



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

SanArtLAB

L'impatto storico-sociale
dell'immigrazione moderna nella sanità

I nuovi pellegrini

Roma, novembre 2015



Indice

A. Who's who degli immigrati	1
1. Un'onda recente e incontenibile	1
2. Il profilo sociodemografico	2
3. Il lavoro, i figli, la casa, pilastri del progetto di vita	2
B. Immigrati e sanità	4
1. I luoghi di cura, dall'ospitalità per i pellegrini all'umanizzazione	5
2. Approccio olistico e personalizzazione	8
3. Il gradiente Nord Sud della sanità italiana	8
3.1. L'articolazione territoriale del rapporto degli immigrati con la sanità	9
4. Alcuni tratti del rapporto con la tutela della salute e la sanità	12
4.1. Il vigore degli immigrati	12
4.2. Luci ed ombre di un rapporto meno stressato con la propria salute	12
4.3. Aiutare ad andare oltre il disagio della maternità	14
4.4. Tra solitudine e relazionalità dal basso	16
4.5. Il mio medico di fiducia...	
4.6. L'impatto di convinzioni religiose e approcci culturali sui luoghi e le pratiche della sanità	17
4.7. Il percorso a ostacoli dell'accesso ai Servizi Sanitari	18
4.8. La positiva valutazione della sanità italiana	23

A. Who's who degli immigrati

Giovani, vigorosi, motivati, ottimisti, in ascesa: sono alcuni degli aggettivi con i quali si potrebbe definire con sinteticità impressiva il profilo degli immigrati.

La crisi ha rallentato i flussi in entrata, ha reso più difficile l'integrazione tramite il lavoro e la microimpresa, tuttavia gli immigrati sono uno dei motori per ridare slancio all'Italia oltre la crisi e ogni loro rappresentazione, quale che sia il contesto coinvolto, non può prescindere da questo profilo strutturale. La conoscenza dei tratti distintivi del fenomeno immigrazione nel nostro paese fornisce, infatti, una imprescindibile chiave di lettura del racconto fotografico dei molteplici aspetti del rapporto tra immigrati e sanità. Aspetti che prendono corpo negli spazi fisici della sanità - ambulatori, sale di attesa, corsie e stanze di ospedali.

Luoghi della sanità, dove i nuovi pellegrini confluiscano per trovare risposte alle loro esigenze di salute, anch'essi contesti, come la scuola, il negozio, la piazza, dove si dispiega quella relazionalità quotidiana e diffusa - l'incontro tra italiani e stranieri, tra stranieri e stranieri - che fa reciproca comprensione ed integrazione vera.

1. Un'onda recente e incontenibile

A partire dalla fine degli anni '80, l'Italia si è scoperta paese di accoglienza di flussi migratori sempre più consistenti, sia in virtù dell'attrazione esercitata dal nostro paese sui cittadini di paesi terzi alla ricerca di migliori condizioni economiche e sociali, sia per la sua collocazione geografica che lo ha reso una importante porta di ingresso per l'Europa, tappa di un viaggio verso paesi più ricchi.

Anche se la lettura mediatica del fenomeno immigrazione che si sta imponendo oggi è quella degli sbarchi di disperati, che fuggono da guerre e situazioni di crisi ai limiti della sopravvivenza, che vanno ad ingrossare le fila degli irregolari, senza lavoro o sottopagati, non bisogna dimenticare che gli stranieri regolarmente presenti in Italia, che lavorano, consumano e mandano i figli a scuola, sono oltre 5 milioni e rappresentano l'8,2% della popolazione.

Nonostante il rallentamento del tasso di crescita degli immigrati regolari dovuto alla crisi economica, essi sono destinati ad aumentare nei prossimi anni ed a rappresentare sempre più una realtà significativa e vitale delle comunità. La maggior parte degli stranieri è protagonista di un inserimento positivo nell'economia e nella sfera lavorativa del nostro paese. Gli immigrati costituiscono una risorsa per le imprese che richiedono manodopera flessibile ed a bassa qualificazione; grazie agli immigrati, le famiglie italiane, di fronte al progressivo venir meno delle reti pubbliche di protezione ed alla trasformazione dei bisogni sociali, hanno potuto costruire una rete privata di welfare e di assistenza e cura alla persona; per certi versi straordinaria

si è dimostrata infine la capacità degli immigrati di omologarsi a comportamenti socioeconomici che nell'immaginario collettivo sono sentiti come tipici dell'italica virtù, a cominciare dalla propensione alla microimpresa, all'attività imprenditoriale, vuoi nell'edilizia o nel commercio di prossimità.

2. Il profilo sociodemografico

A differenza di altri paesi, dove le presenze straniere si concentrano su poche nazionalità, ben 196 sono le nazionalità d'origine dei nuovi residenti, una varietà che è ricchezza di culture, usi, modalità relazionali che insistono sul nostro territorio e sono forieri di cambiamenti nel quotidiano della vita collettiva. Piazze, strade, scuole, trasporti, luoghi di cura dei nostri centri urbani, così come alcuni paesaggi rurali, stanno progressivamente modificando il loro aspetto, con l'innesto di nuovi colori, odori, suoni, immagini e parole nel tessuto sociale.

L'intreccio di ragioni geografiche, politiche, storiche e culturali determina le principali traiettorie di ingresso nel nostro paese, che vedono una prevalenza di stranieri d'origine europea (53%) e africana (21%).

Lasciare la terra d'origine alla ricerca di maggior fortuna non è impresa da tutti. Anche se si vive in situazioni disperate, occorre non solo il denaro necessario ad affrontare il viaggio ma anche vigore fisico, un progetto di vita, ambizione, voglia di rischiare. In tutte le epoche ed in tutti i luoghi, a partire sono dunque soprattutto i giovani, tanto che circa il 64% della popolazione straniera residente oggi in Italia ha meno di 40 anni di età.

Invece, un tratto caratteristico dell'immigrazione in Italia è la lieve prevalenza delle donne (52,7%) sugli uomini, richiamate nel nostro paese soprattutto, ma non solo, dall'ampio mercato privato delle famiglie in cerca di un aiuto casalingo. E ciò spiega il fatto che i permessi di soggiorno rilasciati per ricongiungimento familiare hanno una forte componente maschile, mariti e figli che raggiungono mogli e madri che lavorano nel nostro paese.

Nel bagaglio dell'immigrato che si stabilisce nel nostro paese vi è, infine, e spesso in maniera decisamente connotante, il suo credo religioso. Le diverse confessioni cristiane sono professate dal 56,4% degli stranieri, mentre poco più di un immigrato su quattro (26,3%) è di religione musulmana; buddismo e altre religioni sono professati dal 6,7% degli stranieri.

3. Il lavoro, i figli, la casa, pilastri del progetto di vita

Il lavoro è il valore attorno a cui ruota e che dà senso alla presenza degli immigrati. Le traiettorie migratorie, dunque, sono orientate soprattutto verso le regioni del Nord e del Centro Italia, dove risiede circa l'85% degli immigrati. E' proprio in queste aree che insistono i fenomeni più avanzati ed evidenti dei processi di integrazione, come la sempre più frequente presenza nelle aule scolastiche di studenti stranieri di seconda generazione, nati e cresciuti in Italia o la celebrazione di matrimoni misti e costituzione di famiglie con almeno uno straniero, veri e propri "laboratori sociali" e punte avanzate della futura società multiculturale.

Fenomeni che danno il segno del carattere stanziale del progetto migratorio dei nuovi cittadini, certificato dalla forte crescita di acquisizioni della cittadinanza italiana, non solo per matrimonio, ma sempre più anche

per effetto di una residenza di lunga data. Il nostro paese è pertanto vissuto dai nuovi italiani come la comunità nazionale entro cui si compie il destino proprio e della propria famiglia, e la maggior parte si dichiara soddisfatto della scelta compiuta e considera l'Italia come il paese in cui si vive meglio. Un *sentiment* che è particolarmente marcato tra coloro che, abitando i comuni di piccole dimensioni, sperimentano, come i loro concittadini, piaceri, comodità e fluidità relazionale del *vivere borghigiano*.

Gli immigrati pensano al proprio futuro e, soprattutto, a quello dei figli come un percorso ascensionale, fatto di tanti gradini che uno dopo l'altro consentiranno loro di raggiungere livelli più alti di benessere sociale ed economico; è una *vision* che ovviamente stimola la mobilitazione, la voglia di fare, le energie, perché il contesto viene visto come favorevole, in grado di consentire la valorizzazione di quello che le persone faranno. Il primo pilastro su cui costruire il futuro dei propri figli è la scuola, considerata dagli stessi immigrati il principale veicolo, insieme ovviamente al lavoro, di inserimento nel modello di vita italiano. Il punto d'arrivo e d'orgoglio genitoriale, è vedere i propri figli arrivare alla laurea. Come negli anni rampanti del boom economico italiano, riuscire, con sacrificio, a far conseguire ai propri figli un titolo di studio superiore è la forma paradigmatica più evidente di mobilità sociale attesa.

