agli stranieri mentre questo sembrerebbe meno praticato in Portogallo (24,2%). Bisogna, però, sottolineare che il *counselling* può essere riferito a modalità e a contesti di intervento differenti;
- il Sistema Sanitario Nazionale italiano sembrerebbe assicurare, più di quello portoghese, interventi sanitari gratuiti anche per i cittadini stranieri. Infatti, in Italia nel 79,6% dei centri la prestazione sanitaria è gratuita "per tutti", in Portogallo nel 53,3% dei centri.

## Conclusioni

La collaborazione tra i Paesi e la condivisione di un'identica metodologia di studio pur nel rispetto delle peculiarità socio-culturali e politiche di ogni nazione partner è stato uno dei risultati più rilevanti del progetto; inoltre lo strumento di rilevazione messo a punto potrebbe essere utilizzato in altre nazioni europee.

Le differenze politiche, organizzative e sanitarie evidenziate dalla ricerca potrebbero consentire alla Commissione Europea l'adozione di interventi più attinenti alle singole realtà.

Infine, dai risultati dell'indagine scaturisce l'esigenza di migliorare la qualità dei servizi attraverso la formazione e l'aggiornamento degli operatori sanitari, l'inserimento nelle strutture della figura del mediatore linguistico culturale e la creazione di una rete di collegamento tra tutti Servizi che si occupano di HIV/AIDS e MST nelle popolazioni migranti a sui singoli territori nazionali e a livello europeo.

## Bibliografia

1. Caritas Diocesana (Ed.). *Immigrazione. Dossier Statistico 2001*. Roma: Anterem; 2001.
2. Population mobility and AIDS. UNAIDS, Geneva; 2001.
3. Ministero della Salute. *Piano Sanitario Nazionale 2002-2004*. Disponibile all'indirizzo <http://www.ministerosalute.it>
4. Luzi AM (Ed.). *Creation of a net among the NFP of the countries of the Mediterranean Area. Final Report 2000-2001*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001

## PROGETTO “OLTRE LA STRADA”: ATTIVITÀ SANITARIA E DI RECUPERO SOCIALE

Anita Capra (a), Maria Cristina Belloni (b), Alessandra Donasi (c)

(a) *Profilassi Malattie Infettive, Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda USL di Piacenza*

(b) *Servizio Emarginazione, Assessorato Servizi Sociali e Assistenza, Comune di Piacenza*

(c) *Malattie Infettive, Ospedale “Guglielmo da Saliceto” di Piacenza*

Il progetto, rivolto a chi esercita la prostituzione, è promosso dal Comune di Piacenza e realizzato congiuntamente all’Azienda USL, alla Lega Italiana per la Lotta all’AIDS (LILA), alla Caritas Diocesana e alla Questura di Piacenza.

Obiettivi dell’iniziativa (che ha visto il suo avvio nel settembre 1995) sono la prevenzione sanitaria, l’attivazione di una rete di servizi socio-sanitari e l’offerta di accoglienza e di sostegno per coloro che decidono di uscire dalla prostituzione. Il progetto rientra tra le iniziative attivate dalla Regione Emilia Romagna, ed è stato denominato “Oltre la Strada” con l’entrata in vigore dell’art. 18, DL n. 286/1998. Il progetto si avvale del cofinanziamento della Commissione Interministeriale per l’attuazione dell’art. 18, articolo che prevede il rilascio di uno speciale permesso di soggiorno per consentire allo straniero di sottrarsi a violenza e condizionamenti e di partecipare ad un programma di assistenza e integrazione sociale.

Ai fini di contattare le persone e di offrire loro informazioni sul progetto e materiale divulgativo per la tutela della salute è stata istituita una unità mobile, affidata alla LILA, con una équipe formata da due operatori di strada, da un educatore con il sostegno di volontari. È stata inoltre prevista un’attività di accompagnamento ai Presidi Sanitari con l’obiettivo di raggiungere persone che altrimenti sarebbero escluse da un regolare accesso ai Servizi e che in genere si rivolgono, sporadicamente o spinte dall’urgenza, a personale non preparato ad affrontare la loro particolare situazione di vita.

L’attività del personale afferente alla LILA avviene solitamente in strada tramite un camper attrezzato ad accogliere le persone. Durante il contatto l’équipe distribuisce materiale informativo in varie lingue relativo alla prevenzione dell’AIDS e delle malattie a trasmissione sessuale (Malattie Sessualmente Trasmissibili, MST), all’uso corretto del profilattico e alla contraccezione; si fissano infine gli appuntamenti per le richieste di accesso ai servizi socio-sanitari. La Tabella 1 mostra l’attività svolta dal personale LILA dal 1998 al 2001.

**Tabella 1. Attività svolta dal personale della LILA dal 1998 al 2001**

Tipologia delle attività	1998	1999	2000	2001
Media di presenze rilevate in strada	77	80	77	85
Accompagnamenti ai Servizi Sanitari	15	29	197	234
Materiale informativo distribuito	282	560	1169	1373
Numero totale contatti	2118	1135	2999	2598

Gli operatori LILA hanno osservato una notevole diversificazione nelle richieste di accesso ai Servizi a seconda della nazionalità delle persone contattate: si è registrata infatti una forte richiesta da parte delle donne provenienti dai Paesi Africani, più stabili e assidue nella presenza, a fronte di una relativamente bassa richiesta da parte delle donne provenienti dai Paesi

dell'Europa dell'Est, queste ultime con elevato indice di mobilità e incredibilmente sottomesse al racket degli sfruttatori persino nell'ambito della tutela della salute.

Alle persone che accettano il percorso sanitario di prevenzione delle MST e di tutela della salute viene offerto un percorso facilitato che comprende una visita medica presso il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP), Unità Operativa (UO) Profilassi Malattie Infettive dell'Azienda USL di Piacenza, una serie di accertamenti di laboratorio e *counselling* di prevenzione delle MST presso la Divisione di Malattie Infettive dell'Ospedale "Guglielmo da Saliceto" di Piacenza ed eventuali prescrizioni terapeutiche essenziali.

Gli accessi al DSP sono stati in totale 253 nel periodo 1998-2001, le nuove pazienti prese in carico sono state 23 nel 1998, 16 nel 1999, 32 nel 2000 e 38 nel 2001.

Le Tabelle 2 e 3 mostrano la suddivisione percentuale rispetto a provenienza e fasce di età delle persone prese in carico al Dipartimento di Sanità Pubblica da 1998 al 2001.

**Tabella 2. Distribuzione percentuale delle utenti straniere afferenti al DSP per provenienza**

Provenienza	1998	1999	2000	2001
Europa dell'Est	44%	35%	30%	15%
Albania	22%	20%	16%	2%
Africa sub-sahariana	30%	42%	50%	70%
Sud America	4%	3%	4%	3%

**Tabella 3. Distribuzione percentuale delle utenti straniere afferenti al DSP per fascia d'età**

Fascia d'età	1998	1999	2000	2001
< 18 anni	-	-	-	6%
18-24 anni	18%	22%	44%	55%
25-29 anni	58%	56%	40%	30%
> 29 anni	24%	22%	16%	9%

Si osserva la netta diminuzione dell'età media delle utenti che chiedono di essere accompagnate ai Servizi.

