

Immigrazione e salute, una relazione da osservare attentamente

Nell'ambito di un incarico di complemento alla didattica per il Corso di Laurea per le Professioni Infermieristiche di Cuneo è stata condotta una ricerca esplorativa sui bisogni di salute della popolazione straniera. La metodologia socio-antropologica adottata ha portato a prendere in considerazione fonti qualitative (interviste semi-strutturate) e fonti quantitative (dati secondari dei vari sistemi informatici aziendali). Considerate le finalità prettamente esplorative, i suoi risultati sono prevalentemente frutto dell'analisi di interviste semi-strutturate somministrate a rappresentanti di comunità straniere, mediatori culturali e personale medico-infermieristico in servizio presso l'ASO "S. Croce e Carle" di Cuneo. Il quadro che ne emerge non ha assolutamente ambizioni generalizzanti o inferenti all'intero universo nazionale ma si limita a far emergere il punto di vista di quegli immigrati che, lavorando o meno in ambito ospedaliero, ben conoscono la realtà dei loro connazionali e i relativi bisogni di salute, così come di quegli operatori medico-infermieristico attenti alle caratteristiche del fenomeno. Le informazioni che emergono possono essere considerate come una chiave interpretativa di un fenomeno che anche in ambito sanitario sta assumendo caratteristiche sue proprie ed elementi singolari all'interno dell'interazione medico-paziente immigrato. Da ultimo, considerato che questa Azienda ospedaliera riveste competenze sovrazionali, ovvero per l'intera provincia di Cuneo, alcuni dati prendono in considerazione non solo il territorio dell'ASL 15 di Cuneo ma anche quello provinciale.

Un profilo socio-demografico

Prima di addentrarci nel delicato campo dei bisogni di salute del migrante è utile soffermarci brevemente su alcune caratteristiche socio-demografiche della popolazione straniera residente nel territorio dell'ASL 15 e nella provincia di Cuneo.

Nonostante gli indici di presenza, per il territorio dell'ASL 15, non siano particolarmente consistenti: 2,6%¹ sul totale dei residenti (4,6%² per la provincia di Cuneo e 4,2%³ a livello italiano), siamo in possesso di due semplici informazioni che ne suggeriscono la volontà di stabilizzazione. In provincia di Cuneo vi è un significativo numero di permessi di soggiorno di lunga durata, con una maggioranza per *motivi di lavoro* seguiti dai *motivi familiari* (ricongiungimento)⁴; in secondo luogo c'è una consistente quota di coniugati, pari al 51%⁵ dei residenti nel territorio dell'ASL 15 (61% per la provincia di Cuneo⁶). Il titolo di soggiorno di lunga durata unitamente alla prevalenza di famiglie anziché di singoli, permette di attribuire alla popolazione oggetto di analisi la caratteristica della stanzialità. Come per la più ampia situazione nazionale abbiamo quindi a che fare con una popolazione in possesso di caratteristiche socio-culturali specifiche, che rappresenta ormai un dato strutturale della nostra società.

Relativamente al livello di formazione i dati per il 2003 sugli stranieri ricoverati nei reparti dell'ASO "S. Croce e Carle" forniscono un quadro interessante. Pressoché la metà era in possesso di titoli di studio medi⁷ e parallelamente il 41% degli utenti del *Centro I.S.I.*⁸, sempre nel medesimo periodo, aveva conseguito un diploma di livello non inferiore alla scuola media superiore.

¹ Elaborazione propria su dati forniti dal Sistema Informatico Aziendale - ASL 15

² Elaborazione propria su dati forniti dalla Questura di Cuneo – Ufficio Immigrazione.

³ Caritas/Migrantes, 2003, *Immigrazione. Dossier Statistico 2003*, nuova ANTEREM, Roma

⁴ Vedi sito internet: www.piemonteimmigrazione.it/base_dati

⁵ Ibidem

⁶ Ibidem

⁷ Per titoli di *studio medi* si intendono le ormai superate "scuole medie inferiori" (38% del totale degli stranieri ricoverati - ASO "S. Croce e Carle") e "scuole medie superiori" (9% del totale degli stranieri ricoverati - ASO "S. Croce e Carle"). Elaborazione propria su dati forniti dal CED – ASO S. Croce e Carle

⁸ Elaborazione propria su dati forniti dal sistema Informatico Aziendale – ASL 15. Il *Centro Informazione Salute Immigrati* è stato istituito dall'ASL 15 di Cuneo nel 1999 su iniziativa della Regione Piemonte (D.G.R. n. 56 - 10571). Le sue finalità sono quelle di fornire prestazioni mediche di primo livello, informazioni socio-sanitarie, tutela della gravidanza e della maternità, tutela del minore, vaccinazioni e misure di profilassi per gli stranieri non in regola con le norme sul soggiorno ("stranieri temporaneamente presenti").

Considerate le finalità della ricerca, concludiamo questa breve, ma a nostro giudizio utile, panoramica socio-demografica con alcuni dati che forniscono migliori informazioni sotto il profilo delle caratteristiche socio-sanitarie.

Il grafico seguente, grazie alla comparazione con la popolazione italiana, ci fornisce un importante dato sull'età della popolazione immigrata residente nel territorio dell'ASL 15.