Insieme al figlio laureato, il secondo pilastro su cui poggia l'integrazione degli immigrati, oggetto del desiderio per molti ma già realtà per altri, è la casa, anch'essa *status symbol* sul quale si concentra la voglia di radicamento e di nuovo benessere.

Infine, torna il lavoro come terzo e fondamentale pilastro, anch'esso visto fiduciosamente in positiva evoluzione, anche dal punto di vista qualitativo. E' diffusa la convinzione che, nei vari settori, i più attivi e intraprendenti tra gli immigrati riusciranno, nel prossimo decennio, ad affermarsi, generalizzando le storie di successo. Soddisfazione attuale e aspettative crescenti, sono quindi al cuore del rapporto tra gli immigrati ed il proprio futuro in Italia.

B. Immigrati e Sanità

Nel rapporto con la tutela della salute e con il servizio sanitario esiste uno specifico migrante, ed esso si materializza in aspetti strutturali, come lo stato di salute, in approcci socioculturali e in concreti comportamenti sanitari.

La salute è sì una dimensione che coinvolge tutte le persone a prescindere dal loro vissuto e dalla loro provenienza, ma il modo in cui ci si rapporta con la propria salute e si entra in relazione con il Servizio sanitario tende a diversificarsi a seguito di una pluralità di determinanti, tra le quali quelle di origine socioculturale sono fondamentali.

Il termine immigrato racchiude, d'altronde, realtà umane e culturali molto diverse tra loro, comunità che spesso sono reciprocamente molto più distanti di quanto l'omologazione del termine lasci intravedere, nonostante i tratti comuni che si è cercato sinteticamente finora di mettere in luce, sia pure importanti dal punto di vista dell'integrazione socioeconomica.

A seconda dell'angolo del mondo da cui si proviene, il rapporto con il proprio corpo ed i comportamenti di tutela della salute seguono percorsi diversi, condizionati tra l'altro da religione, filosofia e stili di vita, usi e costumi familiari e sociali anche di millenaria tradizione.

Si pensi alle comunità asiatiche tra cui vi è un forte radicamento dei principi della medicina tradizionale, e soprattutto a quella cinese, a quella indiana e per certi versi anche a quella filippina, che hanno comportamenti di tutela della salute e intensità di utilizzo dei servizi sanitari che le distaccano nettamente dagli italiani ed anche dalle altre comunità.

O ancora alle comunità africane, che si distinguono soprattutto per aspetti riguardanti la salute delle donne.

Anche nelle comunità europee e sudamericane tendenzialmente più prossime, almeno per alcuni aspetti socioculturali, alla comunità italiana, è possibile rintracciare alcune specificità che orientano il loro approccio alla salute e alla sanità.

Nel descrivere il rapporto tra immigrati e Servizio sanitario, non facciamo riferimento a quell'esiguo numero di utenti che si collocano ai margini estremi della scala di sfumature con cui gli stranieri si rivolgono alla nostra sanità e che per ragioni opposte (riassumibili in ampia possibilità di scelta o nessuna possibilità di scelta) sono circoscritti a "nicchie" d'offerta specifiche. Nicchie che rispondono a logiche proprie, del tutto estranee alle dinamiche relazionali *mainstreaming*.

Infatti, pur non dimenticando che,

- da un lato, anche nel nostro paese si va affermando una domanda di sanità da parte di persone provenienti da paesi meno sviluppati ma con elevata disponibilità economica (i ricchi arabi del Golfo o gli arricchiti della nuova Russia o di alcuni giovani paesi africani), attirati dalla possibilità di beneficiare delle eccellenze della nostra sanità;
- dall'altro, esiste una rete di sanità solidale, attivata da associazioni e organismi della cooperazione internazionale e del volontariato che creano le condizioni per offrire capacità e opportunità sanitarie, sia in loco con missioni ad hoc, sia tra- sportando qui, presso le nostre strutture, i pazienti da curare: dai bambini colpiti dalle guerre, alle persone provenienti da paesi più poveri bisognosi di cure indisponibili nel loro paese, alle vittime di catastrofi naturali.

L'attenzione è focalizzata su quei 5 milioni di stranieri che risiedono in Italia regolarmente prevalentemente per lavoro e/o ricongiungimento familiare e che costituiscono la componente fondamentale del fenomeno migratorio, ai quali si possono aggiungere quelli irregolari o clandestini sul cui numero esisto-no diverse valutazioni.

Accanto ai migranti per ragioni prevalentemente economiche, cresce anche il numero degli immigrati forzati, dei minori stranieri non accompagnati, delle vittime della tratta, degli stessi richiedenti asilo: tutti soggetti particolarmente fragili e bisognosi di forme di sostegno articolate e ben strutturate nei loro percorsi di integrazione, anche dal punto di vista sanitario. Sono quest'ultimi, difatti, in quanto per la maggior parte residenti sempre più stabilmente o quantomeno con una prospettiva di lungo periodo, a sperimentare efficienze e disfunzioni oggettive dell'offerta sanitaria, a dover fare i conti con una cultura sanitaria differente; ed in quanto parte sempre più importante della domanda di salute e di servizi, i nuovi cittadini sono destinati anch'essi ad influenzare l'evoluzione del modello e della pratica sanitaria del nostro paese.

1. I luoghi di cura, dall'ospitalità per i pellegrini all'umanizzazione

I luoghi della sanità, in particolare gli ospedali, non sono sempre stati uguali a sé stessi, ma hanno avuto una evoluzione tipologica significativa tanto più se letta nella lunga deriva. Ripercorrerne la storia anche architettonica e funzionale significa al contempo prendere consapevolezza della concezione di tutela della salute e sanità proprie della società di ciascuna epoca.

Punto di partenza è la nascita dell'ospedale nell'Alto Medio-evo come luogo dell'assistenza generica a mendicanti e pellegrini: un nucleo attorno al quale si svilupparono ordini monastici che avevano il fine dell'assistenza a poveri e malati. Erano fatti di grandi corsie a una o più navate, una tipologia edilizia di diretta derivazione da quella conventuale, costituita da corpi di fabbrica ad uno o due piani, prospicienti su cortili chiusi e contigui all'edificio per il culto. Contenitori edilizi essenzialmente legati ad attività di assistenza indifferenziata a poveri, pellegrini e malati e quindi inadeguati come luoghi di cura tanto che spesso diventavano, al contrario, luoghi di propagazione delle malattie.

Nel Rinascimento si registra una crescente autonomia istituzionale dell'ospedale anche se gli schemi tipologici di base non mutano. Certo è che gli ospedali, al pari degli altri temi di architettura civile e religiosa, diventano una componente riconosciuta del panorama urbano, ed assumono in alcuni casi la dignità della grande architettura (si pensi all'Ospedale degli In- nocenti a Firenze progettato e realizzato da Brunelleschi nella prima metà del Quattrocento). Cresce parallelamente l'attenzione all'aspetto igienico sanitario.

In seguito i processi di inurbamento e lo svilupparsi del po- ter regio assoluto in Europa contribuiscono all'affermarsi di formule più accentrate e a scala più vasta, arrivando a capienze dell'ordine delle tremila persone alloggiate in corsie di 300 letti. Ma si tratta ancora, in sostanza, di enormi luoghi di concentrazione di poveri e malati.

E' nel '700 illuminista che si fa strada l'idea di un ospedale come una vera e propria struttura organizzata per la cura, e comincia ad affermarsi un modello diverso in cui l'ospedale viene sempre più concepito come "*machine a guérir*", luogo di diagnosi e di terapia efficace in cui si esercita anche lo studio delle malattie e l'insegnamento della disciplina medica.

Nascono reparti distinti per uomini e donne, ma soprattutto specializzati in base alle malattie e si afferma quindi il modello a " padiglioni" (peraltro già sperimentato in Inghilterra).

Nel '900 tale modello a padiglioni viene progressivamente superato dall'esigenza di una maggiore centralizzazione dei ser- vizi diagnostici e terapeutici e dal superamento dei problemi legati al rischio infezioni.

Con la diminuzione del numero di degenti per camera e lo sviluppo delle dotazioni tecnologiche (reparti centrali di diagnostica e terapia e servizi) assume centralità il tema dei percorsi e dei flussi e il modello si evolve in favore di una tipologia ospedaliera sviluppata in altezza con una soluzione a blocco. L'eccessiva massività di tali soluzioni, specialmente negli ospedali americani, ha spinto verso lo sviluppo di una tipologia a piastra, cioè edifici compatti a sviluppo prevalentemente orizzontale col minimo spreco di percorsi.

Nel processo di ridefinizione dell'organismo architettonico ospedaliero nel secolo scorso spiccano le esperienze progettuali di due grandi maestri del Movimento Moderno, Alvar Aalto e Le Corbusier.

Il primo progettò il sanatorio di Paimio nel sud della Finlandia (1928), felice combinazione di elementi funzionali e di numerosi accorgimenti volti a favorire il benessere soprattutto psicologico del paziente. Un edificio progettato e costruito tenendo conto soprattutto delle esigenze dei malati, un caso esemplare di attenzione alla "progettazione" della luce naturale, agli orientamenti, agli studi cromatici, nonché alla progettazione delle camere dei degenti.