La Tabella 4 indica le motivazioni sanitarie di accesso al Servizio di prevenzione, espresse in percentuale rispetto al totale delle visite. Hanno riguardato principalmente disturbi della sfera uro-genitale, patologie respiratorie e otorino-laringoiatriche (ORL) nei primi anni di attività e, successivamente, con un progressivo incremento, visite di controllo clinico.

**Tabella 4. Percentuale delle cause sanitarie di ricorso al Servizio di Prevenzione da parte delle utenti straniere**

Causa sanitaria	1998	1999-2000	2001
Ginecologia	25%	12%	19%
MST	17%	24%	19%
Urologia	10%	11%	15%
Dermatologia	10%	4%	8%
Resp-ORL	14%	15%	2%
Gastroenteria	15%	1%	2%
Altre patologie	4%	8%	8%
Controlli	5%	25%	27%
Totale visite	74	126	66

Il programma di assistenza specialistico concordato con la UO Malattie Infettive dell'Ospedale "Guglielmo da Saliceto" di Piacenza a partire dall'anno 2000 ha offerto ulteriori importanti opportunità di informazione, diagnosi mirata e terapia.

Nel corso del 2001 gli Operatori LILA hanno accompagnato alla UO Malattie Infettive trentaquattro ragazze che hanno accettato di sottoporsi ad accertamenti di laboratorio, tra cui VDRL, TPHA, ricerca HBsAg, HCV, HIV, tampone vaginale, tampone cervicale, intradermoreazione di Mantoux.

I risultati dello screening sono descritti nella Tabella 5.

**Tabella 5. Risultati delle analisi di laboratorio**

<b>Accertamenti</b>	<b>Campioni positivi</b>	<b>Accertamenti</b>	<b>Campioni positivi</b>
HBsAg	1/34	<i>Candida Alb</i>	8/34
HCVAb	1/34	<i>Trichomonas vag</i>	1/34
HIVAb	3/34	<i>Clamidia</i>	4/34
VDRL - TPHA	2/34	<i>Mycoplasma-Ureaplasma</i>	12/34
		altri	8/34

Il programma di recupero sociale viene gestito dai Servizi Sociali dell'Azienda USL su specifica delega del Comune di Piacenza con trasferimento di risorse finanziarie. In questo ambito gli interventi si sono articolati prevedendo un operatore di collegamento (psicologo), individuando luoghi di prima accoglienza e creando successivamente collegamenti con i servizi del territorio e con la Questura per la regolarizzazione dei documenti. Il progetto si avvale della disponibilità di un Istituto di Religiose in grado di accogliere fino a 10 ragazze segnalate dal Progetto, anche in situazioni di urgenza. È stato inoltre allestito un luogo destinato alle ragazze che stanno ultimando il percorso di recupero e di raggiungimento dell'autonomia personale. Le ragazze accedono all'accoglienza a seguito di segnalazioni che provengono da diversi canali: Forze dell'Ordine, servizi sanitari e sociali, organismi religiosi, ecc. Il percorso prevede un sostegno alla persona dal punto di vista educativo, psicologico e sociale. Viene definito tenendo conto delle caratteristiche, dei bisogni e delle risorse di ciascuna persona ed è condotto attraverso l'interazione di un'équipe di figure professionali. Gli interventi riguardano accompagnamenti ai servizi sanitari, il sostegno durante il primo periodo di allontanamento dalla strada, i contatti con la Questura per le problematiche inerenti al permesso di soggiorno, l'inserimento in corsi di alfabetizzazione per stranieri, la ricerca di opportunità formative e l'inserimento lavorativo, anche attraverso l'attivazione di borse-lavoro. In alcuni casi l'intervento ha comportato l'aiuto al rientro nel Paese di origine, a seguito di richiesta dell'interessata. Le ragazze entrate in accoglienza nel 2001 sono state 7, che si sono aggiunte alle 9 già in carico. Complessivamente nel corso del 2001 sono stati effettuati interventi a favore di 16 ragazze, 6 provenienti dalla Moldavia, 3 dalla Nigeria, 2 dall'Ucraina, 2 dalla Romania, 1 dal Brasile, 1 dall'Albania, 1 dalla Sierra Leone. Di queste, 11 sono state segnalate dalle Forze dell'Ordine dopo avere sporto denuncia contro i propri sfruttatori. La fascia di età maggiormente rappresentata è compresa tra i 18 e i 24 anni, solo una è minore.

Alla segnalazione di norma (con eccezione dei casi di reale emergenza) fanno seguito uno o più colloqui con l'operatore di collegamento per verificare la reale intenzione ad intraprendere il percorso di protezione sociale.

Nel futuro il progetto prevede di mantenere le iniziative di assistenza sanitaria, incrementandone i momenti di prevenzione individuale (es. vaccinazioni antiepatite B e antitetanica). Dal punto di vista socio-riabilitativo si intende differenziare ulteriormente le

diverse fasi dell'accoglienza, predisponendo in particolare uno spazio finalizzato all'ospitalità delle ragazze nel periodo immediatamente successivo all'allontanamento dalla strada (casa di fuga). L'obiettivo centrale e la finalità dell'intero progetto è permettere alla persona di raggiungere una reale autonomia decisionale, esistenziale e lavorativa.

## **Ringraziamenti**

Gli autori ringraziano: l'Assessore ai Servizi Sociali del Comune di Piacenza e il Responsabile del Progetto Giuseppe Magistrali, il Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica Ermanno Bongiorno, il Direttore del Dipartimento Medicine Specialistiche Francesco Alberici; gli Operatori di Strada LILA Antonino Iacono, Daniela Serafini, la Coordinatrice Elena Prati e i Volontari LILA, le Operatrici di Accompagnamento Roberta Aldi e Rossella Noviello, il Dott Giuliano Rigoni e le Assistenti Sanitarie del Dipartimento di Sanità Pubblica, il Personale Infermieristico della Divisione Ospedaliera Malattie Infettive di Piacenza, la Caritas Diocesana, la Questura di Piacenza.

