

SANITA' MULTIETNICA: LUOGO DI CURA O "LUOGO COMUNE"?

Area Pianificazione strategica
Prof. R. H. Desmarteau
Tutor T. Lavallo



Capatti Raffaella
Colombari Sabrina
Giorgetti Maria
Suzzi Damiano
Veronesi Claudio

INDICE

Sommario.....	1
L'immigrazione in Italia.....	2
Lo Scenario Demografico.....	2
Lo stato di salute degli immigrati in Italia.....	3
Quadro normativo e politiche sanitarie	3
Cultura e organizzazione.....	4
Il dialogo e le incomprensioni	6
Metodi e strumenti.....	8
L'area del disagio psichico	8
Sintesi	9
Raccomandazioni conclusive.....	9
Bibliografia.....	10

Sommario

Il dibattito sull'immigrazione in Italia è particolarmente acceso in questi mesi, evidenziando quanto sia difficile realizzare un'integrazione effettiva, al di là delle buone intenzioni e dei pregiudizi. Abbiamo osservato due aree (area del percorso nascita ed area del disagio psichico) di intervento sanitario basandoci sulla teoria antropologica per verificare la possibilità d'interazione tra nuove comunità presenti, e le "comunità" dei servizi, indagando le socio-strutture, le culture e le caratteristiche degli attori presenti nelle due "comunità".

Gli strumenti utilizzati sono stati le interviste con i professionisti, con gruppi di cittadini stranieri, con opinion leader stranieri, con team di lavoro, con operatori del terzo settore e dei servizi sociali.

Il quadro che emerge indica che l'integrazione è un processo che non si autogenera, dotato di una complessità intrinseca, necessitante di una negoziazione attenta, permanente e rispettosa del contributo di tutti gli attori implicati, stranieri compresi.

Gli scenari che s'immaginano per il futuro possono avvalersi di strutture tecnologiche, oggi già disponibili (rete cibernetica, formativa – informativa), di disegni organizzativi multidisciplinari e interdisciplinari (piani per la salute mirati), di evoluzioni culturali progressive tese:

- all'ascolto dell'alterità del bisogno,
- alla flessibilità,
- al rispetto, mediazione e negoziazione tra culture,
- alla saturazione olografica di ogni nodo della rete,

per il miglioramento dell'accessibilità ai servizi, per l'incremento dell'appropriatezza, dell'assistenza, e per una migliore compliance terapeutica.

L'immigrazione in Italia

L'immigrazione ha interessato solo recentemente l'Italia, antico paese d'emigrazione, che fino alla fine degli anni '70 vedeva ancora emigrare oltre 300.000 cittadini l'anno.

Oggi il fenomeno è capovolto, è in corso un complesso flusso migratorio le cui linee principali sono dirette dal Sud verso Nord, e da Est verso Ovest.

L'Italia per la sua posizione geografica e per la mancanza di una legislazione che regolasse l'entrata degli stranieri, ha rappresentato, nei primi anni '80, la porta d'ingresso verso altri paesi europei; questo ha conferito alle migrazioni verso l'Italia un carattere "di transito", che poteva durare tre o quattro anni, in attesa dell'autorizzazione a emigrare verso altre nazioni, soprattutto Stati Uniti, Canada, Israele e Nuova Zelanda. I processi di integrazione sono stati, in tal modo, ulteriormente complicati da una condizione sospesa, provvisoria, che rinviava ad un approdo definitivo più lontano.

La presenza di immigrati risulta ancora caratterizzata da una componente significativa di irregolarità giuridica (gli irregolari o clandestini), da condizioni di vita spesso disagiate, fattori che favoriscono il loro sfruttamento da parte delle organizzazioni criminali.

Lo Scenario Demografico

Il fenomeno dell'immigrazione in Italia, inizialmente marginale, è progressivamente aumentato fino a contare alla fine del 1999 circa un milione e cinquecentomila stranieri con regolare permesso di soggiorno, ai quali si deve aggiungere la componente irregolare e clandestina stimata attorno al 25% dei regolari. Confrontando questo numero con il 1998 si osserva un aumento complessivo del 3.2%, e l'incidenza sulla popolazione residente è pari al 2.2%, meno della metà rispetto alla media europea.

La presenza illegale è data da immigrati regolarmente entrati in Italia, che in un secondo momento, restando oltre i termini del permesso di soggiorno, diventano irregolari; i clandestini in senso stretto, legati a lavori stagionali, invece, sono in parte diminuiti dopo l'entrata in vigore della legge 39/1990, della sanatoria seguita al Decreto Legge 489/1995 e della sanatoria seguita alla legge 40/1998.

Le proiezioni degli scenari economici mondiali fanno prevedere la situazione demografica che si verrà a creare nei prossimi 10-15 anni in Europa e nel nostro Paese. La tab. 1 (allegato 1) illustra le proiezioni per l'Italia della popolazione, per classi di età e cittadinanza, al 1° gennaio degli anni indicati.