Nell'esperienza di Le Corbusier l'attenzione principale è per l'impostazione dell'organismo architettonico ed il suo inserimento all'interno del tessuto urbano di una città speciale come Venezia. Il grande architetto volendo inserire il nuovo complesso nel contesto urbano senza modificarne il profilo urbano, punta ad uno sviluppo orizzontale. Data la dimensione contenuta dell'area, immagina di espandere la piastra sulla laguna sospendendo l'edificio su pilotis immersi nell'acqua. Convivono nel progetto semplificazione degli elementi compositivi e una notevole varietà spaziale nella loro aggregazione; le camere però sono cellule singole di tre

metri per tre, prive di finestre laterali e dotate di aperture superiori che consentono alla luce di entrare dall'alto, soluzione che genera, per il paziente, una condizione di assoluto isolamento. L'originalità dell'impianto sta nella soluzione a piastra, suscettibile di espansione modulare.

Nella fase più recente si impone l'idea dell'ospedale come organismo complesso ideato ed organizzato ponendo al centro la persona ed i suoi bisogni e comunque come luogo e risorsa cui ricorrere solo quando è indispensabile e per il tempo strettamente necessario. A questo proposito, uno sguardo all'ospedale del futuro è stato proposto dalla Commissione Veronesi-Piano che pone al centro i temi della umanizzazione, dell'urbanità e della socialità.

Nel nuovo *concept*, la funzione specialistica deve tenere conto di altre dimensioni quali l'integrazione tra complesso sanitario e organismo urbano (accessibilità, scambio e permeabilità), l'integrazione tra funzioni legate alla ricerca e alla formazione e funzioni legate alla cura e all'assistenza e l'integrazione tra luoghi e spazi di cura e luoghi e spazi di socialità e reciprocità.

L'evoluzione storico tipologica degli ospedali aiuta a capire come la loro conformazione sia stata connotata non solo e non tanto dalle esigenze funzionali e tecniche, ma da una pluralità di fattori che oggi hanno portato a ripensare il *concept* di ospedale, rilanciando la centralità del paziente come soggetto relazionale.

Poiché i luoghi sanitari sono contenitori edilizi al cui interno si collocano organizzazioni spaziali altamente specializzate e ad elevato contenuto tecnologico, è evidente l'importanza della adozione di criteri tecnici e funzionali di primo livello.

Ma l'organismo sanitario non è certo riducibile ad una macchina tecnologicamente complessa, né alle sue caratteristiche funzionali: si tratta anche di un *pezzo di città e di società dialogante*, ed in particolare di un luogo di vita e di cura, le cui caratteristiche ed attenzioni progettuali debbono contribuire al benessere psicologico e sociale dei pazienti e di coloro che lo accompagnano ed assistono nel corso del processo terapeutico.

Il dato fondamentale è dunque il carattere evolutivo dei luoghi della sanità che sempre più è indotto non solo dalla tecnicità e dalle esigenze funzionali e di economicità, ma dall'osmosi con le realtà sociali, dai flussi che lo utilizzano e dai bisogni e dalle aspettative di coloro che vivono i luoghi della sanità, dai pazienti ai familiari sino agli operatori.

Ecco disegnato il nesso tra luoghi della sanità e bisogni dei pazienti, italiani o stranieri che siano, che è relativo alle esigenze di cura, ma che sempre più è anche domanda di relazionalità, voglia di avere contesti accoglienti, umani.

La necessità della compresenza di questi differenti elementi è oggi un dato acquisito, ma tale consapevolezza rappresenta l'esito di un lungo percorso.

2. Approccio olistico e personalizzazione

Cambiano i pazienti, cambiano le cure e cambiano i luoghi della cura: questo in estrema sintesi il flusso dinamico che occorre tenere in mente nella rappresentazione del rapporto tra gli immigrati e la sanità.

È in questa rappresentazione il primo asse cartesiano è quello della relazionalità. Prevale oggi una visione non più solo funzionalistica della salute e della malattia, una sorta di meccanico aggiustamento di pezzi che non funzionano o funzionano male; la salute richiama una dimensione globale della persona, psicofisica, e richiede quindi un approccio olistico.

I luoghi della cura non possono più avere solo una impronta efficientista, tecnica, di puro adattamento alle esigenze funzionali, sono luoghi di umanità, di relazioni, di persone in sofferenza e per questo format e contenuto non sono neutrali rispetto agli stessi esiti della cura.

In sostanza, si può dire che oggi è acquisito che la buona salute non è un concetto di stampo puramente funzionalista, ma include anche dimensioni di tipo psicologico e relazionale; la sanità non coincide con la sola cura dalle malattie, cioè con la diagnosi e la terapia e tutto ciò che è direttamente funzionale alla loro erogazione, ma richiede un'attenzione crescente ai fattori che riguardano il benessere psicofisico delle persone. Nelle indagini del Censis al vertice della graduatoria delle cose di cui secondo gli italiani ci sarebbe bisogno per una sanità migliore vi è sempre *l'umanizzazione*, intesa come crescente centralità della persona nella sua integrità, in ogni aspetto dei processi di cura e come dimensione relazionale.

La maggioranza dei cittadini, quando si reca in una struttura sanitaria, considera importanti le relazioni con le altre persone, dai pazienti ai relativi familiari che sono in attesa: è oltre il 65% degli intervistati a ritenere importante questo aspetto, perché relazionarsi con gli altri, scambiarsi informazioni ed esperienze aiuta ad affrontare la situazione; è invece poco meno del 35% a dichiararsi concentrato sul proprio problema sanitario, tanto da non avere tempo o voglia per discorrere con gli altri.

È in questo scenario che si innesta lo specifico immigrato, per il quale la dimensione relazionale assume ruolo preminente, non fosse altro che per le difficoltà legate alla mera comprensione linguistica, che come sappiamo sono solo l'aspetto più evidente della complessità di decodifica, anche culturale, della comunicazione.

3. Il gradiente Nord Sud della sanità italiana

Le caratteristiche strutturali dei luoghi, degli spazi in cui le prestazioni e i servizi sanitari sono insediati, organizzati ed erogati, incidono sulla qualità delle relazioni, e quindi anche sulla qualità percepita delle prestazioni, così come ovviamente le modalità ed i tempi di accesso ai servizi.

Il secondo asse cartesiano rispetto al quale si posiziona e si spiega la relazione immigrati-sanità è dunque quello della qualità e della accessibilità dei servizi, che nella geografia sanitaria del nostro paese ripropongono e confermano i più generali differenziali territoriali lungo la traiettoria Nord-Sud.

Più di un indicatore strutturale dimostra come l'offerta dei servizi sanitari in Italia è segnata da uno storico dualismo, aggravato da un tendenziale ridimensionamento della rete ospedaliera.

Se in media, in Italia ogni mille abitanti sono disponibili 3,9 posti letto nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, tale valore scende a 3,5 nelle regioni meridionali, mentre nel resto d'Italia è pari o superiore a 4. La disponibilità di posti nelle strutture residenziali o semi residenziali, quali hospice, case protette, residenze sanitarie assistenziali, centri diurni psichiatrici è ancora più penalizzante per chi risiede nel meridione, corrispondendo a poco più di 1 posto ogni 1.000 abitanti, mentre i residenti nelle aree settentrionali possono contare su circa 8 posti per mille abitanti.

I giudizi dei cittadini confermano e rendono ancora più evidenti gli squilibri nella geografia della salute. Le famiglie residenti nelle aree meridionali lamentano penalizzazioni nell'accesso a tutti i tipi di servizi, tra cui segnalano i Pronto soccorso.

La soddisfazione nei confronti del servizio sanitario pubblico è positiva al Nord – ed aumenta la quota che si ritiene molto soddisfatto – ed è largamente insufficiente nelle aree meridionali del paese, dove quasi una persona su tre esprime un giudizio negativo. Ed ancora. L'inadeguatezza dei Servizi sanitari regionali è rimarcata da oltre il 62% dei residenti nel meridione, mentre è opinione del tutto minoritaria tra coloro che vivono nel Nord Est (17,8%) e nel Nord Ovest (25,3%) del paese.

Non stupisce, dunque, che alle tante mobilità sull'asse nord sud che affliggono e depauperano il nostro meridione – per il lavoro, per l'università – sia forte anche quella per la ricerca di un'assistenza sanitaria adeguata.

Ma per *i nuovi pellegrini* della società italiana contemporanea, per ragioni economiche, di impegni di lavoro, di difficoltà ad orientarsi anche solo nel luogo in cui vivono, il riferimento per la propria salute e cura è inevitabilmente quello locale. E su di essi insistono e si amplificano le disuguaglianze, di lavoro, di condizioni di vita, di benessere ed appunto di relazione con - e risposta da - la rete di tutela e cura.