# OSPEDALE “L. SPALLANZANI” DI ROMA: INTERVENTI SOCIALI DEL CENTRO RIFERIMENTO AIDS NEL 1995 E NEL 2000

Mariagloria Pezzaldi, Simonetta Mendicelli

Centro Riferimento AIDS, Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “L. Spallanzani”, Roma

## Premessa

Il Servizio Sociale del Centro di Coordinamento Trattamento Assistenza Domiciliare – Centro Riferimento AIDS (CCTAD-CRAIDS) della Regione Lazio opera all’interno dell’Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “L. Spallanzani” di Roma da oltre dieci anni. Ha il compito di valutare e programmare gli interventi extra-ospedalieri, in una prospettiva prettamente socio-sanitaria. Il Centro di Coordinamento è costituito da un dirigente, un medico infettivologo e da due assistenti sociali; assiste persone malate di AIDS e/o con grave immunodeficienza attivando il Trattamento di Assistenza Domiciliare (TAD), integrando il TAD sanitario con l’assistenza domiciliare sociale e attraverso l’inserimento nelle cinque Case Famiglia (CF) regionali. La presa in carico avviene direttamente quando sono persone in cura presso l’Istituto “L. Spallanzani”, oppure attraverso la valutazione di richieste di CF da parte di altri CRAIDS e la gestione della lista d’attesa per gli ingressi in CF.

In questa fase di “accreditamento” dei servizi, è necessario fare il punto della situazione per avere un’immagine di quanto i fenomeni siano mutati. Pertanto per evidenziare i cambiamenti avvenuti sono state esaminate e messe a confronto le attività svolte nell’anno 1995 e nel 2000.

L’anno 1995 è molto significativo per la diffusione dell’epidemia e l’anno 2000 rispecchia invece la diversa evoluzione della malattia: attraverso le nuove terapie disponibili i nuovi casi di AIDS diminuiscono, la mortalità si riduce, la popolazione eterosessuale ammalata aumenta, i tossicodipendenti diminuiscono, l’età media si alza alla fascia tra i 40 e i 50 anni. Tuttavia è in aumento la popolazione straniera che contrae la malattia, e che la scopre nella fase avanzata.

Nei due anni in questione, le richieste complessive di assistenza domiciliare e di casa famiglia, sono state seicentotrentasette, il 57% delle quali nel 1995.

In Figura 1 sono riportati i trattamenti erogati negli anni in questione suddivisi per tipologia.

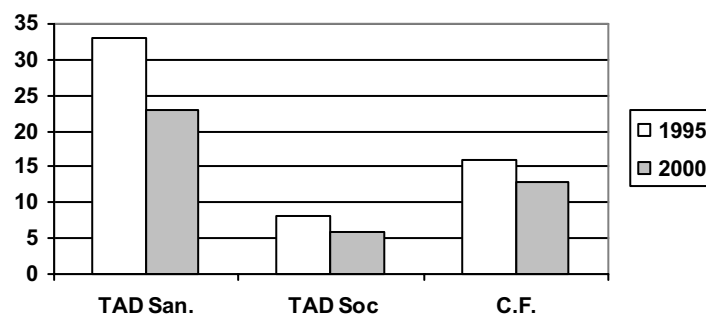


Figura 1. Tipologia attività svolte dal CCTAD nei due anni considerati

## **Trattamento Assistenza Domiciliare**

Il TAD per chi è cittadino del Comune di Roma può essere: sanitario o integrato (socio-sanitario).

Il TAD sanitario è un servizio regionale che può essere richiesto dagli ospedali di malattie infettive; viene erogato sia dalle Unità di Trattamento Domiciliare (UTD) ospedaliere che dalle strutture private convenzionate con la Regione Lazio: OSA, Caritas e Circolo M. Mieli. Al CCTAD dello Spallanzani pervengono le richieste di Roma e Provincia.

I pazienti di questo servizio che hanno usufruito nei due anni considerati di TAD integrato, sono stati 95, senza differenze quindi, per anno, nel numero di utenti. Si tratta di servizi rivolti a chi è parzialmente o del tutto non autosufficiente, e consentono, in presenza di particolari problemi clinici e assistenziali, una dimissione protetta. Le prestazioni assistenziali sociali domiciliari prevedono un programma di aiuto individuale alla persona con interventi diretti all'utente (prestazioni domiciliari di accompagnamento e di sostegno nell'attività quotidiana, supporto nella gestione di attività domestiche, aiuto nella cura personale, prestazioni per favorire l'autonomia e il reinserimento relazionale e sociale, accompagnamento ai centri di cura e di riabilitazione ecc.) e interventi indiretti (svolgimento di pratiche burocratiche, servizio di rete con le strutture territoriali per il reperimento e l'attivazione di risorse adeguate al percorso di aiuto personale).

## **Casa Famiglia**

La Regione Lazio ha in convenzione 5 CF che ospitano i malati di AIDS privi di domicilio o in condizioni cliniche tali da impedire loro di vivere in famiglia o soli. Sono attive dal 1989. Il CCTAD di Roma, secondo la DRG 7549/1992, coordina la loro attività dal 1° gennaio 1994, autorizzandone gli ingressi e gestendo la "Lista d'Attesa Differenziata". I posti disponibili sono 52, dei quali 10 destinati alle donne e 42 agli uomini. Stranieri irregolari bisognosi di assistenza a causa dell'AIDS possono essere accolti nelle CF. Le richieste d'inserimento in una casa famiglia pervenute al CCTAD sono passate da 102 nel 1995 a 82 nel 2000, con una concentrazione, nel secondo anno considerato, di quelle dello Ospedale "L. Spallanzani".

## **Senza Fissa Dimora**

Nel confronto dei due anni la differenza principale riguarda la presenza dei Senza Fissa Dimora (SFD) utenti del servizio. Infatti alcuni pazienti dell'Istituto, malati di AIDS, sono SFD. Per queste persone, quindi, alla malattia si affianca, una volta dimesse dall'ospedale, il problema di trovare un riparo, purtroppo non sempre disponibile. Di conseguenza, dopo il tentativo di trovare un posto in un dormitorio, rimane solo la strada. Dal 1995 al 2000 i SFD seguiti da questo servizio sono stati 166, con un'età media di 41 anni.

I SFD Sono molto aumentati negli ultimi anni (Figura 2), in particolare il numero degli stranieri è triplicato. Una buona parte di loro sono persone che hanno avuto una vita lavorativa nel nostro Paese, poi si sono ammalate gravemente e quindi si sono trovate prive di risorse e in stato di grave disagio.



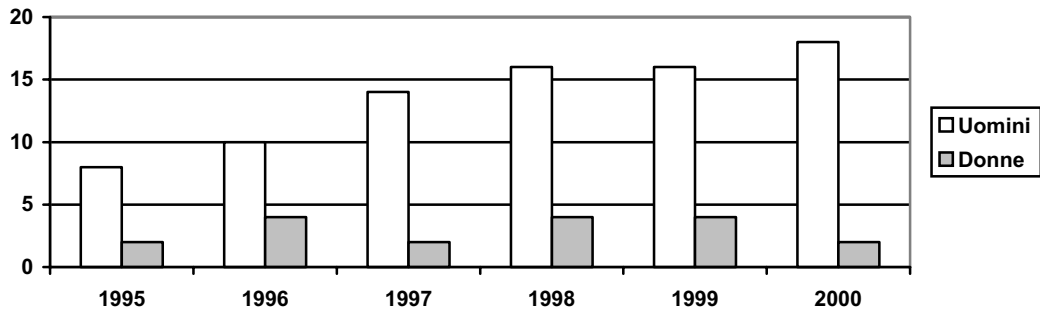


Figura 2. Differenze di genere nei SFD, anni 1995-2000

Alcune persone sono prive di dimora da tanti anni, la maggior parte da oltre 15 (Figura 3), e in genere sono affetti da altre patologie oltre l'AIDS (Figura 4).