GRAFICO 1

Sebbene non sia stata possibile un'ulteriore suddivisione del segmento centrale (18-64) la popolazione straniera residente in quest'area del cuneese sembra quindi composta da un'elevata percentuale di bambini e adolescenti con le relative famiglie mentre il segmento degli anziani (65 e oltre) è praticamente irrilevante. A confermare la giovane età della popolazione straniera vi è ancora l'indice di vecchiaia che per gli stranieri residenti nel territorio dell' ASL 15 è pari al 7,2%⁹ mentre per la provincia di Cuneo nel suo complesso si attesta al 158,3%¹⁰ (131,3% a livello italiano)¹¹.

Dalle informazioni diacroniche sui "ricoveri" di stranieri nei reparti dell' ASO "S. Croce e Carle" si evince una significativa percentuale crescente di persone in "condizione non professionale", negli ultimi anni pari al 20% del totale¹². L'elevato numero di ricoveri nel reparto pediatrico (13% dei "ricoveri stranieri" contro il 5,5% dei "ricoveri italiani") quindi di soggetti non in età lavorativa potrebbe essere una possibile strada esplicativa. E' un dato che necessita indubbiamente di ulteriori approfondimenti ma, considerato le informazioni ottenute dalle interviste somministrate ai mediatori culturali in servizio presso l'Ospedale e ai rappresentanti delle Comunità di stranieri, è possibile avanzare l'ipotesi che questo dato sia indice di una effettiva precarietà socio-economica con tutte le possibili ripercussioni sullo stato di salute.

Queste informazioni introduttive permettono di evidenziare che nel territorio dell'ASL 15 l'operatore sanitario si trova ad interagire con immigrati decisi ormai a costruire il proprio futuro e quello dei loro numerosi figli nell'area in questione, in possesso di una formazione di livello medio e inseriti in contesti sociali caratterizzati da un possibile disagio socio-economico.

Il profilo socio-sanitario

E' stato espresso nell'introduzione che trattandosi di una ricerca esplorativa ci si è limitati a far emergere la posizione di migranti e operatori sanitari relativamente ai bisogni di salute dei primi e alle criticità della loro concreta interazione con i Servizi sanitari nell'area dell'ASL di Cuneo. Per questo motivo non sono stati ricercati dati relativi a specifiche patologie ma ci si è limitati a fornire un quadro generico, utile però ad evidenziare le criticità della situazione. Al fine di presentare comunque alcuni aspetti clinici della popolazione straniera, sono stati presi in esame dati la cui funzione di indicatore socio-sanitario è a nostro giudizio interessante per fare emergere l'importanza fondamentale del contesto sociale in cui il migrante si trova inserito. Sarà proprio quest'ultimo aspetto, come vedremo più avanti, a rappresentare una chiave di lettura privilegiata per analizzare i suoi complessivi bisogni di salute.

Vediamo innanzitutto che la presenza straniera fra i ricoveri dell' ASO "S. Croce e Carle" è andata in questi anni costantemente aumentando.

GRAFICO 2

I grafici successivi confrontano la concentrazione dei "ricoveri nazionali e stranieri" nei principali reparti dell' Azienda Sanitaria Ospedaliera di riferimento.

GRAFICO 3 - 4

Per i "ricoveri nazionali" troviamo una distribuzione relativamente omogenea in tutti i reparti dell'Azienda, mentre per i "ricoveri stranieri" abbiamo un' alta concentrazione nell'area ginecologia-maternità a differenza degli altri reparti, fatta eccezione per Chirurgia e Ortopedia, in cui la loro presenza è alquanto debole. Non è un caso che negli ultimi sette anni (1997 – 2003) vi sia sempre una maggioranza di ricoveri femminili che nel 2003 e nel 2003, rappresentano una quota superiore al sessanta per cento del totale dei ricoveri stranieri.

⁹ Elaborazione propria su dati forniti dal Sistema Informatico Aziendale - ASL 15

¹⁰ Settore Statistico Regionale BDDE (www.regione.piemonte.it/stat/bdde/)

¹¹ Vedi sito internet: www.istat.it/popolazione - dati relativi al Censimento 2001

¹² Elaborazione propria su dati forniti dal Centro Elaborazione Dati – ASO S. Croce e Carle

Queste ultime due informazioni conducono spontaneamente all' "effetto migrante sano" una nozione diffusa da tempo negli studi che si occupano di *patologie del migrante*. Si fonda sul principio in base al quale la popolazione che sceglie di intraprendere un'esperienza migratoria subisce una naturale selezione al Paese di origine. La giovane età e una costituzione fisica sana sono prerequisiti di primaria importanza per affrontare le innumerevoli difficoltà che quotidianamente si incontrano nel romanzo migratorio; non tutti possono permettersi una simile esperienza. Nonostante ciò, questo valido patrimonio di salute è soggetto in molti casi ad un rapido deterioramento a causa di un contesto sociale di inserimento molto difficile; è sufficiente pensare alle difficoltà relative a trovare una casa decente o, considerata l'attuale precarietà del mercato del lavoro, un lavoro stabile e non di basso profilo come sempre accade per la popolazione immigrata. E' quanto emerso ad esempio dalle interviste somministrate al personale sanitario dell'Azienda ospedaliera; secondo la loro esperienza gli immigrati sarebbero maggiormente colpiti da intossicazioni da CO, tubercolosi, polmoniti, minaccia di aborto e di parto pre-termine, iperemesi, hiv, malaria, disturbi somatoformi e ivg. Così come è stato anche espresso dagli operatori stessi, sottolineiamo immediatamente che il comune denominatore a queste patologie è rappresentato dall'essere inseriti in situazioni di forte disagio sociale. Per l'esperienza di alcuni medici cuneesi questo "intervallo di benessere" non è superiore ai 24 mesi; riportiamo solo per semplice interesse che ricerche effettuate in centri specializzati nella medicina delle migrazioni come l'Ambulatorio Caritas di Roma mostrano che questo intervallo non è superiore a nove mesi¹³.

