

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Convegno nazionale
**Esclusione e marginalità:
scelte programmatiche e misure di contrasto
alle diseguaglianze sociali nella salute**

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 14 dicembre 2000

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

ISSN 1123-3117

Rapporti ISTISAN
01/30

Istituto Superiore di Sanità

Convegno nazionale. Esclusione e marginalità: scelte programmatiche e misure di contrasto alle disuguaglianze sociali nella salute. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 14 dicembre 2000.

Atti a cura di Cecilia Bedetti, Salvatore Geraci e Ranieri Guerra

2001, vii, 128 p. Rapporti ISTISAN 01/30

Il fenomeno delle povertà in Italia e le politiche esistenti al riguardo, il ruolo del volontariato nell'assistenza sanitaria, il Piano per la Salute della regione Emilia Romagna, l'impegno dell'Azienda ASL di Viterbo contro l'esclusione, esperienze di assistenza agli immigrati, ai nomadi e di promozione della salute: questi i principali argomenti discussi nel terzo convegno nazionale sull'esclusione e marginalità in Italia realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità, dal Ministero della Salute con la collaborazione della Caritas Diocesana di Roma. Gli interventi hanno approfondito programmi di collaborazione e integrazione tra settore pubblico e privato sociale e confermato la necessità di porre come obiettivo politico prioritario il superamento delle disuguaglianze sociali nella salute.

Parole chiave: Diseguaglianze e salute, Italia, Politica sanitaria, Volontariato

Istituto Superiore di Sanità

National conference. Social exclusion and cultural deprivation: priorities setting and operational measures against inequalities in health. Istituto Superiore di Sanità. Rome, December 14, 2000.

Proceedings edited by Cecilia Bedetti, Salvatore Geraci and Ranieri Guerra

2001, vii, 128 p. Rapporti ISTISAN 01/30

The main topics focused on by the conference included: poverty in Italy and the actual social security policies, the role of Non-Governmental Organisations (NGO) engaged in health care provision to the weak layers of the population, health needs and proper policy pursued at a local level in Emilia Romagna, health needs and the strategic action plan implemented by National Health Service in Viterbo; experiences by both Caritas and other NGOs on promoting equity in health in Italy. The third conference on social exclusion and cultural deprivation was promoted by the Istituto Superiore di Sanità and the Ministry of Health with the collaboration of "Caritas". Cooperation programs between public institutions and NGOs were deeply discussed. Overcoming social exclusion was recognized as the key political objective of public health.

Key words: Inequalities in health, National health policy, Non-governmental organisation

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

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it/pubblicazioni.

INDICE

Presentazione	iii
Saluto ai presenti <i>Guerino Di Tora</i>	vii
La riforma dello stato sociale in Italia <i>Claudio Calvaruso</i>	1
Le politiche nazionali contro la povertà in Italia	9
Uno strumento per combattere la povertà: condividere dati ed esperienza <i>Oliviero Forti</i>	23
Bisogni di salute e politiche locali: l'esperienza dell'Emilia Romagna <i>Angelo Stefanini</i>	27
L'impegno di una ASL contro l'esclusione <i>Francesco Ripa Di Meana</i>	32
COMUNICAZIONI	37
L'esperienza dell'area sanitaria della Caritas di Roma nell'assistenza agli immigrati <i>Salvatore Geraci, Daniela Stirpe</i>	39
L'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata nella città di Bologna <i>Giovanna Vittoria Dallari, Valentina Ravioli, Rosa Costantino</i>	47
Promozione della salute delle comunità di popolazioni migranti e a rischio di emarginazione: l'esperienza del San Gallicano <i>Aldo Morrone, Ottavio Latini, Gennaro Franco, Teresa D'Arca, Livia Alessandroni, Luigi Toma, Isa Buonomini</i>	56
Progetto finalizzato al miglioramento delle condizioni di vita della popolazione attualmente residente nella pineta di Procoio Ostia <i>Francesco Dojmi di Delupis, Antonella Maggio, Bianca Malsano, Salvatore Geraci</i>	65
La condizione sanitaria degli immigrati in Italia <i>Alceo Martini</i>	69
Assistenza socio-sanitaria alle comunità Rom presenti nel territorio della ASL RM B <i>Gemma Jane Fenton, P. Tomassini</i>	71
Bioetica, diritti umani e multietnicità <i>Roberta Rondini</i>	80
L'AMSI e l'assistenza sanitaria agli stranieri <i>Foad Aobi</i>	83
Percorsi di interventi socio-sanitari per minori stranieri <i>Carmine Di Gesù, Nadio La Gamba, Nicolò Ales, Monica Giorgi, Vanessa Bucchi, Mariam Khosrovi, Germano Rago</i>	86

Esclusione e marginalità nell'età adolescenziale <i>Maria Cristina Vanzetto, Michela Barbato, Maria Maddalena Santoro, Rosanna Rodinò</i>	88
Attività della fondazione “Il Faro” <i>A. Palombi, Armanda Salvucci</i>	91
Centro di osservazione e riabilitazione per giovani disabili <i>Andrea Fonda</i>	97
Servizio per donne in gravidanza con difficoltà <i>Maria Cristina Vanzetto, Michela Barbato, Maria Maddalena Santoro, Rosanna Rodinò</i>	100
IVG e prostituzione <i>Giovanna Scassellati</i>	102
Prostituzione minorile, abusi sessuali: interventi integrati <i>Nadio La Gamba, Carmine Di Gesù, Monica Giorgi, Nicolò Ales</i>	103
Vivere con il genitore alcolista: quale dialogo? <i>Rosanna Marchetti</i>	106
Un intervento di counselling telefonico rivolto a cittadini stranieri <i>Laura Camoni, Anna Colucci, Anna D'Agostini, Pietro Gallo, Anna Maria Luzi, Rudi Valli</i>	115
Analisi dell'assistenza alle persone detenute sieropositive in Italia <i>G. Stagnini, R. Monarca, B. Brunetti, S. Babudieri, A. Caterini, P. Montesanti, R. Preziosi, F. Ferri</i>	118
Progetto europeo AIDS & Mobility: possibili percorsi di collaborazione tra i Paesi dell'Unione Europea per la tutela della salute delle popolazioni mobili <i>Anna Maria Luzi, Laura Camoni, Anna Colucci, Anna D'Agostini, Pietro Gallo, Daniela Pino</i>	121
Diseguaglianze sociali e stato di salute: analisi della mortalità evitabile nel 1995-96 in una ASL romana <i>G. Capelli, A. G. de Belvis, F. Bartolozzi, F. Brestolli, N. Molino M, Fiumanò, T Gori</i>	124
Una nuova cultura per l'anziano del terzo millennio <i>Elvira Falbo</i>	126

PRESENTAZIONE

Negli ultimi anni sono cresciuti sia l'attenzione verso i rischi per la salute individuale e collettiva connessi alle condizioni di povertà ed emarginazione, sia l'interesse verso gli interventi orientati a ridurre le disuguaglianze sociali nella salute.

Su tali tematiche, a partire dal 1998, l'Istituto Superiore di Sanità, la Caritas Diocesana di Roma e il Ministero della Salute hanno organizzato un ciclo di convegni.

Il primo dal titolo "Le nuove povertà: un complesso problema di sanità pubblica. Preparazione di un'agenda di intervento" programmato già nel 1997, è stato poi rinviato all'anno successivo per la scomparsa di don Luigi Di Liegro, direttore della Caritas di Roma, testimone e protagonista di una realtà di impegno e conoscenza.

La motivazione iniziale era ed è il riconoscere come la cooperazione tra strutture pubbliche e mondo del volontariato sia assai proficua, se non necessaria negli interventi volti a migliorare le condizioni di salute dei poveri, degli esclusi. Ne consegue che è opportuno fornire stimoli culturali in questa direzione. Nello specifico, anche nelle varie fasi di realizzazione dello stesso convegno, dall'individuazione e definizione dei problemi da trattare all'organizzazione generale, è stato utilizzato un metodo di lavoro fondato sulla collaborazione attiva tra strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e Associazioni del volontariato.

Nel dibattito sono state considerate nel loro complesso le condizioni alla base di molte disuguaglianze che incidono sulla salute, non separate, quindi, per tipologia di disagio, perché i problemi legati alle diverse situazioni di esclusione sono connessi, e ne consegue la difficoltà di isolarne singoli aspetti senza trascurare i rapporti che legano i diversi fattori.

Questa prima manifestazione, al quale hanno partecipato operatori provenienti da strutture del SSN e da associazioni di volontariato, ha avuto un esito estremamente positivo e ha dato l'avvio ai successivi convegni nazionali dai titoli "Esclusione e marginalità: un problema di sanità pubblica" e "Esclusione e marginalità: scelte programmatiche e misure di contrasto alle disuguaglianze sociali nella salute" che si sono svolti rispettivamente negli anni 1999 e 2000.

Le ricerche, illustrate nell'ambito dei convegni, hanno evidenziato che il rischio di mortalità cresce in ragione inversa alle risorse materiali e sociali di cui gli individui dispongono e quale che sia l'indicatore di condizione sociale impiegato (livello d'istruzione, occupazione, reddito, caratteristiche dell'abitazione). Hanno anche documentato disuguaglianze nella salute a diretto carico dell'assistenza sanitaria: ritardi nell'accesso alle cure, trattamenti non appropriati o inutili, e disuguaglianze nell'utilizzazione dei servizi, particolarmente dei servizi preventivi.

I temi dibattuti non si sono limitati alla descrizione delle realtà ma hanno preso in considerazione: le iniziative di politica sanitaria volte a contrastarle; l'esperienza e le proposte operative finalizzate all'individuazione di interventi preventivi, a livello locale, per la tutela della salute delle fasce di popolazione più deboli; il ruolo del volontariato nella tutela dei soggetti deboli; alcune esperienze sul campo illustrate da parte degli stessi che le hanno condotte. Ai convegni ha fatto seguito la pubblicazione degli atti, come ulteriore contributo alla riflessione.^{1 2}

Gli interventi di questo convegno sono orientati a ridurre le disuguaglianze sociali nella salute.