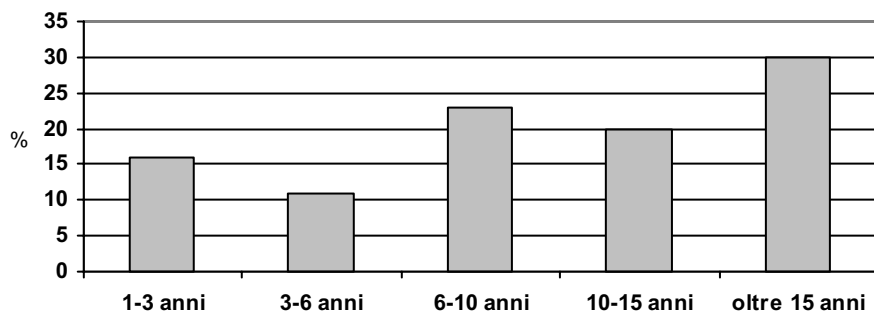


Figura 3. SFD suddivisi secondo il protrarsi del loro stato (valori sono espressi in percentuale)

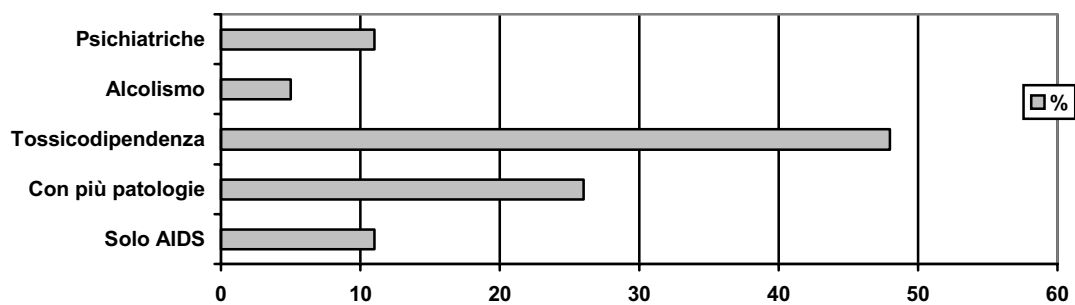


Figura 4. Patologie dei SFD malati di AIDS (valori espressi in percentuale rispetto al n. totale dei SFD affetti da AIDS)

## Conclusioni

I dati presentati confermano l'AIDS come patologia con elevata rilevanza sociale. Appare, pertanto, prematuro smantellare o ridurre la rete assistenziale, la quale, tra l'altro, riduce in parte lo stato di notevole solitudine che accompagna la malattia. Emergono, inoltre, patologie preesistenti all'AIDS, per esempio le psichiatriche, che non trovano spesso adeguata considerazione dai servizi che si trovano ad affrontare la cura di pazienti con "doppia diagnosi".

Pertanto i servizi socio-sanitari dovrebbero rispondere in modo nuovo ai bisogni di un malato di AIDS (più complesso rispetto al passato da un punto di vista sia clinico sia sociale) attivando un'integrazione dinamica tra servizi, (ospedalieri, pubblici, privati, di volontariato ecc.), rispondente a tempi e modi che la malattia impone.

Bisognerebbe, poi, lasciare "una porta" di un reparto e/o di un centro accoglienza sempre aperta per coloro che sono maggiormente a rischio, perché a parità di disagio sociale sono affetti da una grave malattia.

# GIOVANI E ALCOL: INTERVENTI DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE NELLE SCUOLE

Rosanna Marchetti

*Cattedra di Medicina Sociale, Università degli Studi "La Sapienza", Roma*

## Introduzione

L'alcolismo è un fenomeno sociale ad alta incidenza, che investe non solo il soggetto dipendente e la sua progettualità di vita, ma incide anche sulle dinamiche relazionali e sociali della famiglia coinvolta. Inoltre, è una dipendenza che presenta alti costi in termini sia di danno individuale e sia di sanità pubblica, giacché sono necessarie ingenti risorse materiali e umane per il recupero e la riabilitazione.

L'alcolismo come dipendenza sembra "vivere" nel sommerso delle consuetudini avallate dal contesto culturale, che consente sia la tolleranza (alcolismo femminile), sia l'accettazione palese condivisa (alcolismo maschile). Tale atteggiamento culturale è garantito, nel suo perpetuarsi, dall'assenza di informazioni, riscontrabile soprattutto nella scuola. A tutt'oggi, infatti, nonostante i crescenti casi di dipendenza da alcol spesso utilizzato in associazione ad altre sostanze, non si ha, per esempio in ambito scolastico, un'esauriente informazione sui danni per la salute causati dal consumo di alcol e sugli alti costi sociali correlati.

Partendo da questi presupposti all'interno di una ricerca più ampia che vede coinvolti operatori, soggetti alcolisti e componenti della famiglia del soggetto alcolizzato, si è sentita l'esigenza di effettuare un'indagine preliminare nella scuola, per poter avere concreti riscontri relativi agli atteggiamenti dei giovani nei confronti del consumo di alcol. A tal fine sono stati presi in considerazione sia eventuali interventi didattici a carattere seminariale di educazione alla salute, ricevuti e/o attesi sugli effetti alcol-correlati, sia indirettamente l'atteggiamento del personale docente rispetto all'informazione/formazione inerente all'alcolismo.

Queste premesse, hanno consentito anche di coniugare la rilevazione dei dati con attività a carattere informativo/preventivo. Durante l'indagine infatti si sono affrontate le abitudini alcolemiche del campione esaminato per un'azione di sensibilizzazione nei riguardi di una realtà già vissuta e per una prevedibile rielaborazione di atteggiamenti probabilmente sottovalutati e/o elusi, ma comunque espressi con convinzioni e asserzioni durante l'indagine.

In questa indagine sono state estremamente proficue e insostituibili le testimonianze, le indicazioni e i suggerimenti di alcuni componenti di associazioni di auto-aiuto Alcolisti Anonimi (Al-Anon) e di familiari di Al-Anon, e le indicazioni di operatori del settore. La peculiare esperienza vissuta in prima persona sugli effetti devastanti dell'alcolismo è paradigmatica per interpretare il diverso fluire delle vicende umane e costituisce un'insostituibile conoscenza di vita per strutturare un messaggio alla moderazione dei consumi.