Al fine di corroborare ulteriormente quanto appena detto relativamente all'importanza delle determinanti sociali, i dati del grafico seguente presentano l'indice di gravità degli utenti del DEA di Cuneo confrontando la popolazione autoctona con la popolazione immigrata, quest'ultima considerata in base alle caratteristiche dello status legale (regolare / irregolare).

GRAFICO 5

E' significativo che l'incidenza dei "codici rossi" sia molto più alta per la popolazione straniera non in regola con le norme sul soggiorno rispetto alle altre due categorie. E' un dato che esprime la maggiore esposizione a rischi sociali, siano questi legati alle pessime condizioni di lavoro che generalmente spettano a questo segmento di popolazione come alla conduzione di stili di vita dannosi per la salute, che incidono in modo tutt'altro che trascurabile sulla qualità della vita di questi soggetti.

Contemporaneamente l'alta frequenza di "codici bianchi" – tanto per gli stranieri regolari come per coloro non in regola con le norme sul soggiorno - è indicatore della cattiva informazione in merito all'utilizzo delle strutture sanitarie¹⁴.

L'adattamento ambientale

Anche i mediatori culturali in servizio presso l'Ospedale come i rappresentanti delle Comunità locali di immigrati concordano sull'importante influenza delle variabili sociali sulla q.d.v. del migrante. L'analisi delle loro interviste ha però permesso di approfondire maggiormente quella che si potrebbe definire una delicata relazione tra il dato biologico e il dato sociologico e soprattutto come sia possibile attribuire a quest'ultimo, un forte potere di influenza sul primo. E' però inevitabile che il focus di attenzione si diriga alle caratteristiche del processo di integrazione nella società ospite.

Seppur eticamente spiacevole, è opportuna in primo luogo una suddivisione della popolazione immigrata in coloro che provengono da climi tropicali e coloro che provengono da climi continentali. Generalmente gli studi sociologici che indagano il livello di integrazione degli immigrati nei Paesi di accoglienza trascurano troppo spesso che al processo di acculturazione precede inevitabilmente un'opera di *adattamento al nuovo ambiente*, nel senso prettamente biologico del termine; questo è un aspetto che è emerso chiaramente dalle interviste. Non è cosa da poco per chi è abituato ad un clima tropicale, caratterizzato dalla stagione delle piogge calda e

¹³ Le Quyen Ngo Dinh, *L'immigrazione a Roma. L'esperienza della Caritas*, Atti del Convegno Internazionale – Roma 12/14 luglio 2000, Dossier di ricerca volume II, Caritas Diocesana di Roma

¹⁴ Ricordiamo che a partire dal 1999 è stato istituito un servizio sanitario di base per cittadini "stranieri temporaneamente presenti": Centro I.S.I. (vedi nota 8)

umida e da quella estiva molto calda, trovarsi improvvisamente in un Paese a clima continentale dove si avvicendano quattro stagioni, due delle quali con temperature infinitamente più basse rispetto alle minime del proprio Paese di origine. Genevieve, camerunese, esprime molto bene questo aspetto sintetizzabile in quello che chiama “terrore del freddo”: << *La difficoltà è quella di affrontare il freddo, di potere vincere la paura di non uscire, di stare a casa. Affrontare il freddo e potere uscire, essere attivo e quindi esci e vari a lavorare, a fare la spesa oppure a fare una passeggiata. All'inizio influisce molto, sì. All'inizio ci sarebbe quasi la tendenza a non uscire di casa per andare a lavorare >>. E' inevitabile che sia stata lamentata una maggiore frequenza di patologie da freddo, stati morbosi, per chi proviene da regioni tropicali, precedentemente poco conosciuti. Queste situazioni possono entrare in sinergia con disagi di carattere socio – economico come ad esempio l'essere sprovvisti delle risorse materiali o legali per affittare una casa fornita di tutti quegli elementi ritenuti oggi essenziali per condurre una vita sana. Così come è stato espresso dai “diretti interessati”, non vi è da stupirsi se tra i comportamenti messi in atto per difendersi da questa difficoltà, vi sia la tendenza a tenere sigillate le finestre, ad improvvisare metodi di riscaldamento tutt'altro che sicuri – i cui effetti perversi sono ad esempio i casi di intossicazione da monossido di carbonio che nell'ultimo anno, nell'ASO “S. Croce e Carle”, sono stati di una certa rilevanza e quasi esclusivamente a carico di immigrati – e a ridurre le misure per l'igiene personale con conseguenti problemi dermatologici.*

Socializzazione della nuova struttura sociale

Passiamo ora al classico *processo di integrazione sociale* del migrante prestando particolare attenzione ai suoi effetti sulla dimensione sanitaria.