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

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

Il dibattito ha riguardato le politiche locali di alcune Regioni che da sempre svolgono una funzione trainante, quali l'Emilia Romagna. Nella Regione in questione, le indicazioni del Piano Sanitario Regionale (PSR) 1999-2001 sono tradotti nello specifico ambito territoriale dai Piani Per la Salute (PPS) di durata triennale. Alla definizione degli obiettivi specifici di salute, da perseguire sulla base della situazione demografica, epidemiologica e socioeconomica locale, concorrono molteplici soggetti - oltre al sistema sanitario, gli enti locali, il terzo settore, il privato sociale, lo stesso settore produttivo privato che interagendo in modo coordinato consentono il raggiungimento degli obiettivi di salute prescelti. Si tratta di alleanze che costituiscono dei veri propri patti locali. Definiscono infatti, quale possa essere il contributo alla promozione della salute in quel territorio, del Comune, della scuola, dei servizi sanitari, delle altre istituzioni locali, dei gruppi del volontariato, delle associazioni produttive, sociali, sindacali. L'area geografica di riferimento corrisponde a quella dell'azienda USL o della provincia. La conferenza sanitaria territoriale rappresenta la sede del coordinamento intersettoriale e definisce strategie condivise per il raggiungimento di obiettivi comuni.

Nel convegno si è poi passato a considerare programmi sviluppati sul territorio dalle aziende USL per la tutela dei cittadini svantaggiati. È stato quindi presentato il Piano strategico dell'Azienda USL di Viterbo, che pone tra i suoi obiettivi principali, la tutela delle fasce di popolazione che non sempre riescono a far sentire la propria voce. Sono stati discussi gli interventi, a carattere intersettoriale, avviati. Quali ad esempio la promozione di progetti per il reinserimento di persone in situazioni di particolare disagio sociale, lo sviluppo di iniziative di sostegno socio-sanitario alle famiglie disagiate (facilitazioni nei trasporti, assistenza domiciliare), l'attivazione di un centro di accoglienza per tossicodipendenti a Viterbo, l'estensione dell'assistenza infermieristica domiciliare nelle case di riposo, il monitoraggio della malattia tubercolare e l'assistenza a coloro che ne sono colpiti, secondo le direttive dell'OMS. Altre attività hanno riguardato i gruppi di soggetti ad elevato rischio (le persone affette da virus HIV, i nomadi, i senzatetto, i tossicodipendenti, gli immigrati da Paesi dell'Est europeo, i diabetici, ecc.), ai quali è stata fornita un'assistenza sanitaria specialistica completamente gratuita. Particolarmente rilevante è apparso il protocollo di intesa stabilito dall'Azienda con la Casa circondariale. È articolato in due fasi distinte: la prima fase consiste nella rilevazione dei dati statistici necessari alla predisposizione delle strategie di intervento (tipologia dei detenuti, quantità di richieste, analisi della domanda); la seconda nella definizione di specifici interventi (protocolli farmacoterapeutici, sostegno psicologico, gruppi di discussione-sensibilizzazione, pratiche per l'attuazione di misure alternative alla detenzione) volti a promuovere percorsi socio-riabilitativi e a contrastare le problematiche psicologiche della detenzione.

Dal momento che le disuguaglianze sono causate dalla struttura della società, dalle differenze nella distribuzione delle ricchezze, il dibattito, si è quindi focalizzato sulla necessità di politiche di "inclusione sociale".

È stato riconosciuto che il contributo del settore sanitario con interventi nell'ambito della prevenzione, della medicina clinica e della riabilitazione risulta certamente necessario per quanto riguarda la salute degli individui, ma che, per essere incisivo a livello di popolazione, richiede il sostegno di politiche pubbliche intelligenti e mirate all'inserimento nella società dei cittadini che vivono in condizioni di emarginazione. Il rapporto della Commissione di indagine sull'esclusione sociale indica che in Italia: la percentuale delle famiglie considerate povere rispetto al totale delle famiglie residenti è risultata essere dell'11,9%, nel 1999, mentre la percentuale delle persone considerate povere, rispetto al totale della popolazione, raggiunge il 13%, poiché le situazioni di povertà relativa sono più frequenti tra le famiglie numerose. Il rapporto propone due tipi di approccio per un'efficace azione di contrasto alle povertà e all'esclusione sociale. Il primo è basato su interventi di sostegno economico, quali quelli introdotti in via sperimentale - un reddito minimo di inserimento ai cittadini e alle famiglie in

condizioni di povertà – accompagnati da misure volte al reinserimento nella società e, se possibile, nel mondo del lavoro. Il secondo è basato sulla messa a punto di programmi politici di prevenzione, capaci cioè di attivare istituzioni e risorse, nei confronti dei soggetti e delle famiglie a rischio, prima del manifestarsi delle condizioni di esclusione sociale.

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

La manifestazione ha avuto risultati positivi, sia per il livello delle relazioni presentate (da cui la decisione di pubblicare gli atti), sia per il clima di mobilitazione di energie morali che si è venuto a creare.

Il volume degli Atti raccoglie il testo dei contributi presentati in tempo utile alla pubblicazione. Per completare l'informazione sui temi trattati sono stati inseriti la prefazione e i primi due capitoli del quaderno "Le politiche nazionali contro la povertà in Italia" a cura della Commissione di indagine sull'Esclusione sociale, della Presidenza del Consiglio. Riproponendone infatti problematiche e contenuti sostituiscono l'intervento su "il fenomeno delle povertà in Italia e le politiche sociali al riguardo" svolto, in sede di convegno, dalla prof.ssa Chiara Saraceno, Presidente della Commissione sopraindicata.

La pubblicazione degli Atti del Convegno è stata possibile per l'impegno di Stefania Bocci e Silvia Stacchini, che ringraziamo per il lavoro svolto nella revisione editoriale del testo.

Cecilia Bedetti, Salvatore Geraci, Ranieri Guerra

SALUTO AI PRESENTI

Guerino Di Tora
Direttore, Caritas Diocesana di Roma

Con piacere saluto i partecipanti a questo III convegno sui temi della salute e della povertà e marginalità sociale. Un ringraziamento all'Istituto Superiore di Sanità e al Servizio Studi e Documentazione del Ministero della Sanità con cui ormai da anni collaboriamo per individuare occasioni di riflessione su questi temi e possibili strategie d'intervento.

Stiamo infatti vivendo un momento della storia del nostro paese di profonde modificazioni e proprio la ridefinizione dello stato sociale è un crinale sul quale siamo tutti impegnati: potremo puntare in alto ma anche scivolare giù.

Parlare di *welfare* significa soprattutto parlare di qualità della vita di tutta la popolazione, parlare di problemi esistenziali che toccano l'intera comunità.

Il *welfare* non è qualcosa per addetti ai lavori o per situazioni più o meno estreme: è occuparsi della quotidianità e individuare le aree di fragilità e di degrado per avviare processi di reinclusione sociale nella comunità.

È la comunità che ragiona, opera, agisce per garantire una adeguata qualità della vita alla comunità.

Parlare di *welfare* significa parlare di una cultura della convivenza e ciò ha a che fare strettamente con i processi esistenziali di una comunità: ad esempio i problemi della condizione giovanile sono problemi che rendono il tessuto sociale quotidiano di una comunità a forte rischio, sono problemi di comunicazione tra le generazioni, sono bisogni e aspettative di vita a volte frustrate da condizioni di disagio e disorientamento.

In termini di rapporti di convivenza, possiamo leggere anche le problematiche sociali legate agli anziani, agli immigrati, ai portatori di handicap, ecc. Espressioni più o meno emergenti sul piano sociale e sanitario ma che hanno un filo rosso che li tiene uniti che è rappresentato da una qualità nuova di bisogni che non trova all'interno della comunità una sufficiente disponibilità di risorse o di percorsi perché possano essere soddisfatti: sono i *bisogni relazionali*, bisogni di sentirsi e di essere reinclusi in una comunità spesso troppo proiettata in avanti e che rende invisibili, se non sul piano del disagio, le persone più deboli e senza punti di riferimento.

Questi tipi di bisogni sono probabilmente trasversali a tutte le condizioni di disagio e l'averne coscienza, e quindi produrre azioni conseguenti, rende le politiche di sostegno e di aiuto realmente efficaci.

Oggi si discute di politiche, di organizzazione e di rapporti costruttivi tra pubblico e privato sociale, e volontariato: la qualità delle iniziative che vogliamo e possiamo intraprendere passa dalla capacità di essere comunità civile e sociale (e per quel che mi riguarda ecclesiale) che sappia realmente accogliere, interagire, relazionarsi con chi ha bisogno.

Se oggi è sempre più importante avere una professionalità per garantire espressioni concrete d'aiuto, dobbiamo puntare sulla formazione permanente degli operatori per motivarli e dare strumenti anche sul piano relazionale, sulla sensibilizzazione della società perché lo sforzo di alcuni, sia impegno di tutti.

LA RIFORMA DELLO STATO SOCIALE IN ITALIA

Claudio Calvaruso*

*Direzione Generale degli Studi e Documentazione Sanitaria e della Comunicazione ai Cittadini,
Ministero della Salute, Roma*

Parlare di riforma dello stato sociale è ormai di grande attualità sullo scenario politico italiano e non solo. Direi che da quando si è iniziato un dibattito che ha coinvolto anche l'opinione pubblica sull'esigenza della riforma dello stato sociale, ci riferiamo ai tempi del governo Prodi, si è sviluppata una certa discussione che ha, a mio avviso, in maniera molto sintetica, alcuni aspetti positivi ma anche alcuni limiti.