## La ricerca

L'ipotesi è che il target scolastico, per le sue caratteristiche pedagogiche, permetta non solo di oggettivare se siano già presenti programmi efficienti di educazione alla salute in particolare in alcologia, ma anche di indagare le situazioni di contesto.

Nell'elaborare il piano si è centrato il lavoro sulla possibilità e sulla utilità di affrontare nei programmi scolastici dette tematiche inerenti un così importante fenomeno di massa, verificando anche sia il tipo di intervento sia l'interesse, da parte dei docenti, a programmare convegni e/o seminari, conferenze e/o dibattiti all'interno della scuola, e a ripeterli anche nel tempo.

## Materiali e metodi

La rilevazione è stata effettuata presso alcuni istituti di istruzione secondaria superiore, con diverso indirizzo didattico, presenti a Roma. È stata riservata alle sole classi di IV e V, poiché i ragazzi nell'età dai 17 ai 22 anni sono maggiormente a rischio, sia per il particolare momento evolutivo che attraversano, sia per fattori sociali e culturali che possono esserne implicati.

L'indagine riguardava l'atteggiamento relativo al consumo di alcolici e/o ad eventuali abusi e l'informazione nell'ambito di un contesto giovanile scolastico. Rispetto ai quesiti proposti, è stata data la possibilità di esprimere più di una indicazione preferenziale alle domande con risposte precostituite. L'indagine ha coinvolto un gruppo di studenti romani composto da 405 maschi e 477 femmine (Tabella 1).

**Tabella 1. Suddivisione del campione secondo il sesso e l'età**

Anni	Maschi	Femmine
< 17	73	96
18	196	194
19	86	97
> 20	50	90

I dati sono stati elaborati e rappresentano la fase preliminare di uno studio più ampio di quello qui presentato. I risultati forniscono indicazioni didattiche per le scuole in genere, e, particolarmente, per quelle che hanno partecipato e collaborato alla ricerca.

## Analisi dei risultati

Nella Tabella 2 sono riportate le risposte alla domanda: “ È utile introdurre nelle scuole programmi di educazione alla salute su tematiche come l'alcol-dipendenza? “ La quasi totalità delle risposte ne ha riconosciuto l'utilità.

**Tabella 2. Risposte alla domanda “È utile introdurre nelle scuole programmi di educazione alla salute su tematiche come l'alcol-dipendenza?” suddivise per sesso**

Risposta	M		F	
	n.	%	n.	%
Sì	276	68	402	84
Queste cose si fanno	59	15	22	5
L'alcolismo non è diffuso	22	5	6	1
Nessuno si è mai interessato	39	10	60	13
Non è utile	10	2	1	
Non risponde	4	1	4	1

Nel sociale, è erroneamente diffusa la convinzione che l'alcol-dipendenza sia un fenomeno di scarso interesse collettivo, quanto meno sporadico (niente di più fuorviante!).

È noto che le abitudini al consumo di alcolici fanno parte della nostra alimentazione, con un'elevata soglia di tolleranza socio-culturale verso l'abuso alcolico, che raramente viene contrastato da una corretta informazione sui danni all'organismo e alla vita, nel suo complesso, del soggetto dipendente.

Il vuoto conoscitivo sotteso nella tabella, si associa all'attesa di un supporto scolastico. Esso, qualora introdotto, con le diverse angolazioni di lettura multidisciplinare possibili nella scuola relativamente al tema di dipendenze, consentirebbe una formazione più completa, finalizzata anche alla prevenzione.

Agli studenti è stato poi chiesto se avessero mai partecipato, in ambito scolastico, a dibattiti o seminari riguardanti l'abuso di alcol. Le risposte, riportate in Tabella 3 hanno indicato l'assenza di programmi educazionali sui temi in oggetto.

**Tabella 3. Risposte degli intervistati alla domanda "Prima d'ora hai assistito a dibattiti o a seminari che riguardassero tematiche sull'alcol-dipendenza?" suddivise per sesso**

Risposta	M		F	
	n.	%	n.	%
Mai	186	45	218	45
Saltuariamente con altri temi	176	43	193	40
È un tema già approfondito	28	7	32	7
È un'esperienza da ripetere	20	5	42	9
Non risponde	0	/	2	/

Oltre il 45% degli intervistati lamenta una totale mancanza formativa su queste tematiche, mentre il 40-43% di esso ammette di aver assistito saltuariamente a dibattiti non strutturati. Tali dati indicano quanto poco rilievo sia stato dato all'informazione, soprattutto se messo in rapporto alla complessità delle tematiche in oggetto.

Va precisato che la promozione alla salute richiede anche la formazione continua dei docenti non solo sull'alcolismo e sulle patologie alcol-correlate, ma in generale sui meccanismi delle dipendenze.

Ai ragazzi veniva quindi richiesto di esprimersi in relazione all'interesse mostrato dai docenti all'introduzione nei programmi scolastici di tematiche di educazione alla salute. La maggior parte degli intervistati (Tabella 4) denuncia uno scarso interesse, in ambito scolastico, verso questo fenomeno.

**Tabella 4. Risposte degli intervistati alla domanda "I docenti dimostrano interesse all'introduzione nei programmi scolastici di tematiche inerenti all'educazione alla salute?" suddivise per sesso**

Risposta	M		F	
	n.	%	n.	%
Sono interessati	41	10	62	13
Ritengono l'argomento dispersivo	61	15	83	17
Demandano alla famiglia	109	27	129	27
È un argomento che ignorano	204	50	225	47
Non risponde	11	3	15	3

Soltanto per un'esigua minoranza (10-13%) di studenti il corpo docente appare, in sintonia con la realtà sociale, interessato al tema proposto. Le risposte evidenziano quindi come le problematiche legate al consumo eccessivo di alcolici e gli effetti correlati risultino poco discussi o per meglio dire sottaciuti da molti dei docenti. Tale latitanza sembra riferibile a tutte le materie di studio, tutte possibili contenitori formativi previsti dai programmi ministeriali, come la biologia, l'economia, la storia, il diritto, la letteratura, ecc.

La scuola può ricoprire un ruolo importante per una corretta informazione relativa al consumo di bevande alcoliche e per una vera e propria politica di prevenzione. Nella Tabella 5 sono riportate le risposte alla domanda "quali interlocutori dovrebbero interessarsi all'insegnamento di materie relative all'educazione alla salute come l'alcol-dipendenza".

**Tabella 5. Risposte degli intervistati alla domanda "Quali interlocutori dovrebbero interessarsi all'insegnamento di materie relative all'educazione alla salute come l'alcol-dipendenza?" suddivise per sesso**

Risposta	M		F	
	n.	%	n.	%
Qualsiasi docente	29	7	18	4
Medico scolastico	65	16	55	11
Psicologo/sociologo	210	52	294	62
Esperienza diretta ex-alcolisti	186	46	280	59
Nessuno	5	1	0	/
Non risponde	9	2	4	1

Gli studenti hanno indicato la figura professionale del sociologo/psicologo come operatore impegnato nello specifico settore educativo riservato alle dipendenze, e percepito l'efficacia di testimonianze di persone che in passato sono state protagoniste del problema alcolemico.