- Relativamente all'interazione con le strutture sanitarie, vediamo che un qualsiasi presidio ospedaliero non è altro che un sistema sociale chiuso e completo di tutti quegli elementi necessari per la sua sussistenza. Ovviamente i suoi componenti non sono abituali e sono rappresentati da meandri di nomi e sigle come reparto, ambulatorio, DEA, day hospital, URP, eccetera. E' facile capire che la comprensione di tale struttura non sia assolutamente agevole per chi proviene da contesti praticamente privi di quanto appena menzionato. Quanto riferito dalle mediatrici culturali ha evidenziato una grossa difficoltà iniziale nell'utilizzare razionalmente i vari servizi dell' ASO “S. Croce e Carle” con conseguenti e frequenti accessi impropri ad esempio del Pronto soccorso: struttura che, per via del nome, è percepita come la naturale destinataria di qualsiasi tipo di esigenze. Sempre dalle interviste è emerso che un corretto utilizzo dei servizi è una funzione determinata da diverse variabili quali ad esempio *il tempo di permanenza in Italia, la densità delle reti di relazione in cui si è inseriti, l'entità delle esperienze accumulate al riguardo, lo status legale posseduto* (regolare/irregolare) e il relativo *livello di conoscenza della legislazione*¹⁵. A loro volta alcune di queste variabili possono essere il prodotto di condizioni di contesto (effetti di composizione) come il ruolo ricoperto nella struttura socio-familiare-professionale per quanto riguarda l' *entità di esperienze accumulate*: è inevitabile che se ci troviamo di fronte a realtà dove la figura femminile è fortemente subalterna a quella maschile ed è quest'ultima a prendere sempre l'iniziativa, la conoscenza dell'ambiente sociale della prima sarà limitata anche per queste esigenze pratiche. Possiamo subito aggiungere che il problema degli accessi impropri è praticamente l'unico elemento di criticità nell'interazione con il paziente immigrato riferito dal personale medico-infermieristico contattato.

- In secondo luogo vanno considerate le *difficoltà di carattere economico*. L'immigrato si sente generalmente responsabile di due famiglie, quella che ha qui nella società di accoglienza e i parenti che sono rimasti al suo Paese nei confronti dei quali il mensile invio di “rimesse” rappresenta un dovere da rispettare assolutamente. Cosa può determinare questo? In parte ne abbiamo già parlato, condizioni abitative precarie con sistemi di riscaldamento insufficienti, assenti o peggio ancora improvvisati; la presenza di casi di tbc è un altro stato morboso che i mediatori culturali e i medici intervistati percepiscono come legato a simili condizioni abitative. In secondo luogo sono stati lamentati bruschi cambiamenti della dieta che vedono, a causa dei loro costi elevati, la riduzione di frutta e verdura in particolare nei mesi freddi. La maggiore incidenza di patologie da freddo rispetto

¹⁵ Legge 30 luglio 2002 n. 189 art. 34, 35, 36 (modifica al decreto legislativo 25 luglio 1998 n. 286).

a quando si viveva nei propri Paesi di origine è un aspetto che per gli immigrati intervistati è il risultato della sinergia delle modificazioni climatiche insieme ai cambiamenti coatti degli usi alimentari appena discussi.

Infine, anche se non rappresenta un'informazione di carattere sanitario, la tendenza spesso riscontrata nei vari Pronto soccorso dell' Azienda di ottenere impossibili forme di agevolazione economica anche in questo caso può essere interpretata come l'effetto di queste difficoltà economiche.

- Altra fonte di disagio che può incidere sulla salute è il *lavoro*. Questo non è da intendersi semplicemente nel senso di lavori pericolosi e poco salubri, ma soprattutto sotto l'aspetto dei ritmi imposti dal nostro mercato del lavoro che sono estremamente più veloci e frenetici di quelli in vigore al proprio Paese. Stanchezza persistente, astenia, dolori da stress fisici ne sono le dirette conseguenze lamentate dagli immigrati intervistati.

- Le cosiddette *patologie da benessere* come sovrappeso e problemi cardiocircolatori sono gli effetti perversi di una *socializzazione distorta di stili ed abitudini* presenti nelle "nostre" società a benessere diffuso. Sempre dalle interviste con i mediatori culturali è emerso che chi ha vissuto la vita intera in situazioni di ristrettezze e si trova improvvisamente in possesso di capacità economiche, almeno ai suoi occhi, molto superiori rispetto a quelle esperite precedentemente può essere portato ad esempio a compiere eccessi alimentari o a condurre una vita molto sedentaria perché finalmente in possesso della tanto sognata automobile privata. Questo può anche avere delle ripercussioni sulla compliance perché difficilmente viene compresa la prescrizione di mettersi a dieta o di aumentare l'attività fisica quando finalmente si è raggiunto un stile di vita che è sempre stato oggetto di desiderio. Piuttosto di rinunciarvi viene domandato di risolvere il problema con i farmaci, quando invece non ce ne sarebbe assolutamente bisogno. Gli stessi mediatori intervistati riferiscono che spesso assistono a situazioni caratterizzate da quella che si potrebbe definire "fame di tecnologia", che in questo caso si manifesterebbe in un' eccessiva richiesta di farmaci; aspetto che potrebbe essere percepito come un indicatore di un' esasperata imitazione dei nostri modelli di vita in generale e di salute nello specifico.