La struttura per età della popolazione immigrata evidenzia una grande concentrazione nelle età centrali (poco meno del 50% di coloro che sono in possesso di un permesso di soggiorno hanno un'età compresa tra i 25 e i 35 anni). La popolazione straniera sarà determinante nel contenere la forbice tra la dimensione numerica degli appartenenti alle classi di età superiori ai 60 anni e quelle giovanili; non può certamente sfuggire l'implicazione che questo comporterà nel meccanismo di formazione del fondo previdenziale del nostro Paese, inoltre il tasso di natalità delle popolazioni straniere è decisamente più alto (13,4 per mille) rispetto a quello degli italiani (9,4 per mille).

Lo stato di salute degli immigrati in Italia

Dall'osservazione della distribuzione per età della popolazione immigrata regolarmente presente in Italia, si evince che il 10% appartiene alla fascia di età 0-12 anni, il 69% appartiene alla fascia 13-40 anni, complessivamente il 79% degli immigrati ha meno di 40 anni.

I primi dati sulla salute degli immigrati sono presi dai Centri medici per stranieri, organizzati dal volontariato o pubblici. Le informazioni provenienti da centri diversi non sono del tutto confrontabili, ma indicano che l'immigrato arriva generalmente sano, nel nostro paese: l'integrità fisica rappresenta la "forza lavoro" su cui viene giocata la probabilità di successo del progetto migratorio. E' "l'effetto migrante sano" ampiamente citato in letteratura, che fa riferimento ad un'autoselezione che precede l'immigrazione, operata già nel paese di origine.

Le condizioni di vita cui l'immigrato dovrà conformarsi nel paese ospite potranno poi essere capaci di erodere e dilapidare in tempi più o meno brevi, il "patrimonio" di salute iniziale.

Dai dati di ricovero ospedaliero emergono con maggiore evidenza situazioni indifferibili di domanda sanitaria, quali gravidanza e parto, interruzioni volontarie di gravidanza; rispetto alle IVG si è evidenziata una "forbice" crescente tra giovani donne straniere ed italiane.

Rilevante è la mancanza di un supporto psico-affettivo, tale situazione riguarda soprattutto la prima generazione di migranti; l'abbandono dei propri affetti, la fase particolarmente critica di vita, comportano una maggiore fragilità psicologica.

I principali fattori di rischio per la salute dell'immigrato risultano essere:

- disoccupazione o precarietà occupazionale, scarsa tutela del lavoro;
- inadeguatezza alloggiativa, sovraffollamento, carenze igieniche;
- alimentazione insufficiente o sbilanciata;
- diversità climatiche;
- lontananza dagli affetti, mancanza di supporto psico-affettivo;
- sradicamento culturale, diversità di costumi e valori;
- difficoltà comunicative e di inserimento sociale;
- fallimento o minaccia di fallimento del progetto migratorio;
- discriminazione nell'accesso e/o utilizzo dei servizi socio-sanitari.

Quadro normativo e politiche sanitarie

Il diritto alla tutela della salute è garantito dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, approvata nel 1948 a New York dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, che fa espresso riferimento alla pari libertà e dignità degli individui.

L'articolo 32 della Costituzione Italiana afferma: "La Repubblica italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". L'articolo 3 sottolinea che "tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinione politiche, di condizioni personali e sociali".

Legge 943/1986: Norme in materia di collocamento e di trattamento dei lavoratori extracomunitari e contro le immigrazioni clandestine.

Legge Martelli n°39/1990 recante norme urgenti in materia di asilo politico, di ingresso e soggiorno dei cittadini extracomunitari.

Legge 40/1998 sull'immigrazione, poi confluita nel D.Lgs. 286/98 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero", le cui disposizioni sanitarie sono una vera svolta rispetto al passato.

D.Lgs. 286/98: riconosce al fenomeno migratorio una valenza strutturale e non legata all'emergenza, propone la politica di integrazione perseguita dal governo come tentativo di mettere gli stranieri nelle condizioni di vivere "normalmente", tendendo ad un percorso di progressiva e piena cittadinanza, sottolinea che allo straniero, a prescindere dalla sua condizione giuridica, "sono riconosciuti i diritti fondamentali della persona umana", mentre a quanti soggiornano regolarmente sono riconosciuti gli stessi diritti civili attribuiti ai cittadini italiani.

D.Lgs. 13/4/1999 concernente le disposizioni correttive al Testo Unico sull'immigrazione, Art.8. Disposizioni relative alle procedure di regolarizzazione.

DPR 31/8/1999 n° 394: Disposizioni in materia sanitaria, Assistenza per gli stranieri iscritti e non iscritti al SSN, ingresso e soggiorno per cure mediche.