L'alcolismo è una malattia medico-sociale e questo non può più essere ignorato, né dai docenti interessati espressamente alla formazione culturale, né da persone, impegnate professionalmente nel campo della prevenzione.

I giovani hanno ben compreso l'importanza formativa dell'esperienza, e quindi del contributo di coloro che grazie a programmi adeguati come quelli elaborati dai gruppi di auto-aiuto come AA e Al-Anon., sono usciti dal tunnel della dipendenza dall'alcol e dalla tragedia familiare che questa dipendenza direttamente causa molto spesso per la sua subdola influenza.

Uno dei traguardi auspicati che la scuola, così com'è attualmente strutturata, affronti a breve termine la programmazione di una serie d'interventi informativi ed educativi in tema di prevenzione e di cultura alla salute. In Tabella 6 sono riportate le indicazioni, emerse nell'indagine, in relazione alla tipologia dei programmi da realizzare.

**Tabella 6. Risposte alla domanda "Con quali parametri dovrebbero essere elaborati i programmi di educazione alla salute in tema di alcolismo?"**

Risposta	M		F	
	n.	%	n.	%
Ministeriale unico	261	64	332	69
Secondo le regioni	25	6	16	3
Differenziato per tipo di scuola	35	9	56	12
Integrato con educazione civica	88	22	85	18
Nessuno	4	1	0	/
Non risponde	16	4	14	3

Secondo i dati riportati per un proficuo risultato, l'intervento didattico dovrebbe svolgersi nell'ambito dell'educazione civica e della cultura generale, finalizzato ad una formazione articolata necessaria all'attuale società sempre più complessa nella sua pluralistica conformazione e identificazione.

Riassumendo i risultati hanno evidenziato:

- il vuoto di informazioni in ambito scolastico (tema dell'intervista) e la necessità di programmare idonei periodi formativi, anche se i ragazzi sono al corrente del pericolo rappresentato dall'abuso di alcol;
- l'opinione favorevole espressa da oltre i due terzi degli intervistati rispetto all'introduzione di programmi di Educazione alla salute;
- uno scarso interesse da parte del personale docente per questo tipo d'interventi formativi/informativi;
- l'indicazione, da parte degli intervistati, dello psicologo/sociologo o comunque di persone che hanno avuto un'esperienza diretta con il problema dell'abuso di alcol, come esperti per i programmi di educazione alla salute, in particolare per gli aspetti connessi alla dipendenza;
- la preferenza espressa da circa i due terzi degli intervistati verso un programma scolastico unico piuttosto che differenziato per contesti geografici. Molti poi si sono mostrati favorevoli all'inserimento dell'educazione alla salute nell'educazione civica.

## Conclusioni

Dalla ricerca effettuata emerge un'importante testimonianza della sensibilità degli intervistati al problema dell'abuso di alcol e dell'attesa di interventi formativi (non più differibili). Gli intervistati si sono mostrati consapevoli dell'importanza di effettuare seminari o comunque dell'inserimento nei programmi ministeriali di elementi d'informazione sulle problematiche insite nella dipendenza alcolica. Essi oltretutto dimostrano complessivamente una maturità che contrasta con una inadeguatezza della struttura scolastica.

Molti interventi su tematiche altamente sociali concernenti l'educazione sanitaria, auspicati da sempre per quanto riguarda le problematiche in questione, andrebbero strutturati dal punto di vista sia qualitativo sia quantitativo e destinati a giovani in ambito scolastico. Infatti le capacità di apprendimento di conoscenze e comportamenti sono massime nel periodo dell'adolescenza. Pertanto la formazione acquisita in tale periodo che segna l'ingresso nella vita sociale organizzata, consentirebbe di maturare scelte esistenziali finalizzate al proprio progetto di vita, supportando e correggendo i momenti disfunzionali tipici di un'età caratterizzata dal desiderio di fare esperienze nuove, comprese quelle trasgressive.

# BIOETICA, DIRITTI UMANI E MULTIETNICITÀ

Roberta Rondini

*Facoltà di Scienze Sociali, Pontificia Università “San Tommaso d’Aquino”, Roma*

In occasione del convegno nazionale “Esclusione e marginalità: scelte programmatiche e misure si contrasto alle disuguaglianze sociali nella salute” svoltosi nel dicembre 2000 presso l’Istituto Superiore di Sanità, sono stati presentati motivazioni e obiettivi della ricerca Bioetica, Diritti umani e Multiethnicità, promossa dalla Pontificia Università San Tommaso d’Aquino, Facoltà di Scienze Sociali, sotto la direzione del Prof. Francesco Compagnoni (1). La ricerca si è posta come obiettivo generale di rilevare il funzionamento delle strutture medico-sanitarie, con riferimento alle esigenze di cura e prevenzione degli immigrati e dei nomadi presenti sul territorio italiano, nel decennio 1991-2000. L’indagine ha preso l’avvio nel dicembre del 1999 per concludersi nel novembre 2002 (2).

Da un punto di vista statistico, è difficile, ancor oggi, ricostruire un panorama del fenomeno migratorio di soddisfacente esaustività, soprattutto per la presenza di fonti ancora non omogenee tra loro ma, ferma restando l’inadeguatezza dei sistemi informativi a dar conto della complessità di tutti gli aspetti, l’indagine non si è proposta di analizzare l’universo delle strutture sanitarie pubbliche e private esistenti sul territorio italiano, sia pure procedendo su campionatura.

In effetti, inizialmente per la dimensione limitata della ricerca, ben presto per una scelta metodologica convinta e coerente con il proposito di individuare significative linee di tendenza del fenomeno, il progetto si è definito con i contorni di un’indagine qualitativa. In particolare, la scelta metodologica è stata dettata dalla esigenza di rendere evidente aspetti, caratteristiche, cambiamenti che un’indagine quantitativa non sempre fa affiorare. L’intenzione è stata di far emergere le problematiche rilevanti, alla luce del bilancio di un decennio d’attività, attraverso il contributo di testimoni privilegiati che, pur da differenti angolature – non soltanto quindi operatori dei servizi sanitari – hanno avuto una visione complessiva della questione.

Non è stato, perciò, intento dell’indagine “scoprire” aspetti e temi già abbondantemente messi in evidenza dal “lavoro sul campo” degli operatori quanto di ricostruire un quadro generale dei fatti, tentando un bilancio e una sintesi che consentano una buona visuale, di respiro generale, del fenomeno, della sua evoluzione nel decennio, degli sviluppi che concretamente possono aspettarsi nel futuro.