L'aspetto positivo più banale è che i cittadini sono stati chiamati a discutere sullo stato sociale. Prima di tre anni fa, credo che la parola *welfare* in Italia non circolasse molto se non tra gli addetti ai lavori; recentemente, invece, le prime pagine dei giornali si imbattono costantemente su questo tema e hanno aiutato i cittadini a convivere con i principi del *welfare* e a cercare di confrontarsi con esso.

Un altro aspetto positivo è lo sforzo costante, che è stato fatto recentemente, di recuperare nella discussione sul *welfare* un tema fondamentale come quello dell'occupazione e in definitiva il tema più generale dello sviluppo. Che l'occupazione faccia parte del *welfare* non è una cosa così scontata, immediata, anzi l'impostazione con la quale sono state sempre affrontate le politiche sociali nel nostro Paese e in Europa sono state proprio quelle di una separazione tra occupazione e politiche sociali in termini di sistemi di riferimento. Le politiche sociali hanno un sistema di riferimento che è rappresentato dall'uguaglianza, dalla perequazione; l'occupazione è stata prevalentemente orientata all'interno di un sistema che ha come riferimento la competizione, il mercato del lavoro. Questo è un passaggio importante ed è positivo che si stia tuttora affrontando, perché rappresenta il nodo principale dell'evoluzione del nostro *welfare*; è praticamente uno spartiacque tra un certo modello di *welfare state*, di stato sociale, e un altro modello di *welfare*, che non è necessariamente di *welfare state* ma che può essere un'altra cosa.

Così arriviamo ad alcuni aspetti, invece, non positivi del dibattito sulla riforma dello stato sociale. Ce ne sono soprattutto tre che riguardano la cultura con il quale è stato affrontato questo dibattito e quindi anche la capacità d'innovare le politiche di *welfare*.

Il primo limite è proprio quello di considerare lo stato sociale, le politiche sociali, come un qualcosa che riguarda principalmente alcuni grossi temi di supporto, più che della qualità della vita, direi piuttosto delle garanzie di alcuni diritti sociali fondamentali: pensiamo al sistema previdenziale, alla sanità, al sistema scolastico, e al sistema dei servizi sociali. Il *welfare* salva quindi alcuni diritti fondamentali, si riferisce soprattutto alle persone in difficoltà ma riguarda, relativamente poco, l'insieme della popolazione.

Un limite nel dibattito sul *welfare* è proprio la mancanza d'attenzione al *welfare* come qualità della vita di tutta la popolazione: i problemi della condizione giovanile, della condizione dei minori e degli anziani, interessano l'intera popolazione e le classi generazionali; ed è su questi problemi che la comunità si scontra giornalmente con le situazioni di maggior disagio.

Questo è l'approccio che ha portato il primo anno il dibattito sul *welfare*, in questo paese, a limitarsi in maniera abbastanza evidente ad interventi di aggiustamento del costo della spesa che riguardavano soprattutto la pensione e la sanità, o comunque è quell'approccio, mantenuto ancora, per cui quando si dibatte dello stato sociale sostanzialmente ci si mette intorno ad un

* Trascrizione e sintesi non rivista dall'autore

tavolo: le parti sociali si incontrano con il Governo ma l'essenziale della discussione verte sulle risorse economiche che sono impegnate sullo stato sociale, sull'esigenza che ci vengono da Maastricht e dall'Unione Europea di contenere dentro determinate soglie queste risorse economiche. Quindi la riforma dello stato sociale diventa sostanzialmente una specie di battaglia di fioretto tra i ministri per sapere dove bisogna tagliare, chi offre qualche migliaia di miliardi in più da togliere allo stato sociale e così via.

Questo è qualcosa di molto diverso dal *welfare*; ciò è molto più vicino ad un concetto assistenziale delle politiche sociali. Il *welfare* come dice la parola stessa significa benessere, qualità della vita. *welfare* è qualcosa che riguarda tutta la popolazione e solo marginalmente i marginali. Quindi una discussione, un dibattito, una riflessione sul *welfare* non può limitarsi al discorso sulla spesa, ad un'attenzione più o meno importante riguardo alle fasce più marginali della società.

Un dibattito sul *welfare*, che tra l'altro non era mai stata affrontato nel nostro Paese con la volontà politica con cui è stata affrontato in questi anni, deve avere come punto di riferimento *la qualità della vita complessiva di una popolazione* e deve, diciamo, individuare all'interno di questa qualità complessiva della vita di una popolazione, quali siano i punti di fragilità, quali siano gli elementi che mettono a rischio la qualità della vita, quali siano le aree di degrado della qualità della vita più che le aree di marginalità che degrado non sono. E allora ci accorgeremo che una serie di temi che in quest'ultimo decennio hanno attraversato fortemente il corpo sociale e che hanno rappresentato delle vere e proprie emergenze, a cominciare ad esempio dal tema dell'immigrazione, non hanno avuto sufficiente risalto nella discussione sul *welfare* e, di fatto, sono rimasti del tutto disattesi.

Quali sono questi temi? Oggi quando parliamo di sociale parliamo soprattutto di condizione giovanile, di condizione degli anziani, dei minori, di crisi della famiglia, di problemi di comunicazione fra i diversi membri della famiglia, di disabili, di senzatetto, d'immigrazione e quest'ultimo non tanto come problema di diritti, che senz'altro ci sono, o di accoglienza sul piano giuridico e sostanziale, che senz'altro c'è, ma soprattutto come problema della qualità, come cultura della convivenza.

I bisogni relazionali

In una cultura della convivenza non possono essere nascosti i *bisogni relazionali*, che io definisco di terza generazione; sono quindi i bisogni che vengono dopo, riprendendo una vecchia teoria di Maslow che ci parlava di bisogni primari, secondari e terziari. I *bisogni primari* sono quelli di sopravvivenza che riguardano la povertà assoluta, la povertà materiale; i *bisogni secondari* sono quelli, direi io, istituzionali (Maslow li definisce come i bisogni che hanno a che fare con la disponibilità di maggiori risorse, di comfort per avere una migliore qualità della vita); direi che sono soprattutto bisogni prodotti dal *welfare* o soddisfatti dal *welfare* inteso nella vecchia maniera, nella maniera tradizionale: lo stato sociale interviene in una fase dove questi bisogni di supporto ad una maggiore qualità della vita sono del tutto carenti e sono soddisfatti attraverso un apparato dello stato sociale che è un insieme d'istituzioni che presiedono i diversi ambiti dello stato sociale stesso, dalla scuola alla salute e così via. Il bisogno di seconda generazione è un bisogno che ha a che fare con le istituzioni e il *welfare state* ha fatto bene il suo mestiere quando ha promosso delle istituzioni valide non soltanto sulla carta ma delle istituzioni intelligenti che hanno saputo dare risposta a queste aree di bisogno.

Abbiamo poi i *bisogni di terza generazione*, sono bisogni a mio avviso, diversamente di quanto dice Maslow, che non hanno tanto a che fare con un miglioramento della persona e con delle aspirazioni della persona che una volta soddisfatti in maniera scalare, come ci indica

Maslow, i bisogni di tipo primario e secondario finalmente può evolvere verso aspirazioni di tipo diverso che sono i bisogni che si traducono in spiritualità, arte e cultura. Ecco io non definirei questi bisogni (dell'arte, della cultura, della maggiore aspirazione alla spiritualità) come di terza generazione ma come *bisogni di relazione*, dove la risorsa che viene ricercata per la soddisfazione del bisogno è la qualità del rapporto umano. È la qualità del legame comunitario, di ciò che unisce una persona con il resto della comunità; dei percorsi comunitari che legano persone e comunità, del chi siamo e dove andiamo, del senso d'appartenenza. Quindi i bisogni di terza generazione hanno questa caratteristica del vincolo comunitario, sono dipendenti dalla comunità cioè la soddisfazione di questi bisogni può avvenire soltanto se c'è una comunità in grado di recepire certi bisogni, d'offrire risorse di questo tipo, d'offrire percorsi che soddisfano l'aspirazione d'essere parte di una comunità, avere una qualità elevate di rapporto interpersonale, avere reti amicali, parenterali sul territorio.

Questo è la dipendenza dalla comunità, il che, di fatto, scompiglia l'ordine logico di Maslow: la progressione di una società non va necessariamente nel senso di una soddisfazione successiva di livelli più alti di bisogni; non è detto che dopo la soddisfazione del bisogno primario di sopravvivenza io maturo l'aspirazione per i bisogni secondari, di supporto, d'istituzione, di *welfare state* e dopo una volta soddisfatti questi bisogni io mi affaccio all'ambito dei legami comunitari, della qualità della vita, della qualità dei rapporti interpersonali.

No, i nostri tempi ci stanno dimostrando che la dipendenza dalla comunità è molto più forte in alcuni casi, e probabilmente lo sarà sempre di più, dalla dipendenza dalle istituzioni e addirittura dalla dipendenza dai beni materiali di sopravvivenza.