Il Piano Sanitario nazionale 1998 – 2000 approvato con Dpr 23/7/98, sostiene e rafforza quanto delineato dalla nuova legislazione; per la prima volta la salute degli stranieri immigrati viene riconosciuta tra le priorità del nostro Ssn e della collettività che esso tutela.

Nonostante una legislazione ed una programmazione innovative si evidenziano criticità e rischi dai quali può dipendere il successo della politica sanitaria sugli immigrati:

- Nei mesi che hanno seguito l'emanazione della legge 40/98 si è assistito a comportamenti applicativi difforni da luogo a luogo, con una pericolosa tendenza alla discrezionalità. Solo poche regioni hanno emanato delibere o circolari attuative. Per ovviare a questo rischio, oltre al costante richiamo al rispetto della normativa, sarebbe auspicabile un intervento di monitoraggio permanente (con particolare attenzione all'accessibilità ai servizi sanitari pubblici), condotto attraverso un coordinamento interregionale, i cui singoli membri dovrebbero essere a loro volta referenti all'interno della propria regione.
- La conoscenza della normativa (condizione indispensabile alla sua corretta applicazione), deve essere perseguita attraverso una capillare informazione condotta sia sulle aziende, servizi, operatori, sia sulla popolazione immigrata. L'URP e le associazioni di volontariato potrebbero rivestire un ruolo centrale nell'orientamento ai servizi.
- Un'altra criticità, che accomuna cittadini immigrati ed italiani è legata all'azione negativa esercitata da alcune barriere artificiali di tipo organizzativo, con meccanismi di semplificazione amministrativa.

Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 indica la necessità di prevedere un Progetto di salute degli stranieri immigrati. L'obiettivo prioritario è di creare le condizioni per un tempestivo accesso ai servizi da parte dei cittadini e cittadine stranieri immigrati, regolari e non, tramite azioni concertate dei soggetti pubblici, del privato e del volontariato, che nel settore ha una funzione non surrogabile:

- promozione di iniziative finalizzate a diffondere informazioni e conoscenze tali da facilitare l'iscrizione al SSN e da consentire un tempestivo utilizzo dei servizi sanitari di tipo preventivo e curativo;
- sviluppo di iniziative e servizi, in parte già esistenti sul territorio regionale, rivolti alle cittadine straniere immigrate, per l'informazione, l'assistenza e la cura, con particolare riferimento alla gravidanza ed alla maternità responsabile, realizzando "spazi" consultoriali per donne e bambini;
- attivazione, a livello locale, di tutti gli attori coinvolti nella gestione dell'assistenza agli stranieri immigrati: Enti locali, forze sociali, associazioni di volontariato che hanno maturato esperienza specifica sui problemi dell'immigrazione, per avviare progetti comuni di intervento volti a favorire l'uscita dall'emarginazione e a tutelare la salute come diritto dell'individuo ed interesse della collettività;
- promozione degli interventi diretti ad eliminare la persistenza di pratiche e mutilazioni sessuali lesive della condizione e della integrità fisica delle donne immigrate;
- formazione e sensibilizzazione degli operatori sanitari, per il rispetto della cultura d'origine e per favorire l'integrazione;
- interventi di mediazione socio-culturale finalizzati all'eliminazione di barriere socio-linguistiche che limitano l'accesso ai servizi ed il concreto esercizio del diritto alla salute;
- azioni di prevenzione e di riduzione del danno, per le persone dedite alla prostituzione, già previste dal Progetto regionale avviato nel 1996, contrastando la diffusione dell'infezione HIV e delle malattie sessualmente trasmissibili, in forte incremento negli ultimi anni;
- creare condizioni che permettano l'accesso al sistema dei servizi agli stranieri con dipendenze patologiche, consentendone l'inserimento in programmi terapeutici e di recupero di lunga durata, superando eventuali problemi di ordine amministrativo e finanziario.

Cultura e organizzazione

Secondo lo schema concettuale di cultura organizzativa, proposto da Allaire e Firsirotu, un'organizzazione ha tre componenti intimamente correlate tra loro:

1. Un sistema socio strutturale composto dall'interazione tra le strutture formali, le strategie, le politiche, i processi di gestione e da tutte le componenti ausiliarie della vita e del funzionamento organizzativo (obiettivi e scopi formali, strutture di autorità e di potere, meccanismi di controllo, motivazioni e ricompense, processi di selezione di reclutamento e di formazione).

2. Un sistema culturale che riunisce gli aspetti espressivi ed affettivi dell'organizzazione in un sistema collettivo di significati simbolici: i miti, le ideologie e i valori. Comprende anche gli artefatti culturali (riti, cerimonie e costumi, metafore, acronimi, slogan, racconti, leggende e folclore organizzativo, emblemi, architetture). Questo sistema culturale è influenzato dalla società che lo circonda, dalla storia dell'organizzazione, e da i vari fattori contingenti. Si evolve ugualmente sull'azione degli attori dominanti e sull'interazione dinamica tra i suoi elementi culturali e strutturali. Le seguenti definizioni di "miti", "ideologie" e "valori" sono utili per l'orientamento simbolico del nostro concetto di cultura organizzativa.