## **Prima fase dell’indagine: interviste a testimoni privilegiati**

Nella prima fase dell’indagine sono stati utilizzati in un breve studio ricognitivo le informazioni e i dati quantitativi statisticamente disponibili da varie fonti, pubbliche e private, e ciò ha consentito di delineare le modificazioni avvenute nel corso degli ultimi anni.

Dopo avere evidenziato i gruppi d’immigrati la cui presenza è più rilevante, quantitativamente, sul territorio nazionale, allo scopo di far emergere le differenziazioni tra i vari nuclei, sono state, altresì, separate le analisi delle questioni sanitarie relative agli stranieri da quelle relative alla questione della salute zingara e dei gruppi nomadi.

I testimoni privilegiati sono stati individuati all’interno di macrocategorie di riferimento, associazioni di comunità straniere e di nomadi, esperti, istituzioni ed enti locali, organizzazioni di



volontariato e strutture del privato sociale, strutture socio-sanitarie pubbliche, compatibilmente con le dimensioni della ricerca dotate di rappresentatività geografica, in particolare per le strutture socio-sanitarie e le organizzazioni di volontariato e del privato sociale.

L'intervista, composta da 27 domande, è stata suddivisa in tre parti principali: una prima riferita alla situazione attuale, una seconda tesa ad individuare i punti critici e i nodi da sciogliere, la terza relativa alle novità e alle proposte. La quasi totalità dei quesiti offriva la possibilità di risposte aperte; ciò ha reso necessaria da parte dei ricercatori l'elaborazione di categorie interpretative comprensive che fossero in grado, pur rispettando le posizioni espresse, di rendere adeguatamente un quadro interpretativo generale e significativo.

L'intervista semistrutturata è stata somministrata a 45 testimoni privilegiati, nel periodo 1° febbraio – 4 aprile 2000. Di queste interviste, il progetto di partenza ne prevedeva 36, 5 sono state scartate per motivi tecnici e 40 sono state utilizzate. In totale gli intervistati sono stati 13 provenienti da organizzazioni del volontariato, 5 dal privato sociale, 9 da strutture pubbliche socio-sanitarie, 6 da esperti, 3 da istituzioni (nazionali e locali), 4 da associazioni di stranieri.

## Seconda fase dell'indagine: interviste a figure significative

La seconda fase dell'indagine ha riguardato la realizzazione di 12 osservazioni (studi di caso condotti attraverso interviste a figure significative) su altrettante strutture che operano fornendo servizi socio-sanitari agli immigrati. Avvalendoci di questa metodologia non abbiamo inteso, ovviamente, pervenire a risultati rappresentativi dell'universo fenomenologico di riferimento, bensì, soltanto, individuare alcune linee di tendenza atte a meglio comprendere alcuni aspetti dell'intera problematica. In considerazione di ciò, la scelta delle strutture da osservare si è orientata – con riferimento ai diversi contesti cittadini o regionali e alle aree operative prescelte – verso realtà di volontariato o organismi pubblici contraddistinti dall'esistenza di una struttura organizzativa, anche limitata, volta a fornire servizi socio-sanitari a immigrati.

L'individuazione delle organizzazioni sanitarie da sottoporre ad osservazione è avvenuta soprattutto secondo due criteri significativi: perché operano su aree dove la presenza d'immigrati è rilevante, perché svolgono servizi particolarmente innovativi. Infine, l'individuazione delle strutture sottoposte ad analisi ha cercato di rispondere a criteri di rappresentatività geografica: nel Nord, nel Centro e nel Meridione (Tabella 1).

**Tabella 1. Strutture osservate nel corso dell'indagine**

Città	Strutture osservate
Bologna	Reparto di Ostetricia e Ginecologia- Ospedale Bentivoglio Azienda ASL Bologna Nord Centro per la salute delle donne straniere e dei loro bambini -Azienda ASL Città di Bologna
Firenze	Consultorio ostetrico-ginecologico per le donne cinesi di S. Donnino (Comune di Campi Bisenzio)
Lecce	Centro di permanenza per immigrati "Regina Pacis" di San Foca; Distretto socio-sanitario n. 6 di Martano; Azienda USL Lecce 1
Milano	Poliambulatorio dell'Opera San Francesco per i poveri
Palermo	Poliambulatorio Santa Chiara per cittadini extracomunitari
Roma	Ambulatorio STP (Stranieri Temporaneamente Presenti), ASL RM B; Progetto Campo Nomadi di Vicolo Savini, ASL RM C; Ambulatorio CARITAS di via Marsala Centro Welcome
Torino	Poliambulatorio Giovanni Paolo II presso l'Arsenale della Pace gestito dal SERMIG - Servizio Missionario Giovani, Fraternità della Speranza
Verona	CESAIM – Centro salute per immigrati

A conclusione della ricerca, i risultati raggiunti hanno confortato il nostro lavoro poiché l'elaborazione delle informazioni ha confermato la giustezza delle ipotesi di partenza che hanno guidato il percorso fin dall'inizio, quando si era supposto che la variazione numerica e qualitativa dei flussi migratori e l'evoluzione della normativa avessero prodotto una modifica dell'intera fenomenologia socio-sanitaria.

Questa trasformazione, lungo tutto il corso degli anni novanta, si è caratterizzata per l'emergere progressivo e costante della presenza del servizio socio-sanitario pubblico e per il parallelo cambiamento del ruolo delle strutture di volontariato che, inizialmente, riempivano l'intero spazio dell'assistenza sanitaria agli immigrati.

I cambiamenti, ancora in itinere ma generalizzati, sono caratterizzati da una diseguale evoluzione sul territorio nazionale, tipica, del resto, della situazione più generale del Paese, contraddistinta da una discriminante Nord-Centro-Sud alquanto marcata in molti settori produttivi e socio-economici.

Le opinioni degli esperti testimoniano concordemente l'evoluzione nel decennio dell'assistenza sanitaria agli immigrati, secondo tre percorsi distinti ma interagenti: un'evoluzione legata al contesto normativo, un'evoluzione di tipo strettamente politico-culturale, un'evoluzione interna e specifica delle strutture.

In questo processo di trasformazione, il volontariato è identificato dalla generalità delle testimonianze come una lobby di pressione, sui temi dei diritti dei nuovi utenti, della fruibilità delle strutture e degli aspetti legati alla comunicazione tra paziente e medico, che ha esercitato un'influenza decisiva nella modifica dell'apparato legislativo.

Nel corso del decennio, dunque, i parametri culturali di riferimento si modificano e cresce, ovunque, in modo generalizzato il dibattito sui temi che si sono sopra ricordati. L'approvazione della Legge n. 40 del 1998, sistematizzando una normativa sanitaria coerente, contribuisce a favorire l'emersione delle iniziative sul versante pubblico.