Può essere il caso dei senzatetto: mi ricordo una vecchia ricerca che facemmo quando ero responsabile della fondazione Labos, proprio con la Caritas, "Barboni a Roma", nel lontano 1986, dove già allora venne fuori che i senzatetto avevano sconvolto questa gerarchia dei bisogni, erano delle persone che sceglievano liberamente di non dipendere dai bisogni materiali, accettando di vivere una vita di povertà assoluta, erano delle persone che avevano deciso di non dipendere dalle istituzioni; io definii in quella occasione i barboni come degli *anoressici istituzionali* cioè della persone che non volevano nutrirsi d'istituzioni, perché temevano che le istituzioni gli facessero male, letteralmente nella definizione dell'anoressia. Erano persone che avevano avuto un'esperienza con le istituzioni, ex carcerati, ex tossicodipendenti, e che avevano percepito la distanza tra quello che poteva offrire un'istituzione e quello di cui avevano bisogno, questa distanza era così grande che quelle istituzioni finivano per fargli male anziché bene. Nei senzatetto, situazione di povertà assoluta con convivenza dei tre bisogni che abbiamo definito primari, secondari, terziari, con una preminenza estremamente visiva: la povertà assoluta è lì, la povertà istituzionale è lì, non ci sono istituzioni con le quali si riesce ad intervenire, non c'è un percorso di risposta istituzionale a problemi sanitari, di formazione. In queste situazioni in cui sono così flagranti e forti queste due povertà, che secondo Maslow avrebbero dovuto essere quelle la cui soddisfazione apre la terza fase dei bisogni (quelli di miglioramento spirituale, di arte e cultura), i bisogni di terza generazione sono invece prevalenti: intanto esistono pur non avendo soddisfatto i bisogni materiali e istituzionali, ma la loro presenza è così forte e determinante che non aprono nemmeno le porte a quelle risorse che potrebbero soddisfare i bisogni di prima e seconda generazione. Nella vita dei barboni c'è quasi sistematicamente un episodio di trauma relazionale che ha dato l'avvio a una vera e propria carriera di senzatetto. Il trauma relazionale può essere di diverso tipo, può riguardare un partner, la famiglia, la comunità, l'accoglienza più generale della comunità rispetto ad una situazione di difficoltà obiettiva che può avere un senzatetto. Ecco la non soddisfazione, il non aver potuto trovare delle risorse nella comunità che rispondessero a questi bisogni nati da un trauma relazionale, fa sì che i senzatetto scelgano una strada e rimangano nella loro situazione come persone dipendenti soprattutto dalla comunità più che dai bisogni materiali e istituzionali e solo una risposta valida

e credibile al trauma di tipo relazionale subito può permettere la riapertura di quelle porte che possono fare entrare risorse sul piano materiale e istituzionale.

Allora vedete la distanza che esiste tra persona e istituzione ed ecco perché poi un ente come la Caritas o più in generale il volontariato riesce ad avere un approccio con i senzateo che le istituzioni non riescono ad avere, perché l'approccio di un'associazione di volontariato è un approccio di tipo relazionale. Al di là poi della qualità del rapporto, dei contenuti che ci mettiamo dentro, il volontariato è parte della società civile, viene recepito come qualcuno della società civile che sta producendo risorse per riallacciare un legame che è stato interrotto. Ed ecco con questo abbiamo già individuato un soggetto interessante e importante nelle nostre politiche sociali che è la società civile.

Il secondo aspetto che è stato un po' trascurato nel dibattito sul *welfare* è questo continuo riferimento all'intervento istituzionale e la scarsa attenzione alla comunità, conseguentemente l'individuazione ancora rigida del campo di azione o del target, se volete usare una parola più di moda, di riferimento delle istituzioni individuato nelle fasce deboli e nelle situazioni di esclusione sociale. Certamente nessuno vuole diminuire l'attenzione alle fasce sociali o alle istituzioni, però se esiste oggi nelle situazioni di frontiera del disagio sociale una dipendenza dalla comunità e questa dipendenza dalla comunità è anche presente in quelle situazioni tradizionali di marginalità sociale a partire dai senzateo e da lì in giù (disabili, immigrati), vuol dire che essa è ormai presente in maniera centrale nella struttura dei bisogni, nelle classiche situazioni di emarginazione, ed è evidente che un intervento prioritario che il *welfare* si debba proporre è quello di affrontare questo tema della dipendenza dalla comunità, quindi vedere come superare la dipendenza dalla comunità.

La struttura dei bisogni oggi si caratterizza in *struttura dei bisogni transmateriali*, perché certamente ci sono le situazioni classiche di povertà assoluta e sono effettivamente le situazioni più drammatiche dove convivono quei tre livelli di bisogni di cui abbiamo parlato, ma sono transmateriali perché i bisogni sono al tempo stesso nell'area materiale e nell'area immateriale.

Ci sono situazioni in cui i bisogni materiali sono pesantissimi, ci sono povertà istituzionali gravissime perché le istituzioni in alcune aree del Paese, quantitativamente o qualitativamente, non sono in grado di dare risposte adeguate, ma per queste fasce di estrema povertà ci sono anche i bisogni di tipo relazionale, di dipendenza dalla comunità, che dicevamo prima è la chiave di volta. Sono bisogni transmateriali, e quindi la situazione è molto grave perché bisogna intervenire sui tre livelli: un sistema di *welfare* deve porsi il problema di rispondere con culture diverse d'intervento perché una cultura d'intervento sui bisogni materiali di povertà assoluta è diversa dalla cultura d'intervento sui bisogni istituzionali così come è completamente diversa una cultura d'intervento sui bisogni di relazione. Quindi i bisogni transmateriali sono ancora ben affondati nella materialità del bisogno però sono già proiettati oltre la materialità: direi che la cultura d'intervento sulla dipendenza dalla comunità, quindi la cultura d'intervento sui bisogni di terza generazione, è quella che guida, quella prevalente. È possibile organizzare le altre culture d'intervento, l'intervento sulla materialità e l'istituzione se abbiamo chiaro il modo in cui rispondere rispetto alla dipendenza dalla comunità, a quei bisogni di relazionalità: se si sbaglia quest'ultimo approccio, se non si ha una strategia, un disegno per recuperare una persona alla comunità, per rimetterla dentro la comunità, rischiamo di non far partire le risposte ai bisogni materiali e istituzionali o di comprometterli in qualche modo.

C'è un termine importante che ci aiuta ad affrontare meglio una strategia d'intervento sulla dipendenza dalla comunità, sui bisogni di tipo relazionale è il termine di *esclusione sociale*, un termine che è apparso circa dieci anni fa nello scenario delle politiche sociali, che ha certamente cambiato questo scenario e che direi, in ultima analisi, è l'elemento principale che spinge verso una trasformazione culturale dello stato sociale. L'esclusione sociale ha superato, ha inglobato in sé il termine di povertà: non si parla più di povertà, si parla di povertà estreme per indicare

una situazione, una condizione, ma si parla di esclusione per qualificare un tipo di rapporto che caratterizza la comunità con i suoi margini, il centro di una società con i suoi margini.

Il termine di esclusione sociale è di per sé in termine dinamico, infatti rappresenta un processo più che una condizione, la povertà rappresenterà il punto di arrivo di questo processo. Il concetto di esclusione sociale prevede un soggetto che esclude, ecco la novità di questo concetto, la novità che è in grado di stravolgere completamente il nostro approccio al *welfare*. La povertà era un fatto statico, quantitativo, c'era una soglia, la misuravamo addirittura in termini economici (abbiamo la soglia della povertà, tutti quelli che non raggiungono questo reddito sono poveri), quindi è un elemento misurabile. Ha mantenuto per molti anni quasi una caratteristica di fatalità, di necessità. Nel vecchio modello capitalistico, nell'ideologia di benessere capitalistica, nelle società dallo sviluppo economico importante, la collocazione della povertà è molto semplice: la povertà è un'anomalia che esiste ancora nella nostra società che è destinata però ad essere superata nella misura in cui aumenta il benessere materiale per tutti. Quindi è una sorta di fatalità necessaria che però sarà limitata nel tempo; l'ideologia del benessere economico ha cercato di convincerci sull'esigenza d'investire più sull'economia che sul sociale, il famoso modello del prima e dopo: prima soprattutto l'economia e poi se resta qualcosa penseremo anche al sociale. Questo tipo di ragionamento era evidentemente viziato da un certo tipo di modello che aveva priorità rispetto ad altro, ma aveva un alibi forte nello sviluppo dell'aspetto economico per far scomparire i poveri, *diventeremo tutti ricchi e quindi risolveremo tutti i nostri problemi*. La cosa interessante è questo aspetto fatalistico della povertà: nel vecchio modello di *welfare state* non ci sono dei rapporti tra la comunità e le aree marginali, non ci sono dei rapporti di causalità, perché è fatale che ci sia; la comunità stia tranquilla, *è questione di tempo, anzi lavoriamo bene, investiamo bene, facciamo bene alla nostra economia e così assorbiamo gli altri, i poveri*.

Con il concetto di esclusione sociale questo salta: se ci sono gli esclusi, diceva Don Luigi di Liegro, non c'è comunità. E dov'è la responsabilità, chi è il soggetto: se c'è esclusione, c'è qualcuno che esclude. Non siamo più nell'ambito della casualità o della fatalità dell'esistenza delle fasce marginali, ma cambiamo scenario, ci sono degli esclusi e c'è qualcuno che esclude, ci sono dei processi di esclusione sociale e questo qualcuno che esclude non può che essere il centro della società. Stiamo quindi in un modello in cui più l'approfondiamo più ci rendiamo conto che il centro della società produce i suoi margini. E non c'è nessuna ragione logica, nessuna spiegazione razionale per cui dovrebbero esistere dei margini nella società se non nel fatto che qualcuno li produce e questo qualcuno è il centro della società, il modello organizzativo, la qualità del tessuto comunitario, la mancanza di qualità delle relazioni tra le diverse generazioni, tra le diverse culture.

In questo scenario ci sono allora dei rapporti tra centro e margine, tra comunità e fasce marginali e guardate il caso sono rapporti di consequenzialità, di causalità, di gradualità. Allora perché il problema della dipendenza dalla comunità, dei nuovi bisogni relazionali finisce per produrre un modello diverso di *welfare*? Perché necessariamente le politiche sociali quando devono affrontare un problema di esclusione sociale devono soprattutto rivolgersi al soggetto che esclude; non è né fatalistico né casuale che ci siano delle fasce marginali che hanno come primo bisogno il legame comunitario, la qualità dei rapporti con le altre generazioni, la possibilità di attivare nella società dei processi esistenziali soddisfacenti nei quali possano investire con le proprie risorse, possono essere dei soggetti attivi, possono essere protagonisti, possono dare qualcosa alla comunità. Questo è un modello di *welfare* completamente diverso, è un modello di *welfare* dove paradossalmente le politiche sociali, le istituzioni dovrebbero occuparsi più del centro della comunità che non dei margini, delle fasce marginali, perché dovrebbero bloccare i processi di esclusione sociale e nello stesso tempo attivare dei processi di recupero, di reinclusione sociale e questo è un soggetto solo che può farlo: è il centro della

comunità, il centro della società. Altrimenti continuiamo con la vecchia mentalità dello stato sociale, a dare delle prestazioni che possono più o meno attuire il bisogno e certamente sono indispensabili ma che non vanno alla radice del problema. Il nostro *welfare* non deve essere soltanto un *welfare di prestazioni*, ma deve essere soprattutto un *welfare di processi*, perché i bisogni prevalenti sono bisogni relazionali che si basano sulla qualità dei processi.