- Situazioni in cui emerge con forza il peso condizionante del disagio sociale sono state rintracciate nell'*area delle malattie infettive*. L'intervista con l'infettivologo ha permesso di delineare due focus di attenzione. Il primo ha a che vedere con la natura stessa di queste patologie e stiamo parlando in particolare della tubercolosi e del virus dell'Hiv. Della prima e delle sue caratteristiche sociali di sfondo abbiamo già parlato a sufficienza. Per quanto riguarda l'Hiv, se tra la popolazione autoctona non è necessariamente un indicatore di disagio sociale, dalle informazioni ottenute pare esserlo invece per il migrante e stiamo parlando di tutti quei casi in cui si è scelto di emigrare perché ammaliati da miraggi di ricchezza e alla fine si finisce nel circolo della prostituzione. In secondo luogo, sempre per il migrante, nell'area delle malattie infettive il disagio sociale è una variabile estremamente rilevante che rappresenta non solo una causa importante per la contrazione della patologia, ma si configura come un fondamentale elemento che può condizionare fortemente il percorso di cura, la possibilità che il soggetto segua fedelmente quanto prescritto dall'operatore sanitario. Prendiamo ad esempio il classico caso dell'immigrato che lavora in nero; non voglio parlare a proposito della cattiva qualità di questi lavori, che naturalmente ha i suoi effetti sulla q.d.v., bensì di fatti che accadono e che sono molto difficili da gestire come è stato riferito dall'operatore stesso. Chi lavora in nero e di conseguenza è già inserito in un contesto tutt'altro che facile, deve tenere a mente che se viene ricoverato in ospedale e quindi per un certo periodo di tempo non potrà andare a lavorare, il suo "datore" non avrà nessun problema a cercarsi un sostituto. Il peso di una simile tegola viene amplificato dal fatto che le "sue famiglie", quella qui in Italia e i cari rimasti al Paese di origine, si troveranno d'improvviso senza risorse economiche. Considerato ciò la richiesta di firmare il foglio per la dimissione sotto la propria responsabilità è la prima decisione che si prende, senza riflettere minimamente sulla patologia e la conseguente terapia. Situazioni molto simili sono vissute con le prostitute. Non è infrequente che queste abbandonino il reparto perché sanno che se non tornano immediatamente al lavoro il protettore gli trattiene il passaporto. Al di là delle opinioni di carattere morale, questo per loro è un lavoro, costituisce una fonte di reddito e quindi ha precedenza rispetto a tutto il resto. Sempre nell'ambito della malattie

infettive, resistenze alla compliance sono state anche riscontrate per ragioni di carattere culturale. Ad esempio il significato di morte per molte realtà è differente dal nostro, ovvero un qualcosa da combattere sino all'ultimo con tutte le risorse a disposizione. Altrove ha un significato differente, meno conflittuale, e una volta diagnosticata e comunicata al paziente una patologia che contempla la possibilità di un esito infausto può capitare che il soggetto si abbandoni alla sorte ed eviti qualsiasi forma di intervento.

Se la manifestazione patologica necessita la giusta attenzione da parte dell'operatore sanitario, in base all'esperienza di ricerca abbiamo visto che questa dev'essere interpretata come la punta di un iceberg di un contesto sociale assolutamente influente e determinante che, se non preso in giusta considerazione non permette di comprendere a fondo le ragioni di certi comportamenti, abitudini ed atteggiamenti del migrante che ad un'osservazione superficiale possono sembrare non razionali ed ostacolanti il rapporto medico-paziente.

Cultura e malattia

E' importante dedicare un breve spazio ai cosiddetti *comportamenti in malattia* per vedere come anche in questo caso l'elemento culturale è una variabile esplicativa di assoluta importanza. Per chi proviene da società ove il peso della tradizione è forte, il ruolo dell'ammalato presenta delle prescrizioni molto pervasive per il soggetto che gode di una sfera di diritti e benefici molto più ampia di quella esperita nelle società industrializzate. L'ammalato generalmente è oggetto di una forte compartecipazione da parte di parenti ed amici che gli consentono di vivere il periodo del malessere in una dimensione estremamente protetta ed aiutata. Il rapporto esistente fra persona malata e parentela è stato ben espresso durante le interviste: << *Il caro malato non è un problema come per voi. Stiamo molto vicino alla persona, gli amici possono anche andare a dormire vicino a casa del malato quando possono per creare il conforto, per far vedere che siamo con lui e dividiamo le sue pene assieme alla persona.*>>. Non è quindi percepito al pari di una rottura dell'ordinaria quotidianità come avviene nelle nostre società altamente stratificate, un impegno a cui la parentela, se ha tempo, vi fa fronte spesso malvolentieri, ma un elemento che entra tranquillamente a far parte della routine giornaliera, anzi che va ad occuparne un posto quasi privilegiato rispetto ad altri momenti. Naturalmente l'assenza di tali reti di sostegno è causa di forte sofferenza.