L'aspetto problematico di questa legge rimane la sua attuazione, a macchia di leopardo. L'estrema differenziazione qualitativa e quantitativa dei servizi fruiti e accessibili varia non solo tra Regione e Regione ma anche all'interno dello stesso territorio urbano, addirittura all'interno della stessa struttura. La mancanza di una piena realizzazione della Legge n. 40/1998 è stata imputata da diversi testimoni anche al funzionamento eccessivamente farraginoso, complicato e difficile da comprendere, delle strutture socio-sanitarie pubbliche.

Progressivamente, nel corso degli anni, la sfida è stata raccolta dal servizio pubblico, al cui interno avvengono i cambiamenti maggiori dei dieci anni. Essi sono avvenuti e in modo rilevante, determinando in molti casi il raggiungimento di livelli elevati di prestazioni e di soddisfacimento dei bisogni anche se permangono gravi sacche di inadeguatezza nei rapporti con l'utenza e accentuate, persistenti, manifestazioni di disinformazione sulle nuove disposizioni legislative.

Si segnala, infine, la non univocità delle risposte dei nostri testimoni alla domanda sui punti di forza e di debolezza dei servizi socio-sanitari (da noi posta per valutare su un piano di sintesi generale la situazione nazionale complessiva) a riprova dell'estrema differenziazione degli interventi nei diversi ambiti geografici.

L'unica posizione in comune riscontrabile è quella relativa al giudizio sulla qualità dei servizi. Tale aspetto sembra in effetti un punto di forza: quando la struttura si occupa di un immigrato, la sua prestazione è buona, sullo stesso livello di quelle per italiani. Oggettivamente, pur tra mille problemi, la sanità italiana mostra picchi di eccellenza.

Soprattutto i testimoni che parlano da un osservatorio istituzionale o come esperti indicano nella fruibilità e nel coordinamento istituzionale e con le altre realtà, i due aspetti più delicati, più dinamici e in un certo senso più problematici dell'intera situazione socio-sanitaria. Si potrebbe sintetizzare dicendo che c'è un certo miglioramento nelle procedure ma molto resta

ancora da fare. Si tratta, in effetti, di porre mano ad una riorganizzazione complessiva dei servizi socio-sanitari. C'è spesso totale disinformazione sulle norme e sulle procedure per attuarle, e mancanza di politiche di coordinamento e/o collegamento: un lavoro di formazione e di educazione sanitaria potrebbe avere un effetto molto positivo se non risolutivo.

## **Bibliografia**

1. Rondini R. Bioetica, diritti umani e multietnicità. In: Bedetti C, Geraci S, Guerra R (Ed.). *Atti del convegno nazionale su esclusione e marginalità: scelte programmatiche e misure di contrasto alle diseguaglianze sociali nella salute Roma 14 dicembre 2000*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001. p.80-2.
2. Compagnoni F, D'Agostino F (Ed.). *Atti del convegno su bioetica, diritti umani e multietnicità. Roma, 1999*. Cinisello Balsamo: S. Paolo; 2001.

## ALCUNE CONSIDERAZIONI

Rodrigo Jaimes Hidalgo

*Consulta dell'Immigrazione della Regione Lazio, Roma*

Saluto tutti i presenti, e sono contento di prendere la parola come straniero.

La globalizzazione, nel terzo millennio, investe l'economia, la cultura, le possibilità di salute, la migrazione. È un fenomeno oggi molto discusso negli organismi e strutture che operano nella società: partiti, sindacati, università, associazioni di volontari, laici e religiosi, organizzazioni non governative, servizi sanitari, mass media, ecc.

Gli scontri cruenti che hanno scosso Genova nel 2001, i fatti dell'11 settembre 2001 negli Stati Uniti d'America hanno fornito a tutti noi la percezione della profonda difficoltà di conciliare l'operato delle maggiori potenze del mondo, gli otto Paesi più ricchi, con i bisogni, le tante antiche ingiustizie che fanno soffrire i due terzi dell'umanità, formata da Paesi che sono in via di sviluppo o decimati dalle morti per fame. Alcuni non riescono a emergere sopraffatti dalle povertà, dall'abbandono, dalla fame, dalle malattie, dalla morte di migliaia di creature ogni giorno. Su poco più di sei miliardi di esseri umani che abitano la Terra oltre un miliardo soffre la fame, altri due miliardi non si alimentano a sufficienza per affrontare i normali compiti della vita. Inoltre circa tre miliardi non dispongono di strutture sanitarie di base, un miliardo e mezzo non dispone di acqua potabile, novecento milioni di bambini non completano le scuole dell'obbligo, tre miliardi di persone vivono con meno di un dollaro al giorno. All'inizio del terzo millennio la fortuna dei tre uomini più ricchi del mondo supera il Prodotto Interno Lordo (PIL) accumulato dai quarantotto Paesi più poveri; il patrimonio delle quindici persone più ricche uguaglia il PIL di tutta l'Africa nera, il patrimonio delle trentadue persone più ricche del mondo il PIL dell'Asia del Sud. Inoltre con 40 miliardi di dollari ovvero il 4% della fortuna dei duecentoventicinque uomini più ricchi si potrebbe soddisfare i bisogni fondamentali di cibo, acqua potabile, infrastrutture sanitarie educazione, assistenza sanitaria di tutta la popolazione mondiale. In genere si evita abbondantemente di parlare di questi problemi.

Cosa possiamo fare? La Caritas a mio avviso fa molto. Altre organizzazioni si impegnano anche a fini di sviluppo economico delle proprie strutture.

Il volontario è un esempio di disinteresse economico per ciascuno di noi, ricordo a questo proposito Don Luigi di Liegro, Don Favero, Don Nicola Pavone, e tanti laici. Dobbiamo seguire questo esempio dobbiamo fare un esame di coscienza. Le strutture non devono farsi la lotta. È importante che le attività di formazione in sanità siano rivolte anche agli stranieri.

Sarebbe bene che tutti noi frequentassimo un corso di umanità che tuttavia purtroppo non esiste, pensando ai soldi tradiamo il principio di umanità.

Per finire, prima di morire Don Favero, Don di Liegro e Don Pavone e Madre Teresa di Calcutta, mi dissero di continuare a lottare specialmente per i deboli, anche per raggiungere piccoli obiettivi, la salute poi è la cosa più importante del mondo.

Dobbiamo essere più coscienti e più umani. Il Papa ha detto che dobbiamo rivangelizzare l'Europa, dove c'è il materialismo puro, la civiltà e il progresso regresso, perchè le macchine, il consumismo rappresentano la civiltà che uccide, Sodoma e Gomorra sono qui.

*La riproduzione parziale o totale dei Rapporti e Congressi ISTISAN  
deve essere preventivamente autorizzata.*

*Stampato da Ditta Grafiche Chicca & C. snc  
Via di Villa Braschi 143, 00019 Tivoli (Roma)*

*Roma, marzo 2003 (n. 1) 5° Suppl.*