3.1. L'articolazione territoriale del rapporto degli immigrati con la sanità

Esiste un modello italiano di integrazione degli immigrati, spontaneo, dal basso, molecolare, che si dispiega nelle comunità e nelle reti relazionali e che ha i suoi luoghi di elezione nelle aziende, nelle scuole, nelle strutture sanitarie, nei vicinati dei comuni piccoli e grandi.

Un modello unitario che ha una sua articolazione territoriale legata da un lato alle caratteristiche del progetto migratorio prevalente nelle comunità di un dato territorio e, dall'altro - relativamente al rapporto con la sanità - dipendente dalle caratteristiche del sistema sanitario locale.

La lettura del rapporto immigrati e sanità lungo l'asse Nord-Centro-Sud e isole risulta dunque efficace anche perché diverse sono le caratteristiche del progetto migratorio prevalente nelle comunità di immigrati di ciascuna area geografica e ovviamente diverse, come evidenziato, sono le caratteristiche dei sistemi sanitari delle varie regioni.

Partendo dalle regioni meridionali, del Sud e isole, laddove oggi si concentra il flusso dei nuovi arrivi, si riscontra una prevalenza della propensione al puro transito o alla permanenza temporanea da parte dei *nuovi pellegrini* che, quindi, fanno di tali territori piattaforme di transito utilizzate per entrare nel mondo economicamente più avanzato e trasferirsi più o meno rapidamente nelle aree più benestanti, dove maggiori si ritiene siano le opportunità per costruire un percorso ascensionale di vita.

La sanità delle regioni meridionali, che tradizionalmente è meno adeguata rispetto a quella delle altre regioni e che negli ultimi anni ha subito una regressione significativa, anche a seguito dei piani di rientro imposti dalle disastrose condizioni finanziarie dei servizi sanitari regionali, è quindi alle prese con le problematiche di estrema urgenza legate alla prima accoglienza.

Si tenga anche conto che una parte importante dei flussi migratori in entrata degli ultimissimi anni proviene da aree sempre più povere, disastrose, alle prese con guerre civili crudeli e devastanti, con persone che arrivano dopo avere affrontato spostamenti biblici in condizioni disumane.

E' a queste persone che una sanità in notevole difficoltà, come quella meridionale, per conto proprio è riuscita in questi anni a dare risposte efficaci, adeguate, che hanno fatto guadagnare all'Italia il rispetto del mondo.

Fondamentale per il buon risultato è stato il fattore umano, la capacità dell'impegno spesso volontaristico di medici, infermieri, operatori sociosanitari e di altro tipo, financo gli amministrativi, di colmare il deficit organizzativo, di risorse o tecnologico di una sanità che vede ampliarsi il suo gap con le regioni più forti.

La centralità del fattore umano nelle sanità meridionali si manifesta anche in relazione agli immigrati di più lunga permanenza che, nel rapporto con la sanità, vivono tutte le criticità che sono evidenziate dagli italiani locali, ma al contempo beneficiano di quell'approccio relazionale, di attenzione alla dimensione umana che connota molto spesso gli operatori sanitari di quei territori e che di fatto consente di colmare almeno in parte il deficit tecnologico, organizzativo e anche di disponibilità di risorse.

Spostandosi nelle regioni centrali il contesto muta, tanto più se si considera la città di Roma che, con i suoi 364 mila immigrati iscritti oggi in anagrafe, ha sperimentato, negli ultimi cinque anni, un vero e proprio decollo del fenomeno.

Il rapporto di tali immigrati con il Servizio sanitario riflette paradigmaticamente l'articolazione delle modalità di rapporto con la sanità degli immigrati a livello nazionale.

Esiste infatti una integrazione silenziosa nelle sale d'aspetto e nelle corsie degli ospedali, dove si genera quella relazionalità spontanea, operativa, quotidiana che è il sale del modello italiano, ma ci sono anche numerosi punti di condensazione della sofferenza specifica della condizione immigrata che esce dalla sua dimensione carsica soprattutto nella sanità di emergenza, il pronto soccorso di alcuni grandi ospedali o, più ancora, il pronto soccorso di territori periferici o limitrofi a quelli a più alta densità di immigrati.

Roma esprime il politeismo dei modelli di relazionalità degli immigrati con la sanità, dalla medietà di un rapporto sostanzialmente positivo della grande maggioranza delle strutture, alla capacità di altissimo livello di

segmenti del Servizio sanitario, da medici a infermieri, di stare sulla frontiera più avanzata della sofferenza dando risposte di grande efficacia e umanità.

Peraltro, le risposte della sanità romana avvengono in una fase di persistente difficoltà finanziaria, di gestione di un piano di rientro complesso che sta cambiando il volto della sanità e comunque non è privo di conseguenza su qualità e quantità dell'offerta locale.

Muovendo ancora verso nord, che sia dalla direttrice adriatica o da quella tirrenica o quella terragna verso il cuore dell'Emilia-Romagna, il rapporto degli immigrati con la sanità beneficia del duplice effetto di una crescente presenza di immigrati più stabilmente insediati nelle comunità locali, con percorsi lavorativi e di internità alla vita locale più solidi, e di servizi sanitari locali di qualità più alta.

Dall'Umbria, alla Toscana, all'Emilia Romagna passando per le Marche, sono servizi sanitari regionali di fascia alta nel contesto nazionale che mostrano anche una notevole capacità di articolare l'offerta rispetto ad esigenze specifiche delle diverse comunità di immigrati ed, in molti contesti, anche con una capacità di modulare i propri servizi sulle esigenze di quelle comunità con maggiori difficoltà di integrazione o semplicemente con stili di vita e convinzioni che rendono più difficile l'integrazione anche in ambito sanitario.

Le regioni del Nord, in particolare la Lombardia, e la fascia alta dell'Emilia Romagna, con modalità meno spiccate il Piemonte e poi, muovendo verso il Nord-Est, Veneto, Trentino, Friuli, ad oggi esprimono un binomio progetto migratorio prevalente - qualità della sanità locale più efficace, tanto che le attività di ricerca mostrano che gli immigrati, in linea col giudizio degli italiani, hanno una positiva percezione delle sanità locali che riflette la loro capacità reale di garantire alti standard assistenziali.

L'articolazione territoriale si riflette nel vissuto degli immigrati così come nelle modalità con cui la sanità risponde alle loro specifiche esigenze; il dato complessivo è che la risposta è comunque superiore alla sufficienza piena, con punte di vera e propria eccellenza.

Dagli immigrati provenienti dalle zone più povere del mondo alle prese spesso con problematiche sanitarie urgenti e gravi, a quelli da più tempo in Italia ma magari con stili di vita e convinzioni religiose e culturali che rendono un percorso ad ostacoli il loro rapporto con la sanità fino alla molteplicità comunitaria delle modalità di relazioni con salute e sanità, il dato che emerge complessivamente è più che positivo per il Servizio sanitario italiano.

Lo dicono gli immigrati, lo dicono gli operatori sanitari, lo confermano fonti internazionali anche per le situazioni più complesse: lo specifico immigrato oggi trova nella sanità italiana un contesto in gran parte capace di dare le risposte assistenziali e umane adeguate, modulate sulla specificità delle esigenze.

4. Alcuni tratti del rapporto con la tutela della salute e la sanità

4.1. Il vigore degli immigrati

La maggior parte degli immigrati che giungono in Italia è fondamentalmente in buona salute.

La demografia e l'epidemiologia dicono che gli stranieri residenti nel nostro paese stanno mediamente meglio degli italiani, se non altro perché più giovani. Ma il mito degli immigrati fragili, portatori - sempre e comunque - di nuove patologie - o di patologie che erano scomparse dai nostri confini - ha ancora un posto dominante nell'immaginario collettivo.

Non che fenomeni del genere non accadano, ma essi sono tanto residuali quanto amplificati da una lettura semplicistica veicolata in ambito politico e giornalistico, come nel caso del presunto ritorno della tubercolosi a causa degli sbarchi di profughi sulle nostre coste o dell'aumento di casi di morbillo, in realtà imputato dagli esperti al diffondersi tra la popolazione, non solo italiana, di un atteggiamento di "sospetto" verso l'innocuità del vaccino.

Anche tra chi giunge in Italia sulle "carrette del mare", la quasi totalità delle malattie diagnosticate all'arrivo è generalmente di lieve entità e dovuta alle difficili condizioni di vita in patria e al viaggio che ha affrontato; le testimonianze dei medici impegnati nell'accoglienza e nel controllo di queste persone narrano sinora di piccole ferite, infezioni dermatologiche, dolori articolari e così via, oltre ad uno stato di debilitazione generale.

E riflettendoci, non potrebbe essere altrimenti. Sono pochi gli esseri umani disposti o in grado di affrontare, se non in buona salute, costi e rischi dell'emigrazione, per quanto disagiate o disperate siano le proprie condizioni nella terra natia.

E l'"effetto immigrato sano", dovuto a questa autoselezione ab origine contribuisce anch'esso, unitamente al *milieu* socio- culturale e agli ostacoli all'accesso, a far sì che la maggioranza degli immigrati tenda, soprattutto all'inizio della sua permanenza nel nostro paese, a stabilire con il Servizio sanitario un rapporto molto meno intenso rispetto agli italiani, legato alla pura routine della richiesta dei certificati, imposti dalle normative, necessari per il lavoro, per i figli, ...fino ad arrivare ad una quasi totale estraneità, che si scioglie solo al momento dell'insorgere di una patologia in fase acuta.