Ed ecco che arriviamo al volontariato e riprendiamo i nostri discorsi sui senzatetto. In un *welfare* in cui la sede dell'intervento si sposta dalle istituzioni alla comunità con la logica che se devo superare una dipendenza dalla comunità è la comunità che deve farlo, il volontariato che è parte integrante di questa comunità diventa uno dei motori principali del *welfare*, non perché è buono, perché ha la solidarietà, lavora gratis, ma perché fa parte della società civile, perché è la società civile che si mobilita, che fa qualcosa di diverso dai processi di esclusione che gran parte della società civile, invece, sistematicamente mette in atto magari senza averne nemmeno coscienza.

Quindi non solo pensioni e sanità, non solo addetti ai lavori, non solo tavolo di trattative sulla spesa sociale ma *welfare* significa qualità complessiva di una popolazione e i bisogni che abbiamo visto in questi ultimi dieci anni sono bisogni di tipo nuovo che certamente minano molto di più la qualità della vita che non un problema di ticket o di pensione.

Le risorse umane

Terzo e ultimo problema: il *welfare* è considerato come un problema d'istituzioni, come un problema di prestazioni, dare di più dare di meno, dare a questa età o ad un'altra età, come un problema di tagli di queste risorse economiche in circolo; nessuno ha ancora messo in risalto in maniera sufficiente e ha operato in maniera consapevole sulla qualità e l'importanza delle risorse umane che contribuiscono a costruire il nostro sistema di *welfare*.

Questo è un vizio di approccio al *welfare* per cui esso è un problema di costi: *meno welfare, risparmiamo e investiamo sull'occupazione*, oppure *pensiamo ad un welfare residuale cioè minimo, in cui si dà di meno, lo stato paga di meno, risparmia, perché il welfare ha ormai dei prezzi insostenibili, e quindi può dedicarsi all'economia*. Il gran pasticcio, scusate questa parola, è porci come primo obiettivo del *welfare* l'occupazione, senza pensare che ciò significherebbe un cambiamento radicale del mercato del lavoro, delle politiche del lavoro: l'occupazione ha un sistema di mercato del lavoro che ha un riferimento sulla selezione e la competitività, in definitiva sulla diseguaglianza; se vogliamo farlo come primo obiettivo del *welfare* due sono le cose o facciamo diventare competitivo, selettivo anche il *welfare*, e mi sembra che arriveremmo proprio ad un disastro, o trasformiamo i valori attuali di riferimento, la cultura di approccio all'occupazione dentro il *welfare*, che diventa una cultura di riferimento da sistema di *welfare*, quindi avendo come modello di attenzione la possibilità di tutti di lavorare, equamente, perché nel nuovo *welfare* poter far parte della comunità, investendo nella comunità con le proprie risorse, a partire dall'attività professionale, è una delle priorità. Quindi vedete che non è così semplice definire l'occupazione come primo problema del *welfare*; ci sono molti rischi, il rischio più importante è quello di sbaraccare il *welfare*, diciamo, per premiare l'economia, la cosiddetta occupazione.

Dicevamo il terzo problema è quello di questo approccio al *welfare* soltanto in termini di spesa, senza riflettere sufficientemente su quanto le risorse umane siano determinanti nella costruzione del nostro *welfare*. È stata fatta una ricerca in Inghilterra in cui si è praticamente quantificato in termini economici l'apporto che le famiglie danno direttamente per le cure dei propri anziani non autosufficienti, cioè quello che danno senza ricorrere ad alcun tipo di istituzione, prendendo a carico completamente ogni tipo di spesa, dalle spese economiche

all'attenzione relazionale! Si è arrivati ad un budget che era pari a quello della sanità in Inghilterra. Allora, vedete, se parliamo di *welfare* e incominciamo a parlare di quali risorse mantenere e quali togliere, c'è un grande assente in questo dibattito che sono le risorse. Le singole persone autonomamente producono per migliorare la nostra qualità della vita, la qualità della vita delle nostre comunità, ecco il riferimento complessivo. Il *welfare* non sono solo le pensioni, la sanità è la qualità della vita complessiva. La qualità complessiva della vita di questa comunità non è fatta soltanto da quello che lo Stato spende per i servizi ma è fatto di quello che i singoli cittadini e le loro famiglie producono per migliorare la qualità della vita, i processi di solidarietà, attenzione e cura che mettono in atto. Si dirà questo è scontato ma ciò non è perché anche queste risorse hanno dei vincoli, queste risorse non sono quantificabili in maniera definitiva, non c'è una popolazione che abbia un tot risorse delle famiglie e un tot dei giovani; basta vedere per esempio in questi anni di forte disagio della condizione giovanile, quante risorse dei giovani che potevano e possono andare a migliorare la qualità complessiva della vita della nostra comunità, attraverso il lavoro, attraverso attività di volontariato, attraverso comportamenti che possono portare qualcosa alla comunità, nell'arte, nella cultura; queste risorse sono state invece orientate in un cosiddetto parcheggio, quando non sono andate nelle discoteche, in situazioni di grande disagio, di uso di sostanze stupefacenti e così via.

Voglio dire che come possono essere decisi dalle istituzioni dei tagli sulle risorse economiche che contribuiscono a migliorare il nostro sistema di *welfare*, anche le risorse umane che spontaneamente le persone mettono in atto per migliorare la qualità della vita propria e della propria comunità possono subire dei tagli o al contrario potrebbero subire delle forti incrementazioni. Allora questo elemento è fondamentale nel senso che quando discutiamo di politica sociale e di riforma delle politiche sociali dobbiamo anche considerare questa dimensione.

Dovremmo chiederci quali decisioni politiche, quali cambiamenti del modello di organizzazione sociale sono in grado di moltiplicare la propensione dei singoli cittadini e delle loro famiglie ad investire risorse su una migliore qualità della vita.

Ecco quindi questi sono i tre elementi di tipo generale sui quali mi sembrava opportuno proporvi per la riflessione.

Innanzitutto quindi il *welfare* come qualità della vita complessiva di una comunità individuando quali siano le aree di disagio di questa comunità; in secondo luogo la dipendenza comunitaria dei nuovi bisogni relazionali e l'importanza di una responsabilizzazione della comunità come soggetto primario, erogatore della qualità della vita in un certo qual senso e quindi esigenza conseguente che il nostro modello di *welfare* emigri, si sposti rapidamente verso un modello che io ho definito tanti anni fa, di *welfare community*, dove la sede in cui si produce il benessere, la qualità della vita, diventa la comunità che è una comunità protagonista e dove le istituzioni mantengono un ruolo, se volete, garante o un ruolo di miglioramento delle potenzialità della comunità ad essere soggetto centrale del modello di *welfare*. Io ho parlato spesso di istituzioni che mettono in atto in questa fase una funzione di *maternage* nei riguardi della comunità, cioè sono delle istituzioni che devono aiutare la comunità a crescere, a prendere coscienza di quante situazioni di disagio dipendono dalla scarsa qualità di vita che la comunità riesce a mettere in atto, quante situazioni di disagio, quante marginalità sono fortemente dipendenti da una comunità che non ha più certi valori di riferimento, una cultura dell'accoglienza, un'attenzione alle generazioni.

L'attenzione deve essere rivolta soprattutto a quei processi che mette in atto autonomamente la comunità per migliorare la propria qualità di vita, che sono le risorse umane che contribuiscono a formare il nostro *welfare* e non soltanto le risorse economiche che può mettere in circolo lo stato.

Questo quindi è il percorso con un'ultima raccomandazione di chiusura: non pensiamo che tutto ciò avvenga attraverso una distruzione dello stato sociale; la cultura dello stato sociale non è più sufficiente a rispondere a questi bisogni di terza generazione ma ricordiamoci che se abbiamo oggi una comunità e dei gruppi marginali che sentono fortemente l'aspirazione ad essere protagonisti nella comunità, ad investire le proprie risorse in questa comunità diventando soggetti attivi, ecco questo è dovuto soprattutto alla lunga stagione del *welfare state* che ha fatto crescere questa comunità e ha fatto maturare delle aspirazioni e delle risorse perché questa comunità diventi protagonista del proprio percorso.

LE POLITICHE NAZIONALI CONTRO LA POVERTÀ IN ITALIA

Rapporto per la Commissione di Indagine sull'Esclusione Sociale*

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali, Roma

Capitolo 1. L'architettura degli strumenti a favore dei soggetti a rischio di povertà

In questo lavoro sono stati individuati 15 strumenti riconducibili al contrasto delle situazioni di disagio economico. [...] Sono stati quindi inclusi nell'analisi non solo gli strumenti esplicitamente progettati per intervenire direttamente a favore degli individui o delle famiglie in povertà, ma anche gli strumenti che, pur introdotti con finalità diverse, svolgono indirettamente un ruolo significativo nell'alleggerire la severità delle condizioni economiche dei soggetti in qualche modo fragili o a rischio di impoverimento.

[...]; nella tabella 1.1. sono elencati gli strumenti e le categorie di beneficiari.

I sistemi di *welfare* individuano, a partire dal modello di protezione sociale al quale appartengono, una gamma di rischi e di categorie di individui (e famiglie) che vengono ritenuti meritevoli di fruire degli interventi definiti nelle politiche sociali. A partire da questa constatazione, è possibile analizzare l'insieme delle politiche contro la povertà da almeno due diversi punti di vista: i campi di intervento (par. 1.1.) e le categorie di beneficiari (par. 1.2.).