I Miti sono "macchine per la soppressione del tempo" (Levi-Strauss), stabiliscono dei legami affettivi tenaci tra un passato venerato e la realtà attuale.

L'Ideologia è un sistema coerente di credenze, che fornisce delle spiegazioni generali convincenti, spesso mitiche, della realtà sociale, legittima l'ordine sociale attuale, esorta senza equivoci all'azione collettiva.

I Valori sono delle interpretazioni simboliche della realtà che vogliono dare un significato alle azioni e stabiliscono delle norme di comportamento sociale. I valori sono quindi degli elementi costitutivi dell'ideologia che essa integra in un sistema coerente di credenze, sono anche l'espressione più concreta dell'ideologia. Così le ideologie impiegano i valori come sostegno e come utilità espressiva, benché essi possano esistere indipendentemente da tutte le ideologie. Tutte le organizzazioni tendono a adottare e mantenere il proprio sistema di valori e le corrispondenti costruzioni simboliche.

3. Gli attori specifici. Sono dotati di personalità, esperienza e talento propri; qualunque sia la loro funzione tendono ad elaborare un'immagine coerente della realtà al fine di comprendere l'universo organizzativo. Il tipo di relazione con il sistema culturale e il grado di partecipazione al sistema collettivo dei significati possono variare da un attore all'altro secondo le proprie particolarità ed esperienze.

Esiste normalmente tra sistema culturale e socio strutturale dell'organizzazione una relazione di sostegno complesso che può divenire una sorgente importante di tensione e di pressione nel momento in cui l'organizzazione si deve adattare rapidamente a nuove circostanze; essi si devono sviluppare in modo armonioso e concomitante. Questa relazione può essere perturbata nel momento in cui avvengono trasformazioni importanti nell'ambiente, sia improvvisamente che gradualmente e senza che l'organizzazione le percepisca, almeno per un certo periodo di tempo.

Nel momento in cui tali cambiamenti sono percepiti si tende ad adattarsi modificando il sistema socio strutturale formale. Ne risulta quindi una dissonanza e desincronizzazione tra i due sistemi; questa tensione tra i due sistemi può essere più o meno grave, passando da perdita temporanea di efficacia fino al marasma cronico, alla decadenza o alla rivoluzione culturale.

L'incontro tra due culture è anche un incontro tra ciò che queste culture hanno contribuito a creare e sostenere, comprendendo le strutture e le organizzazioni sociali e di servizio, tra le quali certamente quella sanitaria.

Anche le organizzazioni sanitarie quindi, come espressione della società in cui si trovano, degli scopi che si prefiggono e delle persone che vi lavorano, possiedono caratteristiche culturali; è attraverso la propria cultura che un'organizzazione manifesta la sua individualità e particolarità.

I significati, i valori e i simboli, coerenti con questi valori, sono l'espressione di questa cultura, così come la struttura che l'organizzazione si è data, ne è stretta manifestazione. Il percorso che l'emigrato affronta, nel momento in cui ha necessità di una prestazione sanitaria, contiene innumerevoli occasioni di contatto tra ciò che la cultura organizzativa ha strutturalmente previsto e quanto la sua cultura personale gli renderebbe necessario.

Nel percorso di assistenza alla gravidanza, i vari "luoghi" in cui vengono forniti servizi non sono, per le considerazioni dette all'inizio, e nonostante il medesimo ambiente sociale che li circonda, completamente omologati tra loro.

La condizione della donna immigrata in gravidanza è paradigmatica nell'osservazione di queste differenze: il carico di significati simbolici e la complessità personale e sociale dell'evento nascita è quantitativamente molto simile a tutte le latitudini, ma se a tutto ciò aggiungiamo quanto di culturalmente originale ogni etnia porta con sé e quanto ogni donna, personalmente, trasporti come bagaglio, la complessità si fa completa.

Quando avviene il contatto tra questa complessità e le nostre procedure, e nel momento in cui la dimensione numerica di queste occasioni si fa rilevante, non è più sufficiente produrre piccoli adattamenti di percorso.

Emily Martin afferma che il complesso simbolico che conferisce senso ed ordine al parto in ospedale è la metafora della fabbrica, con i suoi tempi e luoghi deputati a certe funzioni, con la sua divisione del lavoro, la sua gerarchia amministrativa, la sua valutazione quantitativa dei costi e dei benefici.

Tante procedure in uso, a cui donne immigrate e non devono sottoporsi, provengono da logiche culturali non distanti da quello che prima abbiamo descritto: l'allontanamento del bambino dopo il parto, le costrizioni posturali, le procedure igieniche standardizzate, la rigidità dei ritmi e delle scelte alimentari, i turni del personale e le responsabilità gerarchiche ne sono un esempio.