Non è infrequente invece osservare immigrati che entrano nei luoghi della sanità solo per accompagnare gli italiani malati, badanti che accompagnano gli anziani presso studi medici o ambulatori.

4.2. Luci ed ombre di un rapporto meno stressato con la propria salute

I cittadini stranieri, più o meno giovani che siano, hanno una percezione soggettiva del proprio stato di salute migliore rispetto agli italiani e tale divario tende a crescere al crescere dell'età. Per l'87,5% infatti le proprie condizioni di salute sono buone o molto buone a fronte dell'83,5% degli italiani.

La valutazione positiva del proprio stato di salute rinvia certamente anche al dato strutturale del maggior peso, tra gli stranieri, delle coorti più giovani, ma non è peregrino suggerire che dipenda anche da un

differente approccio alla vita, come si è detto fortemente condizionato dalle aspettative crescenti e dalla convinzione che solo uno strenuo impegno possa consentire loro di approdare a più elevati livelli di benessere.

Ne consegue però anche la tendenza a trascurare sintomi, fastidi e dolori latenti e a rivolgersi alla sanità solo quando la patologia si è palesata. Se il malato immaginario non parla straniero e si va dal medico solo se realmente malati, il rapporto meno stressato con la salute in questi casi si capovolge in una pericolosa disattenzione rispetto alla tutela preventiva della stessa.

Nell'arco di un mese, solo il 20,2% degli stranieri si reca dal medico, mentre in generale questo tipo di attività è propria del 32,4% della popolazione.

Senza una ragione specifica (malattia, disturbi, necessità di certificati), è il 7% degli stranieri a recarsi dal medico per una visita di controllo generale. Sono soprattutto gli uomini stranieri a disertare gli studi medici, presso cui si reca appena il 15,8% contro il 24,1% delle donne, una diversità di atteggiamento che si riscontra anche nel complesso della popolazione residente ma con un differenziale meno marcato.

All'interno delle diverse comunità straniere il comportamento relativo alla prevenzione, esemplificato dalla loro propensione a verificare periodicamente il proprio stato di salute, ma anche la più generale consuetudine con gli studi medici, è in effetti abbastanza uniforme, anche se si scende nel particolare delle diverse collettività. E sia pure sui più bassi livelli di intensità finora tratteggiati, ha numerosi punti in comune con l'approccio tipico dell'intera popolazione italiana. Come è naturale che sia, i più assidui utenti del servizio medico – di base o specialistico – sono donne, bambini e ragazzi in età pediatrica ed anziani.

Fanno eccezione i cittadini di origine indiana e cinese. Entrambi perché fanno meno degli altri visite mediche, i cinesi perché è loro quasi del tutto estraneo il ricorso al servizio sanitario in funzione preventiva.

Per questo i luoghi della prevenzione risultano meno affollati di immigrati e più omogeneamente italiani di altri luoghi della sanità. Gli stranieri sono riluttanti ad aderire a programmi di screening e ad accertamenti diagnostici; esponendosi ad una più alta vulnerabilità al manifestarsi di patologie, all'aumentare dell'età. Tendono quindi a presentarsi ai servizi sanitari quando la patologia è conclamata, in fase acuta. Non a caso tra i *nuovi pellegrini* sono piuttosto diffuse malattie infettive degenerative, come l'epatite B, facilmente diagnosti- cabili da esami di routine.

Le principali patologie che interessano questo segmento di popolazione sono prevalentemente quelle relative all'apparato respiratorio, che riguardano infatti 65,4 stranieri su mille; seguono l'apparato digerente e i denti (20,2 su mille), il sistema nervoso (19,8 su mille) e il sistema osteomuscolare (15,5 su mille).

Ne consegue anche che il rapporto con la sanità si esprime in primo luogo nei Pronto soccorso e negli ambulatori. In media gli immigrati accedono al Pronto soccorso almeno una volta l'anno. Tra gli utilizzatori del Pronto soccorso più del 76% è regolarmente iscritto al Servizio sanitario nazionale, ha tra i 30 e i 44 anni, proviene dall'Europa ed è uomo, sposato.

Dal fenomeno non è estraneo il fatto che tra i lavoratori immigrati la frequenza di incidenti in ambito lavorativo è molto più elevata, soprattutto tra gli uomini, ed è dovuta alla loro presenza, con mansioni operaie, in settori a più elevato rischio di infortunio, come l'industria in senso stretto e le costruzioni. In un'ottica di nazionalità, a rivolgersi maggiormente al Pronto soccorso sono però i tunisini e i marocchini con importanti differenze di genere che vedono tra i maggiori fruitori gli uomini tunisini (130,7 su mille) e le donne marocchine (100,8 su mille) e a seguire troviamo gli albanesi e i moldavi.

Se dunque il Pronto soccorso è per gli immigrati regolari la porta d'accesso privilegiata alla sanità, è anche il luogo di emersione per i tanti irregolari o clandestini che vivono ai margini della società. In grandi città, come Milano e Roma, i Pronto soccorso sono sulla frontiera più avanzata della sofferenza, in quanto spesso unici luoghi in cui volti e corpi di tanti che vivono ai margini, clandestini, si rivelano.

I più diffidenti verso Pronto soccorso ed ambulatori risultano ancora una volta le comunità asiatiche e in particolare quella cinese. In media al Pronto soccorso si recano 23 cinesi su mille.

Le comunità cinesi in Italia, ed a seguire quelle indiane, esprimono in forma estrema o comunque più intensa i principali comportamenti di rapporto con salute e sanità degli immigrati. Sentono di stare meglio degli italiani e degli altri immigrati, ricorrono meno al Servizio sanitario, anche ma non solo per le difficoltà linguistiche, culturali, burocratiche nell'accesso, tendono a ritagliare con più forza la loro specificità. Si è venuto a creare, in queste comunità, e specialmente tra i cinesi, un servizio sanitario endogeno, che guarda alla medicina non convenzionale e - peculiarità propria dei cinesi - fa più ricorso a medici connazionali.

Si consideri, a tale proposito, che è il 15% dei residenti di nazionalità cinese che dichiara di fare affidamento su terapie non convenzionali, contro una media, tra gli stranieri, del 3,1%. D'altro canto, il dato cinese, che trova la sua ragione d'essere, non solo per le suddette difficoltà, ma anche nella adesione alla sempre più apprezzata medicina tradizionale cinese, ha dei punti di convergenza con la tendenza più generale a fare uso di terapie non convenzionali che è ormai una realtà importante del nostro paese.

A ricorrere ad almeno un tipo di terapia di questo genere è l'8,1% della popolazione residente. E' semmai sulla tipologia di terapia e sul motivo per il quale vi si ricorre che i comportamenti differiscono, in quanto nel complesso della popolazione residente ci si rivolge soprattutto all'omeopatia ed alla fisioterapia, benché anche una pratica come l'agopuntura sia sempre più diffusa.

4.3. Aiutare ad andare oltre il disagio della maternità

Le immigrate stanno innalzando il tasso di fecondità del nostro paese e in molte città senza il contributo delle nuove nascite che proviene dagli immigrati oggi ci sarebbe un tasso naturale negativo.

Le donne straniere fanno più figli - in media 2,10 figli per donna, mentre tra le italiane tale valore è pari a 1,29 - e sono generalmente mamme più giovani. Un bambino su cinque (20,2%) che nascono in Italia ha almeno un genitore straniero, uno su sette ha entrambi i genitori stranieri.

Eppure una quota importante degli immigrati vive la straordinaria esperienza umana della gestazione e della maternità in contesti sociali e di vita percepiti come poco friendly, tanto da generare un senso di inadeguatezza tra molte donne straniere. La condizione di espatriato, le tante barriere linguistiche e culturali, l'assenza di una rete familiare ampia, produce un disagio rispetto al percorso verso la maternità, con un rapporto spesso problematico.

Lo certificano non solo i dati dell'abortività con più del 50% dei day hospital per le donne straniere non residenti relativi ad aborti indotti volontari ed un tasso di abortività delle donne straniere di circa tre volte superiore rispetto a quello delle donne italiane; ma anche fenomeni legati alla scelta di vivere la maternità, con il 47% delle gestanti straniere che fa la prima visita ostetrica dopo il terzo mese di gravidanza e il ridotto ricorso all'allattamento al seno.

Sono le strutture del Centro Nord che, ospitando più cittadini stranieri, si trovano a dovere gestire in misura maggiore l'accesso delle donne ai servizi sanitari, anche per effettuare l'interruzione volontaria di gravidanza. A differenza delle italiane, tra le quali la maggior parte degli aborti volontari riguarda donne nubili, tra le straniere le due quote sono quasi equivalenti, con una lieve prevalenza delle coniugate.