1.1. La struttura per campi di intervento

Le politiche contro la povertà, dirette o indirette, esplicite o implicite, intervengono come fattori di regolazione in diversi ambiti sociali. Ciò significa che possiamo dare una lettura dell'intervento dello Stato in funzione del ruolo che esso svolge come attore regolativo all'interno dei diversi ambiti nei quali prendono forma i meccanismi di deprivazione e, quindi, di impoverimento. In sostanza, esistono aree della vita sociale nelle quali si producono e si distribuiscono risorse (non solo monetarie), alle quali alcuni soggetti possono avere, temporaneamente o cronicamente, un accesso insufficiente. Le politiche di protezione e promozione sociale, seguendo i principi di fondo del *welfare state*, intervengono – o dovrebbero intervenire - in quelle aree, riequilibrandone i criteri di accesso o indennizzando i soggetti che vi subiscono forme di deprivazione. Per quanto riguarda il nostro lavoro, è il caso, come vedremo di seguito, delle politiche di sostegno diretto del reddito, delle politiche per la casa, delle politiche a favore delle famiglie; trasversali rispetto a questi campi di intervento sono il RIM e il sistema di esenzioni dal costo delle prestazioni sanitarie.

* Testo elaborato da David Benassi su richiesta della Commissione. Il Rapporto completo è disponibile all'indirizzo <http://www.dipartimentoaffarisociali.it/main/AreaPoverta/politicheNazionali.asp>; ultima consultazione 25/10/2001; qui si presentano solo i capitoli 1 e 2.

Tabella 1.1 Gli strumenti analizzati

Strumento	Caratteristiche dei destinatari
Assegno sociale	Anziani a basso reddito e senza sufficienti diritti previdenziali
Pensione sociale	Anziani a basso reddito e senza sufficienti diritti previdenziali
Trattamento minimo delle pensioni	Pensionati quando la pensione derivante dai contributi versati è inferiore ad un importo minimo
Pensione di inabilità e assegno per l'assistenza personale e continuativa	Soggetti con determinati requisiti contributivi e con infermità tale da provocare una impossibilità permanente e assoluta a svolgere qualsiasi lavoro
Assegno ordinario di invalidità	Soggetti con determinati requisiti contributivi e con infermità tale da provocare una riduzione permanente della capacità di lavoro a meno di un terzo
Assegno per il nucleo familiare	Lavoratori dipendenti e pensionati ex lavoratori dipendenti con carico familiare che rispettano determinati requisiti di reddito
Assegno per il nucleo familiare per gli iscritti alla gestione separata dei lavoratori autonomi	Lavoratori iscritti alla gestione separata dei lavoratori autonomi con carico familiare che rispettano determinati requisiti di reddito
Assegni familiari	Coltivatori diretti, mezzadri e coloni e pensionati delle gestioni speciali per i lavoratori autonomi con carico familiare che rispettano determinati requisiti di reddito
Fondo nazionale di sostegno per l'accesso alle abitazioni in locazione	Titolari di contratto di locazione con reddito non superiore a determinate soglie
Detrazione Irpef per titolari di contratti di locazione	Titolari di contratto di locazione con reddito non superiore a determinate soglie
Prestazioni di invalidità civile	Invalidi totali e invalidi superiori al 74% con redditi inferiori a determinate soglie
Assegno di maternità	Madri che non beneficiano dell'indennità di maternità e reddito inferiore a determinate soglie
Assegno ai nuclei familiari con almeno tre figli minori	Nuclei familiari con almeno tre figli minori e reddito inferiore a determinate soglie
Reddito minimo di inserimento (sperimentale)	Tutti i cittadini con reddito inferiore a determinate soglie
Esenzione costo prestazioni sanitarie	Tutti i cittadini con reddito inferiore a determinate soglie

Politiche di sostegno diretto del reddito

Si tratta degli strumenti che hanno come immediato obiettivo quello di garantire un reddito sufficiente agli individui o alle famiglie con determinate caratteristiche. Sono essenzialmente strumenti passivi finalizzati all'innalzamento del reddito disponibile e destinati a categorie con particolari caratteristiche di svantaggio sociale: anziani e invalidi. I rischi tutelati sono quelli relativi all'incapacità – involontaria - di procurarsi un reddito a causa dell'età anziana o della condizione di invalidità, quando non si possano far valere sufficienti diritti previdenziali. Si tratta di prestazioni assistenziali o miste (assicurative/assistenziali).

Tra le prime, troviamo il principale strumento di innalzamento del reddito basato esclusivamente sulla carenza di risorse monetarie, l'assegno sociale per gli anziani ultrasessantacinquenni. L'assegno sociale ha sostituito dal 1996 la pensione sociale, che rimane in vigore per gli anziani che avevano presentato domanda prima del 31.12.1995. L'altra misura di carattere assistenziale è costituita dai trattamenti di invalidità civile, destinati agli invalidi che non possiedono i requisiti per accedere ai trattamenti di invalidità di tipo previdenziale. I trattamenti di invalidità civile comprendono l'assegno mensile di assistenza, la pensione di inabilità e l'indennità di accompagnamento; i primi due si trasformano in assegno sociale al compimento del 65° anno d'età.

Sono invece di tipo assicurativo, prevedono cioè il possesso di determinati requisiti contributivi, il trattamento minimo delle pensioni, la pensione di inabilità e l'assegno ordinario di invalidità erogati dall'Inps. In particolare, il trattamento minimo è lo strumento con il maggior numero di beneficiari (4.605.042 nel 1998) tra quelli analizzati.

Politiche per la casa

Si tratta delle politiche volte a facilitare l'accesso all'abitazione, coprendo quindi il rischio di esclusione abitativa. Per la nostra rilevazione abbiamo assunto che non potessero essere considerate politiche contro la povertà in senso stretto quelle di incentivazione all'acquisto della prima casa, in quanto presuppongono comunque una significativa capacità di reddito o disponibilità di ricchezza. Per tale ragione, accanto all'edilizia residenziale pubblica, che non abbiamo considerato essendo gestita a livello locale, annoveriamo due strumenti introdotti recentemente. La detrazione Irpef per titolari di contratti di locazione è accessibile alla generalità della popolazione con reddito inferiore a 60 milioni. Il Fondo nazionale di sostegno per l'accesso alle abitazioni in locazione, invece, prevede limiti di reddito più restrittivi e facilitazioni per le famiglie disagiate.

Politiche per la famiglia

Nel campo delle politiche per la famiglia troviamo gli interventi che assumono come soggetto beneficiario il nucleo familiare, e che sono finalizzate al miglioramento delle condizioni di vita dell'unità familiare in quanto tale. Gli assegni familiari e gli assegni per il nucleo familiare sono prestazioni d'impronta previdenziale ma con connotazioni assistenziali, in quanto hanno un'impostazione redistributiva e beneficiano maggiormente le famiglie disagiate (numerose, con membri disabili, monogenitoriali).

Di carattere strettamente assistenziale è, invece, l'assegno ai nuclei familiari con almeno tre figli minori, erogato sulla base della composizione familiare e del possesso di determinati requisiti di reddito. Gli stessi parametri sono utilizzati anche nel caso dell'assegno di maternità. Questa prestazione è stata introdotta come riconoscimento di un diritto di cittadinanza, la maternità appunto, ma per esigenze di contenimento dei costi è stata subordinata ad un meccanismo di *means testing*.

Nell'ambito delle politiche per la famiglia ci pare poi opportuno menzionare il piano di interventi previsto nella legge 285 del 1997, "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza", tramite l'istituzione del Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, con un finanziamento annuo di 312 miliardi di lire. I fondi sono attribuiti alle regioni e ai maggiori comuni italiani per la realizzazione di interventi ai favore dei minori, tra i quali anche interventi per contrastare la povertà delle famiglie. Non trattandosi di uno strumento ma di finanziamenti agli enti locali, il piano di interventi previsto dalla legge 285/97 non è stato inserito nella nostra rilevazione.

Reddito minimo di inserimento

Il RMI, vista la sua natura particolare e innovativa nel panorama del *welfare state* italiano, non può essere attribuito a nessuno dei campi delle politiche sociali individuati. Il taglio universalistico e assistenziale, insieme alla centralità delle prestazioni finalizzate al reinserimento dell'individuo, rendono questa prestazione l'unico strumento puro di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale in Italia.

Esenzione dal costo delle prestazioni sanitarie

Come il RMI, anche il nuovo regime di esenzione dal costo delle prestazioni sanitarie, previsto dal Decreto legislativo 124/98 ma non ancora introdotto definitivamente, si colloca su un terreno autonomo. La novità del nuovo regime consiste nel fatto che l'esenzione (totale o parziale) si basa su vari criteri, tra i quali anche le condizioni economiche del paziente, configurandosi quindi come uno strumento per facilitare la fruizione delle prestazioni sanitarie da parte delle fasce di popolazione meno abbienti.

1.2. La struttura per categorie di beneficiari

Tutti i *welfare state* definiscono una gerarchia di categorie di potenziali fruitori delle prestazioni – assistenziali, previdenziali, sanitarie – in base a un giudizio di maggiore o minore merito a ricevere i benefici degli strumenti di protezione sociale. Tale gerarchizzazione categoriale risulta dalla gamma e dalla generosità delle prestazioni a favore dei diversi gruppi di potenziali beneficiari. È nelle pieghe di questo meccanismo che prende corpo una forma di disuguaglianza all'interno del *welfare state* italiano, in quanto soggetti portatori di un bisogno simile o di intensità paragonabile possono essere titolari di diritti sociali diversi. In questo senso, in Italia la povertà non è una condizione sufficiente per ottenere un intervento di tutela da parte del *welfare state*, a differenza per esempio dalla malattia o dall'età anziana o ancora, in forma evidente, da un certo tipo di disoccupazione. In quest'ultimo caso, infatti, è di tutta evidenza come la tutela del rischio di disoccupazione sia legata al riconoscimento di varie categorie di disoccupati, o più esattamente di varie circostanze nelle quali viene a definirsi la condizione di disoccupato, in funzione delle quali viene misurato e calcolato il diritto soggettivo ad ottenere un indennizzo.