Per tutte le Maghrebine ad esempio, questo periodo significa essere al centro delle attenzioni di tutti, servite e protette come mai più nella loro vita. E' l'unico momento di autonomia e potere sociale, al centro di un evento avvolto da quella "sacralità" che giustifica le cure premurose del loro ambiente familiare e sociale. Un ambiente connotato quasi esclusivamente al femminile, una rete di cerimonie modulate soprattutto su cure ed attenzioni per il corpo, da noi completamente assenti. Questi valori, con i simboli che li accompagnano, non trovano certo alloggio nella casa della nostra organizzazione sanitaria, ma sarebbe meglio dire neanche della nostra organizzazione sociale.

E' pur vero che molte donne hanno un atteggiamento ambivalente nei confronti della medicalizzazione della gravidanza e del parto, a volte abbagliate dalla tecnologia occidentale e dalla "sicurezza" asettica che viene offerta. La disillusione deriva soprattutto dalle prime esperienze di contatto con il percorso in ospedale: l'efficienza che si garantisce si paga con la spersonalizzazione degli interventi, con la poca attenzione ai bisogni non codificati dai DRG.

La parcellizzazione di questi interventi, moltiplica gli interlocutori, rende poco chiara la loro responsabilità, accentua la difficoltà e la paura di chi "non conosce", di chi è subalterno per condizione di immigrato e per condizione di malato.

L'automazione delle procedure e i tempi scanditi per effettuarle non riescono certo a garantire la qualità di ascolto necessaria a chi considera l'esperienza che sta vivendo come un grande rito sociale. La comunicazione, per chi ha difficoltà a comprendere e a farsi comprendere, diventa un bene prezioso e da conquistare. Proprio per loro acquista maggior valore, anche al di là di quanto venga trasportato dalla propria cultura etnica, tutto ciò che di non verbale viene trasmesso.

Il Consultorio Familiare è spesso il primo contatto sanitario per la donna che attende un bambino. Anche l'organizzazione di un servizio territoriale, pur dotato dal proprio imprinting culturale di una flessibilità e disponibilità differenti, mostra, grazie al contatto con la "diversità" delle donne immigrate, contraddizioni ed insufficienze.

Anche qui la donna straniera "porta" la questione della personalizzazione dei servizi e attraverso le proprie esperienze non omologate, costringe a riflettere e a interrogarsi anche su quello che si considerava routine consolidata.

Il dialogo e le incomprensioni

Sanità multietnica sono due parole che riempiono la bocca, perché concentrano in un unico concetto attualità e complessità ma anche stereotipi e velleitarismo.

L'incontro con lo straniero, l'immigrato, l'extracomunitario è uno dei momenti nuovi dell'essere impegnati in campo sanitario in Italia, non tanto perché da ciò nascono nuovi problemi, o nuove esigenze, ma perché è nuovo il modo con cui queste si pongono: è la riscoperta del peso della cultura e dell'imprinting della società d'origine nel determinare lo stato di "buona salute" fisica e mentale degli individui.

E' anche un modo per riscoprire come il nostro "ovvio" non sia un valore assoluto, tanto più in sanità, dove false esigenze ed automatismi burocratici hanno allontanato dai bisogni reali delle persone, dal "particolare" che ognuno porta in sé.

La Sanità non poteva rimanere esente da queste aree di contatto, tanto più oggi, quando, superato il momento di immigrazione pionieristica, numericamente limitata e costituita soprattutto da giovani sani, i ricongiungimenti familiari ristabiliscono una struttura sociale più simile alla nostra, anche nei bisogni assistenziali.

Le reazioni degli operatori di fronte ai nuovi pazienti non sono naturalmente molto diverse di quelle della società nel suo complesso, passando dall'ostilità dichiarata all'accoglienza incondizionata.

L'uso di termini quali interculturalità, multiculturalità e transculturalità permette di definire concetti di interazione culturale sostanzialmente differenti:

- L'orientamento interculturale è teso ad uniformare le culture altre alla cultura del paese di accoglienza, scuola identica, servizi identici, ecc...;
- L'orientamento multiculturale sottintende che gli immigrati, aggregati in gruppi linguistici, etnici o religiosi, mantengano la loro specificità, con città organizzate in quartieri che li raggruppano;
- L'orientamento transculturale offre a tutti coloro che sono in un contesto di integrazione (operatori, migranti) uno spazio in cui possono esistere ed essere valorizzate le differenze, permettendo una forma di conoscenza che tiene conto dell'origine, della storia personale e culturale e della visione del mondo di appartenenza.

Il dialogo transculturale è lo strumento per esplorare le diversità: la definizione e comprensione di queste diversità consente di proseguire il dialogo stesso.