Nella maggior parte dei casi le straniere hanno già due o più figli, che in alcune comunità, come quelle sudamericane e dell'Europa orientale è frequente aver lasciato in patria, in affidamento a familiari; un terzo ha già esperienza di interruzioni volontarie di gravidanza precedenti. La frequenza con la quale le donne straniere ricorrono all'aborto sembra riflettere la loro precarietà lavorativa; una scelta dolorosa, effettuata, per ragioni opposte, sia dalle occupate sia da coloro che sono alla ricerca di un lavoro.

Anche il momento del parto, assume per molte donne immigrate un carattere straniante. Alcune ricerche effettuate in questo campo sottolineano una differenza sostanziale, per le donne immigrate, nella modalità di vivere l'esperienza della maternità e del parto nel loro paese di origine e in Italia.

Il parto è spesso, soprattutto per le donne africane, un'esperienza collettiva e di comunità, un momento di convivialità e condivisione tipicamente femminile che coinvolge tutte le donne del nucleo familiare, che per lo più si consuma nell'ambiente domestico e che crea un'aurea protettiva e di affetto verso la gestante.

Il modello italiano, con parto in ospedale, soprattutto quando è fatto in solitudine o con la sola compagnia del marito o di un'amica, ha impatti significativi, con pericolose associazioni rilevate tra il parto e la malattia.

Il disagio della maternità è, in tutta evidenza, legato a ragioni sociali intrinseche alla condizione di immigrati in un paese dai modelli socioculturali diversi, a volte anche molto diversi, dai propri.

La sanità e i suoi operatori fanno, bene, la loro parte per tutti gli aspetti clinici che attengono al parto; e vanno citate le tante esperienze in cui per iniziativa spontanea di strutture o singoli operatori sono attivati progetti che esplicitamente mirano ad alleviare aspetti del disagio della maternità delle immigrate. Dalle iniziative per dare un'estetica positiva, accogliente, ai reparti in cui si recano le future mamme o neo-mamme a quelle relazioni, di dialogo, di supporto psicologico o di semplice vicinanza e condivisione umana, c'è un'attenzione al valore della maternità e della mamma, vero orgoglio di tante esperienze nella sanità italiana.

4.4. Tra solitudine e relazionalità dal basso

La condizione migrante ha in sé un potenziale enorme di impatto sulla psiche delle persone, perché comporta senso di estraneazione, perché spesso è preceduta da viaggi che lasciano il segno sulla psiche e il fisico, e perché una quota molto alta di immigrati ha lasciato famiglia e affetti nel Paese d'origine.

Malgrado i tanti ricongiungimenti familiari effettuati nel corso del tempo, ancora ad oggi è prevalente tra gli immigrati la quota di persone che ha i propri familiari più stretti nel paese d'origine, con un effetto di pressione psicologica molto alto. Ciò è particolarmente forte, ad esempio, per le donne che sono occupate nelle attività di assistenza agli anziani e non autosufficienti o che svolgono attività di baby sitter. Nei paesi di provenienza lasciano mariti e figli, con un effetto svuotamento fortissimo dei comuni di partenza, ma soprattutto con una sorta di scissione materiale e psicologica tra la quotidianità di lavoro domiciliare, spesso ad altissimo burn-out, una relazionalità familiare distante, e il peso psicologico di figli che crescono lontani dal proprio sguardo.

Si aggiungano gli impatti di una condizione sociale spesso difficile, con la precarietà e l'usura del lavoro, con situazioni abitative difficili, e una marginalità di fatto. C'è un disagio psicologico, al di là del sostegno che deriva dalla comunità di appartenenza, che non è estraneo alla più alta morbilità psichiatrica degli immigrati. Va sottolineato che non si registra una maggiore prevalenza di tipo epidemiologico, ma gli studi etnografici certificano di questa più alta diffusione di alcune patologie psichiatriche, ad esempio un eccesso di psicosi. Nel complesso, l'autopercezione del proprio benessere psicologico e mentale è, in realtà, tra gli immigrati, abbastanza elevata, con una vulnerabilità più accentuata tra tunisini e marocchini.

Ma come ricordato, il solo fatto di essere un immigrato è già di per sé una condizione destabilizzante che solo una robusta condizione psicofisica di partenza consente di affrontare, e che comunque mette a dura prova nel quotidiano la tenuta delle persone. È proprio l'elevato livello motivazionale che costituisce un indubbio fattore protettivo da ben più gravi cedimenti della propria salute mentale.

Il senso di appartenenza ad una comunità diventa fondamentale, così come poter essere sostenuti dalla propria rete di relazioni. Ansia, paura e difficoltà di affrontare le questioni riguardanti la propria salute, sono quando possibile, affrontate dagli immigrati recandosi nei luoghi della sanità in massa, cioè accompagnati da parenti, amici, connazionali o anche da conoscenti italiani che fungono per loro quasi da sponsor.

È facile nei luoghi della sanità imbattersi in situazioni in cui attorno a un potenziale paziente bengalese si raccolgono molte persone, che provano a spiegare o si limitano a esprimere muto supporto con la semplice vicinanza fisica. È una comunità che si mette in movimento e che prova a dare all'aspirante paziente quel supporto fisico o semplicemente psicologico con la vicinanza di cui si ritiene abbia bisogno.

Ospedali, ambulatori, consultori, studi medici, tuttavia, possono essere non solo luoghi estranei, frequentati per necessità e spesso sentiti ostili ed incomprensibili. Con meno evidenza delle aule scolastiche e della microimprenditorialità commerciale ed artigianale, ma con un ruolo altrettanto fondamentale, i luoghi della sanità concorrono a dare concretezza al modello di integrazione italiano, fatta di relazioni minute, non strutturate.

Il modello di integrazione sanitaria italiano, pur nelle sue arti-colazioni territoriali, ha infatti al suo centro la dinamica delle relazioni dirette tra le persone, quell'insostituibile fattore di integrazione costituito dalla quotidiana, umana condivisione di situazioni comuni, tanto più di sofferenza come nel caso della malattia.

E' anche nei luoghi della sanità che ogni giorno avviene quella molecolarità di rapporti tra immigrati e italiani, e tra immigrati delle diverse comunità che genera l'integrazione di fatto. Non è un caso allora che se quasi un 30% di stranieri dichiara di aver subito una qualche forma di discriminazione in Italia, tale circostanza molto raramente è avvenuta nei luoghi della sanità, durante visite mediche, controlli per la salute e ricoveri.

E' silenziosa quotidianità della integrazione, fatta di lunghe attese nelle code delle sale d'aspetto, di convivenza durante le degenze nei reparti ospedalieri, di reciproco parlarsi dei genitori nei reparti pediatrici; la relazionalità in atto nei luoghi della sanità, la condivisione di sofferenza e gioia legate appunto al rapporto con le patologie e le cure è un cardine della integrazione vera, quella fondata sulla scoperta dell'altro che avviene dentro le vicende della quotidianità.

Dal punto di vista relazionale, i consultori familiari hanno ritrovato la loro centralità, svolgendo una funzione determinante, diventando essi stessi occasione di comunità per donne migranti e laboratori dei nuovi italiani.

Sono contesti comunitari altamente significativi per tante immigrate, in particolare appartenenti ad alcune comunità come quelle filippine, ucraine, moldave e polacche. A rivolgersi al consultorio sono circa 22 stranieri ogni 1.000, mentre sono 15 su 1.000 gli italiani.

L'utenza straniera è soprattutto femminile (34 su 1.000 in totale e 53 su 1.000 se di età compresa tra i 25 ed i 34anni), e concentrata nelle aree del Nord Est (24 su 1.000) e del Centro (27 su 1.000).

I consultori sono anche luoghi in cui trovano espressione i comportamenti dei pionieri delle seconde generazioni, ragazzi che hanno frequentato le scuole italiane, sono permeati delle culture di massa più moderne relative al rapporto con il corpo, la sessualità e tendono a trovare nei consultori punti di riferimento in cui provare ad avere quel supporto di conoscenza essenziale per gestire in autonomia salute e sessualità.

4.5. Il mio medico di fiducia...

Un altro luogo elettivo della relazionalità sociale in ambito sanitario è senza dubbio costituito dagli studi di medici di medicina generale.

L'evoluzione del sistema sanitario negli ultimi anni è stato segnato dall'attivismo di un paziente sempre più informato, consapevole, che pone una grande attenzione alla rilevazione e selezione delle informazioni. E' un paziente quindi in grado di costruire un proprio punto di vista e tuttavia permane un rapporto di fiducia essenziale, strutturale con il medico di medicina generale.

Tale aspetto emerge anche in relazione agli immigrati che hanno nel medico di medicina generale il loro riferimento primario rispetto agli aspetti sanitari; è vero quindi che è molto più frequente tra gli immigrati il ricorso al Pronto soccorso per avere accesso rapido alle strutture sanitarie, anche perché tendono a

ricorrere alla sanità quando il bisogno è realmente emerso. Però, soprattutto tra gli immigrati che da più tempo risiedono in Italia si registra un processo di progressiva omologazione dal punto di vista della costruzione di un rapporto fiduciario con il medico di medicina generale.