Dall'analisi delle prestazioni previste dalla legislazione nazionale possiamo quindi individuare diverse categorie di beneficiari o diverse condizioni di bisogno: gli anziani, le famiglie, gli invalidi, il disagio economico (come categoria residuale trasversale alle altre categorie).

Anziani

Il disagio economico durante l'età anziana è indubbiamente la condizione che ottiene la più ampia tutela nell'ambito del sistema di *welfare* nazionale italiano. L'assegno sociale (ex pensione sociale), infatti, è l'unico strumento universalistico di sostegno del reddito previsto dalla legislazione italiana. È comunque difficile ritenere che possa risolvere situazioni di grave difficoltà anche solo dal punto di vista della povertà economica, in quanto, trattandosi di un importo massimo pari a Lit 594.466 mensili (nel 1998), rimane ben al di sotto della linea della povertà utilizzata dalla Commissione di indagine sull'esclusione sociale (Lit 884.000 nel 1998). All'assegno sociale si affianca il trattamento minimo delle pensioni, per un importo mensile non di molto superiore (Lit 755.842 nel 1998 e Lit 768.679 nel 1999). Accanto a queste due prestazioni, gli anziani possono ottenere gli assegni per il nucleo familiare e, naturalmente, le

prestazioni di accompagnamento dei trattamenti di invalidità o di inabilità. Sostanzialmente, malgrado l'esiguità degli importi previsti per le diverse prestazioni, il rischio di povertà relativo agli anziani è discretamente tutelato, soprattutto se valutato nel confronto con altre categorie.

Famiglie

Si tratta delle prestazioni destinate esplicitamente ed esclusivamente alle famiglie con determinate caratteristiche. Annoveriamo innanzitutto gli strumenti di difesa del benessere dei nuclei familiari (assegni per il nucleo familiare e assegni familiari). Si tratta di prestazioni destinate a migliorare le condizioni economiche delle famiglie nelle quali è già presente una capacità di reddito, in quanto è richiesto il possesso di diritti previdenziali, accanto a quelli relativi al non superamento di determinate soglie di reddito per diverse tipologie familiari. Gli assegni familiari, vista la loro esiguità (meno di Lit 20.000 mensili) non possono essere ragionevolmente considerati interventi contro la povertà. Gli assegni al nucleo familiare svolgono una rilevante funzione di sostegno del reddito nei confronti dei lavoratori a basso reddito – i cosiddetti working poor – in quanto la determinazione dell'importo è legata al reddito e alla composizione familiare: un maggior carico familiare, l'assenza di un coniuge o la presenza di un membro inabile sono tutte condizioni che aumentano l'importo dell'assegno (e/o della soglia di reddito di riferimento). Inoltre, gli assegni al nucleo si rivelano particolarmente efficaci nel caso dei lavoratori con problemi occupazionali (disoccupati indennizzati, in mobilità, impegnati in lavori socialmente utili, cassintegrati). Nella tabella che segue è possibile apprezzare l'evoluzione degli importi per alcuni assetti familiari tipici.

Tabella 1.2. Esempi di importo dell'assegno al nucleo familiare (1999)

Tipo nucleo	Reddito familiare annuo	Importo assegno mensile		
		1 figlio	2 figli	3 figli
Coppia reddito medio	36.000.000	85.000	216.000	468.000
Coppia reddito basso	20.000.000	253.000	485.000	695.000
Monogenitore reddito basso	20.000.000	193.000	358.000	798.000
Coppia con membro inabile	37.000.000*	270.000	523.000	752.000

* Soglia di reddito minima

L'assegno ai nuclei familiari con almeno tre figli minori si configura, invece, come una prestazione tipicamente assistenziale, con riferimento a una soglia di ISE relativamente bassa (Lit 36.000.000 per famiglie con due genitori e tre figli minori). L'assegno di maternità, destinato alle donne che non godono del congedo di maternità INPS, più che una misura contro la povertà è una misura di cittadinanza finalizzata al sostegno della maternità. Infatti, l'elevata soglia di ISE (Lit 50.000.000 per famiglie con due genitori e un figlio) è tale da consentire l'accesso all'assegno di maternità anche da parte di famiglie certamente non povere.

Invalidi

Come gli anziani, anche gli invalidi godono di un elevato grado di tutela all'interno del sistema di protezione sociale italiano, grazie alle prestazioni di invalidità vere e proprie (pensioni e assegni di inabilità e di invalidità) e, soprattutto, alle prestazioni di accompagnamento. Le prime distinguono tra invalidi con copertura assicurativa, che ricevono prestazioni relativamente generose, e invalidi civili, che invece ricevono prestazioni di importo più basso. Gli invalidi con copertura assicurativa ricevono indennità che vanno da circa Lit

1.519.000 al mese (1998) per la pensione di inabilità, a Lit 866.000 o Lit 791.040 per l'assegno di invalidità. Gli invalidi civili, invece, ricevono Lit 395.060 per la pensione di inabilità o per l'assegno di assistenza.

Le prestazioni di accompagnamento sono un significativo sostegno a favore degli invalidi più gravi, con invalidità pari al 100%. I pensionati di inabilità INPS ricevono un assegno per l'assistenza personale e continuativa pari a Lit 704.000 mensili (1999); i pensionati di inabilità civile ricevono un'indennità di accompagnamento di Lit 795.970 mensili (1999).

Disagio economico

Si tratta di una categoria residuale, trasversale alle categorie di beneficiari già indicate, nella quale rientrano le prestazioni non riferite a specifici gruppi di popolazione: il fondo nazionale di sostegno per l'accesso alle abitazioni in locazione, la detrazione Irpef per titolari di contratto di locazione, il reddito minimo di inserimento e l'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie (descritte in precedenza).

Capitolo 2. I principi di riferimento degli strumenti

L'assenza di organicità del sistema complessivo degli strumenti contro la povertà del *welfare state* nazionale si accompagna alla mancanza di uno spirito unitario che informi l'approccio al disagio socio economico. Questo aspetto si sostanzia nell'uso di molteplici criteri per l'individuazione dei potenziali beneficiari e per il calcolo dell'ammontare delle prestazioni. In sostanza, l'origine incrementale del *welfare state* italiano ha prodotto una situazione di sostanziale eterogeneità della regolamentazione delle prestazioni, che si traduce in un grado elevato di disuguaglianza dei diritti di cittadinanza e in una frattura istituzionale tra insider e outsider dai confini sfumati e mutevoli.

Per esempio, l'indicatore (ISE) ha introdotto un criterio uniforme, in linea di principio, per la misurazione dei redditi di riferimento degli individui, al fine di determinarne o meno l'accesso alle prestazioni assistenziali. L'uso dell'ISE si riduce però a pochi strumenti (assegno di maternità, assegno ai nuclei numerosi, RMI), esclusi in particolare quelli più significativi in termini quantitativi (prestazioni presidenziali, assegno e pensione sociale, trattamenti di invalidità), fatta eccezione per il nuovo sistema di esenzione dal costo delle prestazioni sanitarie, per altro non ancora avviato.

In questo capitolo vengono analizzati i requisiti di accesso agli strumenti considerando i principi di individuazione delle categorie di beneficiari (par. 2.1.) e il riferimento a soglie di reddito e scale di equivalenza (par. 2.2.).

2.1. Requisiti di accesso

La possibilità di ottenere le prestazioni previste dal sistema di protezione sociale nazionale contro la povertà è, naturalmente, subordinato al possesso di specifiche caratteristiche individuali o familiari. Tramite l'analisi dei requisiti attesi per l'accesso alle prestazioni è possibile comprendere alcune delle logiche di fondo che governano, nel suo complesso, l'approccio alla povertà in Italia.

Il principio di riferimento principale di tutte le misure in esame è costituito dal rispetto di specifiche soglie di reddito, spesso calcolate in base a scale di equivalenza e specificate per tipi

di entrate monetarie che partecipano alla determinazione del reddito personale o familiare. Il prossimo paragrafo è dedicato specificamente all'analisi di questo aspetto; qui concentriamo la nostra analisi sulle caratteristiche personali o familiari dei beneficiari potenziali.

Il parametro che distingue i diversi tipi di prestazioni è ancora una volta la natura previdenziale o assistenziale che regola l'estensione della platea di potenziali beneficiari. Nel primo caso, è opportuno innanzitutto osservare che le misure selezionate non sono rigidamente previdenziali, nessuna di esse cioè vincola la determinazione dell'importo della prestazione esclusivamente alla posizione contributiva del richiedente. Piuttosto, diverse misure presuppongono il possesso di una determinata anzianità assicurativa, vale a dire una biografia previdenziale sufficientemente lunga per maturare un diritto che, in ultima analisi, assume anche caratteristiche assistenziali.

In questo campo rientrano il trattamento minimo delle pensioni, la pensione di inabilità e l'assegno di assistenza, l'assegno ordinario di invalidità, gli assegni familiari e per il nucleo familiare. Il trattamento minimo delle pensioni prevede il rispetto dei requisiti di età e di anzianità contributiva (15 anni) per l'ottenimento della pensione di vecchiaia, sui quali si innesta un diritto assistenziale qualora il calcolo della pensione di vecchiaia risulti di importo inferiore ad un minimo stabilito (per il trattamento intero, Lit 9.224.150 annue nel 1999).