Altro dato importante è che generalmente fra i membri delle società tradizionali vi è l'usanza di non rendere partecipe e consapevole l'ammalato se questo è stato colpito da patologie gravi. Vi è la tendenza a lasciarlo all'oscuro di tutto. E' stato comunque riconosciuto dai mediatori culturali intervistati che questo atteggiamento può portare a forti stati di passività e di abbandono alla sorte da parte del paziente. L'importanza della consapevolezza e della partecipazione in vigore presso le società industrializzate è un aspetto che, dall'analisi delle interviste, pare essere ampiamente condiviso.

Legato a quanto appena detto anche la qualità dell'adesione alle terapie merita una breve trattazione. La *compliance* è preceduta da un momento in cui il migrante attiva un profondo processo di autoriflessione sulle proprie credenze ed esperienze passate. Come è stato riferito dagli immigrati intervistati se il paziente proviene da contesti molto tradizionali la diagnosi di un disturbo e il relativo percorso di cura indicato dal terapeuta sono il risultato di un forte "processo di negoziazione" tra medico e paziente in cui le considerazioni di quest'ultimo sono prese in grande considerazione. Premesso ciò, trovarsi in un contesto ove il suddetto rapporto è altamente spersonalizzato e molto delegato alla tecnologia diagnostica può generare non poche perplessità e resistenze da parte di chi si sente dire che è affetto dalla patologia x dopo che sono stati letti alcuni numeri su un pezzo di carta. E' enorme quindi la differenza della realtà che spesso un migrante incontra nel paese ospite, ove vige in questo caso una cultura medica il cui principale obiettivo dopo aver esaminato il quadro clinico del soggetto, è quello di costruire una diagnosi il più possibile incasellabile nei protocolli terapeutici codificati a prescindere da quelle che sono le considerazioni del paziente. E' inevitabile che questo *modus operandi* per "noi" assolutamente legittimo e corretto possa essere fonte di dubbi e perplessità per chi è abituato ad un sistema diametralmente opposto in cui il rapporto terapeuta-paziente è caratterizzato da forte compartecipazione.

La gravidanza-maternità, l'importanza del settore di cura primario

Dai colloqui avuti pare legittimo parlare di una *questione gravidanza-maternità* relativamente alla popolazione straniera

Questo momento della vita di una donna e di una famiglia così delicato, pare assumere in un contesto distante da quello originale delle caratteristiche altamente problematiche. Vediamone più dettagliatamente i motivi. Stiamo parlando di persone che provengono da contesti di provenienza con bassa divisione del lavoro, una forte gerarchizzazione e separazione dei ruoli famigliari. Tutto questo ha come logica conseguenza che durante un momento molto particolare come la gravidanza e la maternità si generino attorno alla gestante delle precise strutture di relazione animate esclusivamente da donne che rappresentano una vera e propria dimensione sociale a se stante da quella del coniuge e degli altri parenti uomini. Per dirla in parole povere la gravidanza e la maternità sono momenti da vivere esclusivamente al femminile. Con la migrazione si producono per la donna, ma anche per l'uomo, una forte trasformazione di queste strutture relazionali che le vede decisamente ridimensionate. E' emerso che il migrante si trova spesso privo di legami a maglie strette e una gravidanza fuori dai contesti di origine è frequentemente vissuta dalla donna in estrema solitudine in quanto la madre, la nonna e la più generica famiglia allargata è assente. Si ritrova priva di tutta quella rete di sostegno necessaria per farle vivere un momento così prezioso nel modo più consono alle sue esigenze fisiche, psicologiche e culturali. Tutto questo ha delle inevitabili conseguenze sulla vita sociale del marito il quale affinché la propria moglie possa vivere questa parentesi con meno traumatismi possibili, è costretto a un non agevole ribaltamento di ruolo andando ad assolvere quelle norme e prescrizioni tipiche dei ruoli femminili. Questo comporta difficoltà non solo a livello identitario ma anche nella quotidianità, pensiamo ad esempio ai permessi sul lavoro che si è costretti a domandare al fine di poter accompagnare la moglie alle varie visite e alle conseguenze spiacevoli che ne possono derivare. Inoltre, nella sua solitudine la donna è concentrata ossessivamente sul suo stato questo fisiologico e questo può portare, come è stato riferito dal medico-ginecologo a importanti forme di iperemesi, le cui origini psicosomatiche sono più che note e sono interpretabili come il risultato di gravidanze vissute in situazioni di stress e forte disagio.

Se la gravidanza è stata definita come un momento difficile, l'assenza di legami a maglie strette pare avere ripercussioni ancora più forti nella gestione del neonato. La totale assenza di un sistema di cura primario, rappresentato in questo caso da reti strette al femminile, comporta un' incapacità nel gestire quelle piccole quotidiane esigenze del lattante (ad es. riconoscere quanto ha fame) che sono generalmente tramandate da madre a figlia. Come è stato riferito, non vi è da stupirsi se al minimo pianto la giovane coppia si precipita al Pronto soccorso andando in questo modo ad accrescere l'entità degli accessi impropri.