L'approccio sanitario con il paziente straniero non può essere costruito senza la consapevolezza che nella medicina occidentale vi è chi studia e opera (il medico) e chi è studiato e riceve gli interventi (il paziente), il primo ad altissima responsabilità, il secondo a bassa: il ruolo distinto tra soggetto e oggetto della prestazione è nettamente delineato.

R. Colasanti e S. Geraci ritengono che le possibili incomprensioni tra Medico e Paziente Immigrato si situino a cinque livelli:

- ✓ Prelinguistico
- ✓ Linguistico
- ✓ Metalinguistico
- ✓ Culturale
- ✓ Metaculturale

L'incomprensione a livello prelinguistico rispecchia la difficoltà di comunicare le proprie sensazioni interiori; non è legata esclusivamente alla relazione transculturale ma è un'esperienza diffusa in ogni cultura. Un esempio classico è la differenza tra le parole inglesi "illness" e "disease" che significano entrambe "malattia": "Illness è ciò che il paziente sente quando va dal dottore, disease è ciò che ha quando torna a casa dall'ambulatorio" (Cassel). In ambito transculturale possono non esistere parole per descrivere quello che un orecchio sanitario occidentale si aspetta; viceversa quest'orecchio può non riconoscere le parole che l'altro utilizza per esprimere i propri vissuti. Il livello linguistico comporta la difficoltà più ovvia, quella di due interlocutori che non conoscono una lingua comune, difficoltà che si riduce con il passare del tempo di permanenza, che però non riesce a superare le differenze semantiche d'alcune parole pur letteralmente comprese. Il livello metalinguistico è un livello simbolico, ad un certo termine possono corrispondere, nell'universo mentale di chi parla e di chi ascolta, significati astratti differenti e quindi fonti di fraintendimento. Alcune malattie portano con sé significati simbolici che possono essere molto distanti nelle diverse culture (la parola "cancro" sinonimo di morte nel nostro paese non avrà lo stesso significato in un altro dove la causa di morte prevalente sono le infezioni). Le incomprensioni che toccano il livello culturale sono tra le più complesse da affrontare, per l'impossibilità di conoscere sufficientemente i riferimenti culturali di tutte le etnie con cui veniamo in contatto, ma soprattutto perché l'identità culturale di un individuo è dinamica e duttile e sarebbe fuorviante ingessarla nei confini del suo imprinting culturale.

Il livello metaculturale è quello delle incomprensioni che derivano da differenze ideologiche, filosofiche e religiose. Non bisogna però dimenticare che la rigidità con cui si decide di seguire una regola, specialmente quando ci si trova lontani dal proprio paese, può essere determinata dalla necessità inconsapevole di rimanere ancorati alla propria origine, di ricevere rassicurazioni sulla propria identità, in un momento di crisi accentuato proprio dalla malattia.

Metodi e strumenti

La vastità e la complessità dell'impatto dell'immigrazione sul nostro sistema sanitario, ci ha indotto a circoscriverlo, limitando la nostra osservazione a due aspetti particolari ma significativi: "il percorso nascita" come fenomeno quantitativamente rilevante di primo accesso; "l'area del disagio psichico" per la connotazione simbolica e culturale tipica di ogni comunità.

Il tema è stato sviluppato attraverso le seguenti fasi:

- Ricerca bibliografica e della normativa di riferimento;
- Interviste a stakeholders (operatori della sanità, del volontariato, cittadini immigrati);

Obiettivi delle interviste:

- Conoscere lo stato dell'arte dei servizi sanitari e sociali, ai quali afferisce la popolazione immigrata, valutandone i punti di forza e di debolezza;
- Conoscere le esperienze e la valutazione dei cittadini emigrati nell'utilizzo dei servizi

Sono stati intervistati, per le riflessioni sul percorso nascita, due gruppi ai quali è stato proposto uno scenario attraverso il racconto della "La storia di Amina", proposta in allegato 2.

- Il primo gruppo era formato da donne di diverse etnie individuate sulla base di una recente maternità (9 donne provenienti da Marocco, Tunisia, Algeria, Giordania, Cina);
- Il secondo gruppo era formato da professionisti del volontariato e del servizio pubblico (1 MMG che opera anche in un centro Caritas come volontario, 1 ostetrica ed 1 ginecologa operanti nel Servizio Territoriale, 1 ginecologa operante in Ospedale).

Relativamente all'area del disagio psichico sono stati intervistati psichiatri, ospedalieri e del Servizio Territoriale, operatori sociali con esperienza di lavoro con immigrati, nonché l'Imàm della Moschea di Imola.

L'area del disagio psichico

I disturbi psichiatrici non sono maggiori, numericamente, rispetto a quelli dei nostri cittadini, se mai sono atipici, ma hanno spesso caratteristiche diverse. Facilmente vanno verso la somatizzazione, più che verso la psicologizzazione del malessere, spesso sono legati allo *stress transculturale* con quello che alcuni chiamano "*spaesamento*".