La rete territoriale dei medici è, per i cittadini, il pilastro più solido ed accessibile dell'offerta sanitaria, e tende ad esserlo anche per coloro che provengono da altri contesti socioculturali e di modelli sanitari, man mano che procede il processo di integrazione e stabilizzazione nel paese.

Il rapporto di reciproca fiducia tra medico e paziente, già fondamentale di per sé, diventa ancora più rilevante nella relazione con il paziente straniero.

Conta anche la dimensione umana, la possibilità di strutturare un rapporto personale con un esponente "alto" del sapere medico, al quale si ha accesso libero e tempestivo.

Conta il rapporto medico-paziente e conta il rapporto tra pazienti. L'ambulatorio medico, ed ancora di più quello del "medico di fiducia" per i suoi collegamenti diretti con il territorio locale, è anche il "luogo della parola" per elezione, dove si raccolgono i disagi delle persone, non sempre effettivamente malate, ma che in fondo sono alla ricerca di un legame più stretto con il mondo che li circonda. La sala d'attesa del medico di medicina generale diventa così anche per l'immigrato una risorsa per aprire un canale di comunicazione con gli altri, per entrare nelle dinamiche di vicinato, per l'integrazione.

E' interessante rilevare che sono soprattutto le famiglie con figli quelle che si mostrano più use all'utilizzo virtuoso del rapporto fiduciario con il rappresentante territoriale della sanità, quindi non solo il medico di medicina generale, ma il pediatra, che si pone come il canale più importante di erogazione di informazioni strutturate nonché come porta d'accesso alla sanità.

4.6. L'impatto di convinzioni religiose e approcci culturali sui luoghi e le pratiche della sanità

Una particolare problematica, relativa all'aspetto umano della salute e a quello logistico e organizzativo dell'erogazione dei servizi sanitari, riguarda l'impatto degli orientamenti socio-culturali e/o religiosi delle comunità di immigrati. Esempio eclatante, per la numerosità delle comunità coinvolte, è quello relativo all'Islam.

Non si tratta solo, nel caso di degenza ospedaliera, di una questione di diete o di abitudini alimentari imposte dalle varie religioni, non solo quella ebraica e quella musulmana ma anche altre meno diffuse: la carne di maiale è rifiutata anche dagli avventisti, che non mangiano nemmeno coniglio, cavallo, crostacei e frutti di mare; i sikh sono del tutto vegetariani, anche i circa 3.000 fedeli Baha'i presenti in Italia osservano un periodo di digiuno diverso da quello del Ramadam.

La sanità ha spesso orari che non si modulano sulle esigenze religiose o culturali dei cittadini, e che possono essere molto influenti nella fase di compliance.

Basti pensare alla conciliazione degli orari durante il Ramadam - e alle modalità di gestione delle terapie farmacologiche- che da parte dei pazienti durante tale periodo -, all'osservanza del sabato da parte dei cittadini di religione ebraica, giorno in cui è proibito il lavoro in tutte le sue forme - anche accendere una luce o scrivere - ed in cui andrebbero evitate le operazioni non urgenti.

Le problematiche organizzative e logistiche diventano ancor più complesse relativamente alla presa in carico delle pazienti donne: la necessità che le donne siano visitate solo da personale femminile, la richiesta di particolari accortezze nell'approccio alla paziente durante il ciclo mestruale, le diverse modalità di vivere e considerare gravidanza e parto, le tante cerimonie legate a questi avvenimenti.

L'influenza della religione e della cultura d'origine è forte nel modo di concepire ed affrontare malattie e morte e richiede attenzioni ed aperture che possono entrare in rotta di collisione con regole burocratiche consolidate e con il nostro concetto di privacy. Vi sono eventi che sono affrontati in solitudine o con il conforto di un assistente spirituale ed altri che richiedono la presenza della propria rete di relazioni, perché fonte di gioia o perché sono legati a riti e cerimonie specifici.

Si pensi poi alla pudicizia con cui in culture diverse, non solo musulmana ma anche cinese e africana, si affronta la nudità di certe parti del corpo umano, non solo tra le donne.

Il già citato problema legato ai rapporti fra persone di sesso diverso, considerati inaccettabili dai musulmani e da evitare per gli induisti, inevitabilmente richiede l'attivazione di procedure funzionali e di gestione del personale in grado di garantire il rispetto di convinzioni profondamente radicate che, in alcuni casi, fanno premio sulle esigenze di cura.

Si moltiplicano i progetti volti a dare risposta alle esigenze dei nuovi pellegrini e dare dunque concretezza ai principi di uguaglianza di accesso che la normativa italiana ha da tempo sancito.□

Formazione degli operatori, in primo luogo, e poi elaborazione di linee guida per l'accoglienza delle differenze e specificità culturali, emanazione di codici etici, utilizzo di mediatori culturali, distribuzione di opuscoli informativi multilingue sono alcune delle iniziative portate avanti in diverse regioni italiane per rendere più accoglienti i luoghi della sanità.

Ma si è solo all'inizio di un percorso che sta già portando e porterà ancora inevitabilmente a ridisegnare spazi, tempi e modalità relazionali delle strutture sanitarie. E' un mutamento di lunga deriva, lento eppure non più solo carsico, sommerso, perché sono ormai molti i contesti di visibilità degli impatti.

Una prima dimensione è quella fisica, dei luoghi, delle strutture con esperienze ancora limitate e tuttavia significative perché alludono ad una evoluzione destinata nel lungo periodo a materializzarsi. Si fa riferimento ad esempio a piccole ma altamente simboliche esperienze di creazione in ospedali di luoghi per l'esercizio dei diversi culti religiosi; non più solo la messa a disposizione di una cappella per la messa, ma di uno spazio di preghiera, un luogo in cui è possibile l'esercizio delle forme delle varie religioni e forme di spiritualità.

Una sorta di certificazione quasi fisica del politeismo religioso di fatto che discende inevitabilmente dall'afflusso nelle nostre città e anche nelle strutture sanitarie di persone di diversa provenienza, appartenenza etnica e religiosa.

Certo la nuova articolazione comunitaria della popolazione che affluisce nella sanità non è il motore delle trasformazioni architettoniche e di conformazione degli spazi nelle strutture sanitarie, ma è comunque un fattore di movimento ed evoluzione che anche in questa dimensione non è neutrale o ininfluente.□

Mutamenti ancora più significativi avvengono nei processi organizzativi e funzionali, legati ad esempio alla necessaria articolazione delle diete non più solo per ragioni sanitarie e terapeutiche, ma a seguito delle convinzioni e dei precetti religiosi. L'esempio del cibo halal o kosher è indicativo, e finisce per ampliarsi fino a coinvolgere anche i farmaci e i presidi medici. D'altro canto, esiste anche una dimensione legata alla cultura professionale medica e infermieristica perché talune comunità, ad esempio quella cinese, sono depositarie per storia e abitudine di saperi e pratiche medico-sanitarie specifiche che trovano grazie proprio alla dimensione crescente della comunità cinese presente nelle città italiane una forte spinta alla diffusione e allo stimolo all'apprendimento da parte di medici e infermieri italiani.

Se i nuovi pellegrini sono qui per restare, almeno in misura prevalente, il portato di culture, stili di vita, comportamenti finisce per generare effetti nel lungo periodo intrecciandosi con i contesti di arrivo, e portando il proprio specifico contributo alla gemmazione della nuova sanità.

Non va sottovalutato, in questo senso, il contributo degli operatori sanitari stranieri che inevitabilmente portano modelli socioculturali, di pensiero e operatività professionale che hanno una loro capacità di penetrazione e influenza.

Oltre cinque milioni di persone di ogni età, livello culturale, provenienza, religione, stili di vita, modelli di consumo, stato di salute, concezione dello stare bene, rapporto con la sanità, la cura e la prevenzione, nel loro quotidiano, molecolare, rapportarsi con il Servizio sanitario ampiamente inteso contribuiscono in modo originale all'insorgere nel lungo periodo di un modo diverso di tutelare e produrre buona salute.

E' questa la verità che si evidenzia da un percorso di analisi e interpretazione del rapporto tra gli immigrati e i vari ambiti del vivere collettivo, non ultima la sanità. E' un processo molto complesso, dalle tante sfumature, non predeterminato, che però può essere orientato, incentivato nelle sue dinamiche e precipitati purché lo si renda visibile, comprensibile, e anche condiviso sul piano sociale e culturale.

Se la sanità cambia a seguito dell'arrivo degli immigrati, anche gli immigrati mutano lentamente anche grazie al rapporto con il mondo della sanità e i suoi protagonisti.

Il senso più profondo e significativo dell'avvento dei nuovi pellegrini è questo. Darne conto nei tanti linguaggi culturali, scientifici e artistici è un contributo di valore ad una buona convivenza e al radicarsi dell'idea che saremo sempre più nuovi italiani come esito di un inevitabile processo di meticciaggio di stimoli di diversa provenienza.