In secondo luogo, in molti contesti tradizionali la gravidanza è percepita dalla donna come uno stato di benessere, esaltante, come un segno di buona salute e quindi non necessario dell'intervento del medico. Il dover compiere numerosi esami, come è prescritto dalla medicina convenzionale è fonte di stupore e perplessità come viene ben espresso in un caso narrato dalla mediatrice di cultura sudafricana: << *ho visto qualche settimana fa una donna di 35 anni e mi ha detto che deve fare questi controlli. Non so perché* [raccontava la paziente, ndr.], *da noi ci sono le donne anche più di quarant' anni che fanno i bambini e non hanno problemi. Mi hanno detto che devo fare un'ecografia per vedere se il bambino sta bene, ma non ha problemi, che problemi deve avere* [ride ndr.] >>.

Conclusioni

La tentazione di definire le esigenze socio-sanitarie del migrante equipollenti a quelle delle cosiddette fasce deboli, nonostante ciò mantenga la sua verità, è un approccio mentale che deve per forza essere corretto. Questo però non si riduce alla funzione *immigrato = caso sociale*, cioè che necessita per forza di essere accompagnato nel suo percorso di inserimento, ma semplicemente che le sue difficoltà di carattere socio-economico (casa, lavoro, soldi, modificazioni della struttura relazionale ecc.) che sono giustamente definibili come caratteristiche delle fasce deboli, vengono

appesantite a causa dell'impatto con la nuova struttura culturale che si presenta nel Paese di accoglienza (lingua, cultura, discriminazioni, atteggiamenti etnocentrici, ecc.). La sinergia delle difficoltà relative alla struttura sociale e alla struttura culturale vanno a costituire quella che per il migrante rappresenta una rigida *gerarchia delle priorità*: il processo di inserimento nella nuova società impone di prestare attenzione in primo luogo al lavoro, allo status legale, all'abitazione, alla lingua e poi verrà tutto il resto... anche la salute. Nonostante ciò abbiamo comunque visto, nell'ambito di quest'esperienza di ricerca, che i suoi bisogni di salute rivestono un ruolo importante e a loro volta possono condizionare sensibilmente la qualità del suo percorso di integrazione.

Note bibliografiche

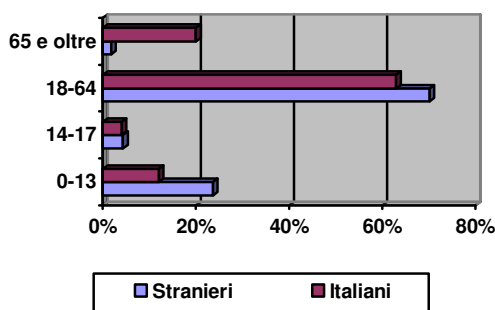
- Aldo Morrone, *Problematiche sanitarie in una società multiculturale*, www.simmweb.it
- Byron J. Good, 1994, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Torino
- Caritas/Migrantes, 2003, *Immigrazione. Dossier Statistico 2003*, nuova ANTEREM, Roma
- Caritas di Roma, *Migrazioni e salute in Italia*, www.simmweb.it
- Le Quyen Ngo Dinh, *L'immigrazione a Roma. L'esperienza della Caritas*, Atti del Convegno Internazionale – Roma 12/14 luglio 2000, Dossier di ricerca volume II, Caritas Diocesana di Roma
- Marco Mazzetti, 2001, *Il dialogo transculturale in medicina*, Percorsi Editoriali di Carrocci editore, Roma
- Piero Coppo, 2003, *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino.

IMMAGINI

GRAFICO 1

Confronto della distribuzione interna delle popolazioni italiana e straniera per principali classi d'età residente nel territorio dell'ASL 15.

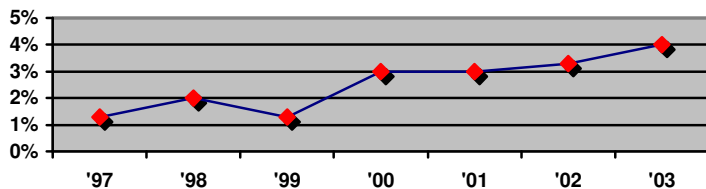
(Dati popolazione italiana al 2001 – Dati popolazione straniera al 2003)



Fonte: per la popolazione italiana Settore Statistico Regionale BDDE (www.regione.piemonte.it/stat/bdde/); per la popolazione straniera elaborazione propria su dati forniti dal Servizio Informatico Aziendale ASL 15