I disturbi maggiori di tipo psicotico presentano delle forme di allucinazione e delirio che all'osservazione appaiono pesanti, ma spesso sono in realtà più flessibili rispetto a quelle dei nostri cittadini.

L'operatore psichiatra rispetto al problema del migrante può muoversi:

- Come un osservatore esterno, che osserva, cataloga, riconosce i sintomi e stabilisce una diagnosi, similmente ad un antropologo quando osserva una popolazione;
- Con una osservazione partecipativa, facendo un tentativo di riconoscimento delle caratteristiche proprie delle culture altrui. In questo approccio esso si avvale della presenza del mediatore culturale per decifrare non soltanto il linguaggio ma anche la cultura: il mediatore ricorda inoltre in ogni momento il livello di alterità presente nella dimensione del colloquio. Questo può portare anche a modificare il setting, una cosa abbastanza difficile per i professionisti: può, nel tempo, spingere a modificare le categorie cliniche nelle quali si inquadrano le osservazioni;
- L'osservazione-condivisione, dove l'operatore psichiatra viene talmente coinvolto dalla presenza e dalla partecipazione alla cultura altrui da inventare o importare modelli diagnostici e terapeutici che non sono tipici della nostra cultura, ma lo sono della *medicina tradizionale* (stregoni e sciamani), non facendo più propriamente diagnosi ma facendo *divinazione*.

La caratteristica psicologica di base del migrante è quella di essere tra due mondi, quello di origine, da cui proviene e con il quale spesso ha ancora dei legami, e quello in cui si trova a vivere dentro il progetto migratorio. Questo crea una condizione di appartenenza che va giocata, in quanto un elemento di tensione e di conflitto necessario: "non si può pretendere di risolvere il problema di appartenenza subito, saltando da un'appartenenza all'altra, o volendo rimanere in nella propria appartenenza senza riconoscere il contesto esterno. Uscire da questa necessaria lentezza determina un rischio" (Imàm Moschea Imola).

La sintesi che si può fare sul disagio psichico della popolazione immigrata è che la necessità prioritaria è quella di tornare all'elemento "dell'ascolto", Una frase emblematica che può stigmatizzare quanto detto è la seguente: ".. si tratta piuttosto di comprendere che parlare con chi è altro da noi significa anche ascoltare, e se prestiamo ascolto sarà difficile che tutto ciò che abbiamo da dire resti immutato..." (Kilani, 1994).

Sintesi

Al termine dell'esplorazione che abbiamo condotto rispetto alla relazione esistente e futura tra sanità e presenza di popolazioni multietniche possiamo affermare che :

- ⇒ La nostra organizzazione sanitaria viene considerata in modo sostanzialmente positivo
- ⇒ Ci sono problemi di tipo relazionale e di rispetto della persona
- ⇒ Ci sono barriere linguistiche e culturali importanti che rendono difficili il flusso informativo sia a livello clinico sia a livello culturale, di valori ed emozioni
- ⇒ Ci sono aree di condivisione già praticata, aree di possibile negoziazione ed aree dove le differenze permarranno in modo stabile
- ⇒ L'integrazione non si autogenera ma va ricercata in un dialogo permanente tra culture che porti progressivamente ad una coesistenza sostenibile aperta all'incremento del "bene comune"
- ⇒ Il rimodellamento e la flessibilizzazione dei servizi comporterà una maggiore attenzione alla personalizzazione sanitaria e questo potenzierà anche un migliore accesso al "bene comune sanitario" anche per i nostri cittadini
- ⇒ I canali di comunicazione e di informazione sono molteplici e non necessariamente legati ai sistemi informativi sanitari, così come noi usualmente intendiamo. L'investimento in un'alleanza che migliori la comunicazione e l'informazione con i nuclei aggregativi e gli opinion-leader delle comunità etniche è premessa indispensabile per un miglior utilizzo del sistema sanitario

Raccomandazioni conclusive

Creare un sistema di informazione-formazione olografico ovvero:

- Far entrare l'intero nelle parti
- Creare interdipendenza e ridondanza
- Creare specializzazione e contemporaneamente generalizzazione
- Creare la capacità di auto-organizzarsi

Una piastra olografica contiene infatti tutte le informazioni necessarie a riprodurre l'immagine completa in ciascuna delle sue parti.

Se immaginiamo un modello di organizzazione deputata alla informazione e formazione in campo sanitario, relativamente all'utenza straniera, possiamo pensare ad una rete di servizi e settori, nei quali le conoscenze richieste dall'insieme siano contenute nelle singole parti; in modo tale da ottenere un'organizzazione in grado di apprendere, di auto-apprendere e di auto-organizzarsi.