A questo proposito va decisamente rimarcato che la presa in carico delle esigenze e peculiarità della popolazione immigrata non solo risponde ai principi di pari opportunità ed inclusione di questo specifico target, ma si colloca nel contesto più ampio delle politiche sanitarie volte a garantire a tutti tutela della salute e cura. Molte delle problematiche che si riscontrano nel rapporto tra immigrati e sanità sono le stesse, sia pure di minore intensità, che devono affrontare gli strati di popolazione più svantaggiati dal punto di vista socio-economico e culturale.

4.7. Il percorso a ostacoli dell'accesso ai Servizi Sanitari

Garantire pari diritti in tema di tutela della salute ed accesso alla sanità è condizione necessaria ma non sufficiente. Un'impostazione troppo egualitaria della cornice normativa, per quanto si siano raggiunti traguardi fondamentali come il diritto ad essere curati anche se irregolari o clandestini, rischia di non tenere in debito conto della maggiore fragilità sociale di una parte significativa degli stranieri che vivono nel nostro paese, delle numerose barriere che ostacolano il pieno accesso e fruibilità dei servizi sanitari.

Nei luoghi della sanità può capitare di assistere a nervosismi, discussioni accese, che nascono dalle difficoltà ad esprimersi, dal poco tempo a disposizione per farlo e dalle incomprensioni che inevitabilmente ne discendono, di cui quelle legate alla lingua sono le più importanti, ma non certo le uniche, visto il peso di quelle ad esempio di tipo culturale.

E sono anche frequenti i volti perplessi, a volte stralunati degli immigrati alle prese con moduli incomprensibili da riempire, o passaggi da un ufficio all'altro prima di avere accesso alle prestazioni di cui si ha bisogno.

Si è già accennato alle barriere organizzative e logistiche correlate a convenzioni religiose ed approcci culturali - cui si possono aggiungere quelle relative alla inconciliabilità degli orari di lavoro con quelli della sanità, fattore d'altronde non estraneo al vissuto personale di molti italiani.

Il 16% degli immigrati dichiara di avere difficoltà ad effettuare visite o esami medici per incompatibilità con gli orari di lavoro, problema più sentito nella componente maschile, ma particolarmente elevato anche tra le donne di alcune cittadinanze in cui si riscontrano quote significative di lavoro domestico e di cura; il 25% delle donne filippine, in particolare, sottolinea tale problematicità, potendo disporre solo del giovedì pomeriggio per effettuare visite e controlli.

La parte più fragile della popolazione, italiana o straniera che sia, è accomunata anche dalla persistenza di barriere di ordine economico, che rendono loro imprescindibile il ricorso alle strutture pubbliche.

L'incidenza delle prestazioni a pagamento - visite mediche, accertamenti diagnostici - è significativamente inferiore tra i cittadini stranieri rispetto al complesso della popolazione residente. Effettua visite mediche a pagamento il 10,6% degli stranieri, dato che si confronta con una media italiana 29,2%. Ed ancora, se un quarto della popolazione effettua accertamenti diagnostici a pagamento, solo per l'8,2% degli stranieri l'accertamento diagnostico è erogato a totale carico dell'individuo o della famiglia.

Ma la prima barriera che condiziona l'accesso alla sanità da parte degli immigrati è quella linguistica, soprattutto se si è in Italia da poco tempo. Circa il 14% degli stranieri ha difficoltà a spiegare in italiano ad un medico i propri disturbi o i sintomi di cui soffre, mentre il 15% ha difficoltà a comprendere quello che il medico dice.

Le problematiche legate alla difficoltà di comunicazione in italiano riguardano quasi un immigrato su tre, se quest'ultimo è arrivato nel nostro paese da meno di cinque anni. Ma anche tra chi risiede in Italia da più di 10 anni, vi è un 11% di cittadini stranieri che continua ad avere difficoltà ad interagire con il personale medico. Donne ed anziani sono i più svantaggiati da questo punto di vista, ma un elemento dirimente per tutti è il titolo di studio posseduto, tanto che ha difficoltà circa il 32% dei migranti con titolo di studio elementare.

Non bisogna fare l'errore di ridurre i problemi di comunicazione alla minore o maggiore familiarità dell'immigrato con terminologia, grammatica e sintassi della lingua italiana. Dietro un significante - una stessa parola o frase - si possono celare significati diversi. Ed il modo di comunicare i propri disturbi, anche se in ottimo italiano, si porta dietro il retaggio delle differenze culturali che portano ad attribuire differenti valenze al sintomo e alla malattia.

Si pensi solo a come sia diversa la rappresentazione della malattia nelle società in cui vi è una concezione così unitaria dell'anima e del corpo, che porta a rifiutare un approccio "medicalizzato", che interviene sull'ingranaggio inceppato della macchina umana.

Oppure al fatto che in alcune culture africane non si è abituati ad un medico che chiede al paziente di descrivere i sintomi, perché egli è il "sapiente" che non ha bisogno di domandare. Ed infine all'uso sinodotico di alcuni termini che descrivono "tecnicamente" una parte del corpo, ma possono riferirsi anche ad un'area più ampia, trasportando nella traduzione letterale dalla propria lingua madre all'italiano l'abitudine ad utilizzarli in senso ampio.

Alle difficoltà linguistiche si sommano le difficoltà nel rispondere alle richieste burocratico-amministrative. Solo in parte l'incomprensione linguistica determina le difficoltà legate allo svolgimento delle pratiche necessarie per accedere alle diverse prestazioni mediche. Se infatti, le prime diminuiscono con il passare del tempo trascorso in Italia, la quota di stranieri che ha problemi di natura burocratico-amministrativa, pur essendo più elevata tra coloro che sono arrivati nel nostro paese da meno tempo, si mantiene stabile intorno al 13% per tutte le coorti di ingresso.

A far presente questa problematica sono soprattutto i cinesi e gli indiani, sui quali giocano effettivamente un ruolo le distanze linguistiche e culturali, ma molto dipende, non solo da fattori sociali, economici e culturali, ma anche dalla maggiore o minore fluidità delle strutture amministrative regionali. Non è un caso che risiedere nel Mezzogiorno sia anche da questo punto di vista, maggiormente penalizzante per gli stranieri.

4.8. La positiva valutazione della sanità italiana

È vero che nel quotidiano del rapporto tra immigrati e sanità ci sono nervosismi, difficoltà, barriere da superare, e tuttavia sarebbe un errore profondo non cogliere la valutazione complessivamente positiva che viene dagli immigrati sulla sanità italiana.

Si verifica un fenomeno analogo a quello che connota il rapporto tra cittadini italiani e Servizio sanitario, laddove mediaticamente prevale malasanità con il suo carico di errori a volte grossolani, mentre l'esperienza diffusa e di massa è quella di una sanità quotidianamente vissuta che è tra le migliori del mondo per copertura e disponibilità per i cittadini, anche in caso di patologie ad elevata domanda di assistenza sanitaria. Anche le critiche al Servizio sanitario espresse da italiani e stranieri presentano numerosi punti di analogia.

Un esempio emblematico è nella indicazione della lunghezza delle liste di attesa come problema prioritario, prima e fondamentale barriera d'accesso alla sanità, criticità fortemente sentita – e vissuta – da italiani e stranieri con analoga intensità. Così per la grande maggioranza dei nuovi pellegrini il Servizio sanitario è un'istituzione d'impronta decisamente positiva, che consente di avere risposte importanti, tanto più quando ci si arriva per patologie gravi o sintomi altamente allarmanti sul proprio stato di salute.

Per tanti immigrati il grado di copertura della sanità italiana, la possibilità di avere risposte terapeutiche o anche percorsi diagnostici, anche di alta diagnostica, sotto l'ombrello della copertura pubblica (pur con tutte le lungaggini e difficoltà note) è motivo di stupore, di felice sorpresa, tanto più se comparato con la sanità dei paesi di provenienza, spesso semplicemente assente, o disponibile solo per coloro che ne possono sostenere i costi.

Il Servizio sanitario italiano, motivo di orgoglio per la maggioranza degli autoctoni diventa un riferimento importante, positivo per i nuovi pellegrini, oltre che un segnale inequivocabile del fatto che sono riusciti a raggiungere un livello più elevato di qualità della vita. Duplice quindi è questo aspetto del rapporto degli immigrati con la sanità: da un lato, una positiva valutazione sull'operatività, un sistema che mette a disposizione per diagnosi e cura professionalità di alto livello, tecnologie, contesti; dall'altro, la percezione sociale che si è diventati parte di una comunità nazionale dove si ha accesso ad un fattore decisivo per una buona qualità della vita, appunto un Servizio sanitario.

La sanità italiana previene, cura, tutela la salute dei nuovi pellegrini con efficacia e impegno identici a quelli per i suoi cittadini; a questa vocazione universalista, in fondo molto ben interpretata, si affianca il suo originale e, ad oggi, non ancora sufficientemente conosciuto e raccontato, contributo all'inclusione civile, sociale, culturale e umana degli immigrati.

La buona convivenza nelle comunità tra italiani e nuovi italiani è anche esito di questa sorprendente sanità inclusiva che vale la pena raccontare nei linguaggi possibili.