GRAFICO 2

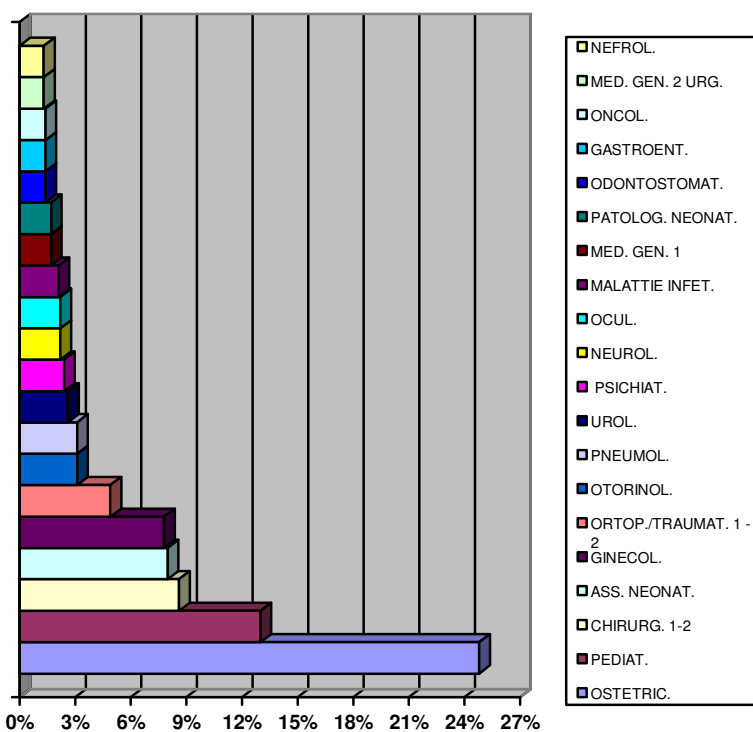
Percentuale popolazione straniera ricoverata ASO "S. Croce e Carle" sul totale dei ricoveri. Anni 1997 – 2003 al 1° gennaio



Fonte: Elaborazione propria su dati forniti dal CED - ASO S. Croce e Carle

GRAFICO 3

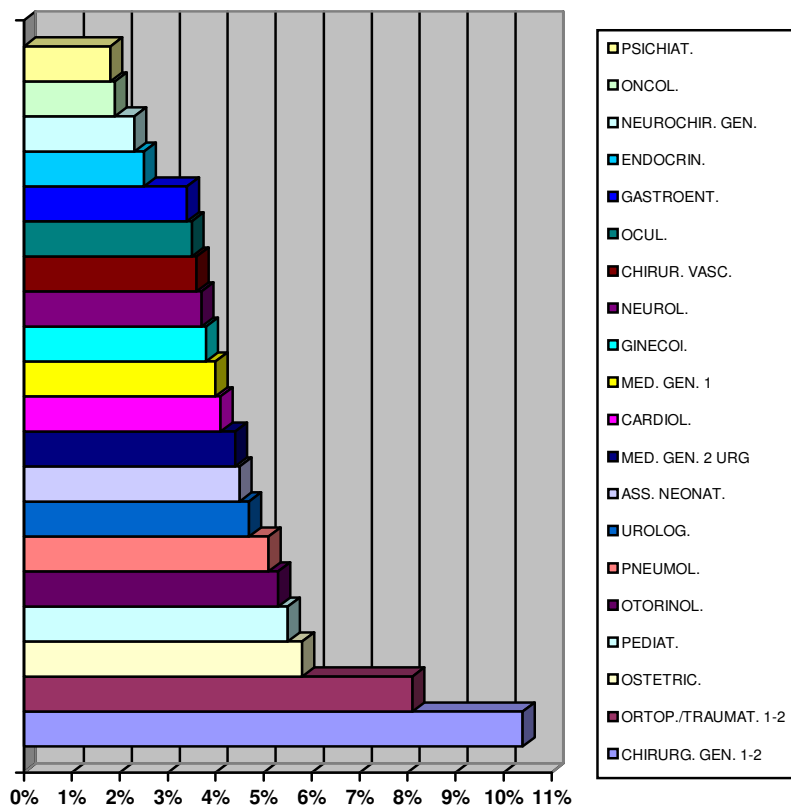
Distribuzione percentuale dei "ricoveri stranieri" nei primi 20 reparti ASO "S. Croce e Carle". Dati al 2002.



Fonte: elaborazione propria su dati forniti dal CED - ASO S. Croce e Carle

GRAFICO 4

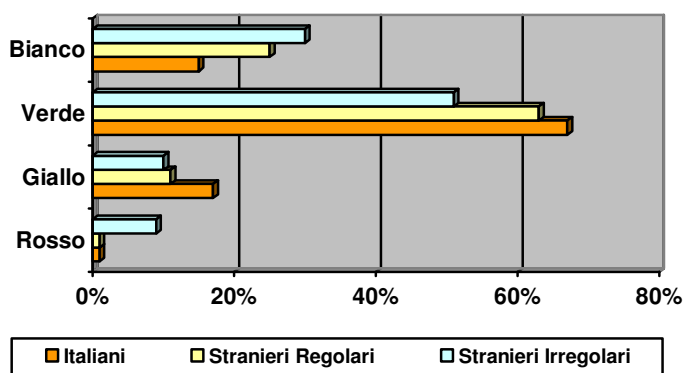
Distribuzione percentuale dei "ricoveri nazionali" nei primi 20 reparti ASO "S. Croce e Carle".
Dati al 2002.



Fonte: Elaborazione propria su dati forniti dal CED - ASO S. Croce e Carle

GRAFICO 5

Triage DEA "S. Croce e Carle" per tipologia di utenza



Fonte: Elaborazione propria su dati forniti dal Sistema Informatico Aziendale – ASL 15