In tale organizzazione di servizi per i cittadini possiamo prospettare la presenza di (allegato 3) una rete remota, regionale o anche nazionale, di interpretariato sanitario ed informazione a cui è possibile accedere da ogni parte del sistema sanitario. La rete di mediazione culturale sarà l'anello di congiunzione fra culture di operatori e cittadini, l'elemento che ricorderà agli operatori in ogni momento l'alterità. Un Comitato misto di operatori, cittadini stranieri e mediatori permetterà in

un'ottica di circolarità di ripensare e progettare i servizi in una logica di negoziazione permanente. Gli Uffici Relazione con i Cittadini (U.R.C.) vanno organizzati in modo da comprendere gli elementi di facilitazione (traduzioni, interpretariato, mediazione culturale) nel contatto con i cittadini stranieri. E' importante che gli U.R.C. siano i promotori e i coordinatori di tutte le utilità atte ad agevolare i percorsi di accesso e di utilizzo alle prestazioni ed ai luoghi sanitari. In un'ottica di rete olografica l'Ufficio di relazione con il cittadino dovrà promuovere la saturazione dell'informazione nei nuclei esterni alla sanità ma in contatto con gli stranieri (Comune, Servizi sociali, sindacati, associazioni, terzo settore, comunità etniche e loro luoghi di aggregazione). La prevenzione nei confronti delle malattie, a seguito di fattori di rischio che si esprimono principalmente sul piano ambientale (garanzie abitative e lavorative) esige la costruzione di progetti specifici all'interno dei Piani per la salute che coinvolgano attivamente il Comune ed in modo particolare il settore urbanistica, con il servizio sociale, con un'articolazione mirata alle politiche del lavoro. I Piani per la salute saranno inoltre importanti per la programmazione di misure per ridurre le differenze di salute nella popolazione straniera. Si ribadisce comunque come fondamentale dei cittadini stranieri in ogni fase delle progettazioni.

Bibliografia

- AA.VV., "Oltre il colore della pelle - Italia crocevia di migranti e culture", Begatto libri, 1999
- AA.VV., NEU-Infermieristica Neurochirurgica, n°4, 1995
- Allaire Y., Firsirotu M., "Les théories de la culture organisationnelle", 1984
- Balsamo F., "Da una sponda all'altra del Mediterraneo – Donne immigrate e maternità", Ed. L'Harmattan, 1997
- Beattie J., "Uomini diversi da noi- Lineamenti di antropologia sociale", Ed. Laterza, 1975
- Bernardotti A., Michielli M., " Cittadini immigrati e servizi socio sanitari" da "Osservatorio Newsletter", I.S.I. Comune di Bologna-, N° 3 – 1999
- CIPES, "I nuovi orizzonti dell'educazione sanitaria a promozione della salute", Conferenza Nazionale, Pisa, 2000
- Commissione per l'integrazione , "Primo rapporto sull'immigrazione in Italia". 11/1999
- Ember R. Carol, Ember M., "Antropologia culturale", Ed. Il Mulino, 1998
- Fabiotti U., "Antropologia culturale – L'esperienza e l'interpretazione", Ed. Laterza, 1999
- Galbraith, Jay R, "Designing Organisation"- San Francisco, 1995
- Garcia M. A., "Tutti nella stessa Barca", Progetto di ricerca, COSPE Bologna, 1997
- Geertz C. "Interpretazione di culture", Ed. Il Mulino, 1987
- Geertz C., "Mondo globale, mondi globali". Ed. Il Mulino, 1999
- Kroeber A., "Antropologia dei modelli culturali", Ed. Il Mulino, 1974
- Losi N., "Salute mentale e intercultura", da "L'Arco di Giano", N° 22/1999
- Marceca M., "L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti". L'Arco di Giano, N° 22/1999
- Marriner A., "I teorici dell'assistenza infermieristica", Ed. Ambrosiana
- Mazzetti M., "Strappare le radici – Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che emigrano", Ed. L'Harmattan, 1996
- Merini A., Vigherani A., "Osservazioni sulla salute mentale dei migranti". Centro Universitario "G. Devereux", 1999
- Morgan G., Images, Ed. Franco Angeli, 1994
- Morrone A., "L'altra faccia di Gaia". Armando editore, 1999
- Nathan T., "Principi di etnopsicoanalisi", Ed. Bollati Boringhieri, 1996
- Nathan T., Stengers I., "Medici e Stregoni", Ed. Bollati Boringhieri, 1997
- Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per gli Affari Sociali, "Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia", Roma, 1999

Ramirez J.B. Jordan, "Consultori familiari e utenti di etnie minoritarie a Bologna", Centro di Formazione Galileo", Bologna, 1994-95
Rivera A., "Immigrazione: i paradossi dell'identità". L'Arco di Giano, N°22/1999
Samarcanda, Progetto Europeo:" Centro di Servizi Per L'Immigrazione"
Tognetti Bordogna M., "I diversi modelli di salute mentale", da "Salute e Territorio n° 106 /1998