Nel caso dei trattamenti di inabilità e di invalidità INPS sono richiesti almeno 5 anni di contributi dei quali almeno 3 negli ultimi 5 anni. La pensione di inabilità – non subordinata a soglie di reddito è erogata a coloro che si trovano nella impossibilità definitiva di svolgere qualsiasi lavoro; l'importo viene calcolato aggiungendo ai periodi contributivi esistenti quelli successivi al pensionamento e fino alla data di compimento dell'età pensionabile (calcolati sulla media delle retribuzioni ricevute negli ultimi 5 anni). L'assegno ordinario di invalidità è erogato a coloro che hanno una capacità residua di svolgere un lavoro inferiore a un terzo; viene calcolato sulla base dei contributi effettivamente erogati, e nel caso l'importo sia molto modesto può essere innalzato fino all'importo dell'assegno sociale o del trattamento minimo.

Gli assegni per il nucleo familiare spettano ai lavoratori dipendenti e ai pensionati ex lavoratori dipendenti, ai disoccupati indennizzati, ai lavoratori cassintegrati, in mobilità o impegnati in lavori socialmente utili. L'ammontare degli assegni è calcolato in base alla numerosità e alle caratteristiche del nucleo familiare, sulla base di fasce di reddito aggiornate di anno in anno. Dal 1° gennaio 1999 gli assegni per il nucleo familiare sono riconosciuti anche agli iscritti alla gestione separata dei lavoratori autonomi, secondo criteri di accessibilità più esigenti degli assegni per i lavoratori dipendenti, sia in riferimento alle tipologie familiari sia in riferimento ai requisiti di reddito. Gli assegni familiari sono invece destinati a coltivatori diretti, mezzadri e coloni e ai pensionati delle gestioni speciali per i lavoratori autonomi (artigiani, commercianti, coltivatori diretti, coloni e mezzadri). Costoro debbono rispettare dei limiti di reddito e ottengono un importo fisso, compreso tra Lit 19.760 (per il coniuge, i figli, i fratelli e le sorelle) e Lit 2.340 mensili (per gli ascendenti).

Al campo delle prestazioni di natura assistenziale appartengono tutti gli strumenti destinati alla generalità della popolazione in possesso di determinati requisiti individuali o familiari, a prescindere quindi dalla posizione occupazionale o previdenziale. A questa categoria appartengono l'assegno e la pensione sociale, gli interventi per la casa, le prestazioni di invalidità civile, l'assegno di maternità e quello per le famiglie numerose, il RMI.

L'assegno e la pensione sociale spettano a tutti i cittadini ultrasessantacinquenni con redditi inferiori a determinate soglie, che non possano richiedere altre prestazioni pensionistiche. Possono accedere alle misure, oltre ai cittadini italiani, gli abitanti di San Marino, i rifugiati politici e i cittadini comunitari che abbiano lavorato in Italia; è necessaria la residenza abituale ed effettiva sul territorio italiano.

La detrazione Irpef per titolari di contratto di locazione è destinata alla generalità della popolazione, con riferimento all'abitazione principale, che non goda di un reddito complessivo superiore a Lit 30.000.000 (detrazione di Lit 640.000) o a Lit 60.000.000 (detrazione di Lit 320.000). L'accesso al Fondo nazionale di sostegno per l'accesso alle abitazioni in locazione è ugualmente possibile per la generalità della popolazione che possieda una dei due seguenti requisiti: un reddito imponibile familiare complessivo non superiore a due pensioni minime (Lit 1.419.100); redditi non superiori a quelli determinati dalle regioni e dalle province autonome per l'assegnazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica. I contributi possono essere aumentati per i nuclei familiari in condizioni di particolare debolezza sociale (anziani, disabili).

Possono accedere alle prestazioni di invalidità civile gli individui in possesso di una percentuale di invalidità pari almeno al 74% e che rispettino determinati requisiti di reddito; non sono incompatibili con lo svolgimento di attività lavorative. L'indennità di accompagnamento può essere concessa solo ai pensionati di invalidità non deambulanti e bisognosi di assistenza continuativa. Non è collegata a limiti di reddito in quanto è concessa al solo titolo della minorazione, e in questo senso più che una prestazione di tipo assistenziale va considerata una misura di cittadinanza.

L'assegno di maternità è riconosciuto alle madri cittadine italiane residenti sul territorio nazionale che non beneficino del trattamento previdenziale di maternità e con reddito inferiore a determinate soglie. L'assegno ai nuclei familiari con almeno tre figli minori è accessibile alle famiglie composte da cittadini italiani residenti sul territorio nazionale che rispettano determinati requisiti di reddito.

Il reddito minimo di inserimento, infine, è destinato ai cittadini italiani, ai cittadini comunitari residenti da almeno 12 mesi in uno dei Comuni ammessi alla sperimentazione, ai cittadini non comunitari o apolidi residenti in uno dei Comuni ammessi alla sperimentazione da almeno 3 anni. È richiesto il rispetto di determinati requisiti di reddito, la disponibilità al lavoro per i soggetti in età lavorativa, il rispetto degli obblighi assunti con il programma di integrazione sociale.

2.3. Soglie di reddito e scale di equivalenza

Le politiche contro la povertà prevedono generalmente alcuni dispositivi di selezione dei destinatari tali da indirizzare i benefici previsti alle fasce di popolazione povere o a rischio di impoverimento. In molti casi, come abbiamo visto, questa operazione avviene innanzitutto tramite la semplice definizione dei profili di cittadini ammissibili al godimento della prestazione, profili individuati come intrinsecamente fragili o a rischio di impoverimento. Per quasi tutte le prestazioni previste, però, vengono fissate delle soglie di reddito al di sopra delle quali viene considerato risolto il rischio di povertà. L'applicazione di tali soglie di reddito viene spesso realizzata tramite l'uso di scale di equivalenza che consentono di differenziare le soglie in base alla numerosità e/o alle caratteristiche del nucleo familiare. In questo paragrafo analizziamo questi due aspetti, semplificando in alcuni casi l'ampia casistica prevista in quanto intendiamo mostrare i principi generali che governano l'applicazione delle soglie di reddito e delle scale di equivalenza. Si rimanda alle schede allegate per i dettagli sui criteri di applicazione.

Alcuni strumenti prevedono solamente soglie di reddito al di sopra delle quali non è possibile accedere alla prestazione, e non il riferimento anche a scale di equivalenza per nuclei familiari di diversa numerosità. È questo il caso, in primo luogo, dell'assegno e della pensione sociale e del trattamento minimo delle pensioni, corrispondenti ad erogazioni annue (1999) pari rispettivamente a: Lit 8.005.400, Lit 6.557.200, Lit 9.224.150.

Tabella 2.1. Soglie di reddito per accedere a pensione e assegno sociale e trattamento minimo delle pensioni (1999)

	Intero	Ridotto		Non spetta oltre
		da	a	
Pensionato solo				
Assegno sociale	0	1	8.005.400	8.005.400
Pensione sociale	0	1	6.557.200	6.557.200
Trattamento minimo	9.224.150	9.224.151	18.448.300	18.448.300
Pensionato con coniuge				
Assegno sociale	8.005.399	8.005.400	16.010.800	16.010.800
Pensione sociale	16.598.799	16.598.800	23.156.000	23.156.000
Trattamento minimo*	36.896.600	36.896.601	46.120.749	46.120.750

*: pensioni con decorrenza successiva al 1994

L'assegno sociale si differenzia dalla pensione sociale perché esso spetta anche quando il reddito personale del richiedente supera i limiti imposti, purché il reddito cumulato con quello del coniuge sia inferiore al limite previsto.

Anche le prestazioni di invalidità, sia INPS (esclusa la pensione di inabilità) che civili, non prevedono l'applicazione di scale di equivalenza, ma solamente il riferimento a soglie massime di reddito personale del richiedente; solo l'assegno ordinario di invalidità prevede una soglia diversa nel caso del beneficiario coniugato (Lit. 24.016.200).

Tabella 2.2. Soglie di reddito per accedere ai trattamenti di invalidità INPS e civili (1999)

	Soglia personale	Importo mensile
Pensione di inabilità Inps	nessuna	Contributivo figurativo
Assegno ordinario di invalidità Inps	16.010.800	Contributivo integrabile
Assegno di assistenza	6.552.200	395.060
Pensione di inabilità civile	23.211.775	395.060
Indennità di accompagnamento	nessuna	795.060

Il meccanismo di calcolo degli assegni per il nucleo familiare si basa su fasce di reddito distinte per i nuclei con figli e quelli senza figli, sul numero dei membri, sulla composizione del nucleo (presenza di orfani, di fratelli/sorelle, ecc.) e sulle caratteristiche del nucleo (sinteticamente: non problematico, monogenitoriale, con invalidi, monogenitoriale con invalidi).

Di conseguenza, le tabelle di riferimento per il calcolo dell'importo degli assegni sono numerose, e vanno dai nuclei con entrambi i genitori e almeno un figlio minore senza componenti inabili ai nuclei familiari con un solo genitore e almeno un figlio minore con componenti inabili, passando per numerose possibili combinazioni.

Le due Tabelle 2.3. esemplificano i due profili familiari citati.

Tabella 2.3. Assegni per il nucleo: esemplificazioni di calcolo (1999)

Nuclei familiari con entrambi i genitori e almeno un figlio minore senza componente inabili					
Reddito familiare (000)	Importo dell'assegno per numero componenti				
	3	4	5	6	7
Fino a 20.659	253.000	485.000	695.000	953.000	1.200.000
20.660 – 25.563	222.000	427.000	658.000	932.000	1.163.000
25.564 – 30.468	179.000	369.000	606.000	916.000	1.131.000
30.469 – 35.370	127.000	306.000	548.000	879.000	1.094.000
35.371 – 40.276	85.000	216.000	468.000	789.000	983.000
40.277 – 45.180	50.000	158.000	421.000	757.000	946.000
45.181 – 50.085	30.000	111.000	342.000	705.000	904.000
50.086 – 54.988	30.000	75.000	263.000	657.000	851.000
54.989 – 59.891	25.000	50.000	199.000	615.000	825.000
59.892 – 64.795	25.000	50.000	178.000	436.000	772.000
64.796 – 69.701	25.000	45.000	178.000	299.000	567.000
69.702 – 74.606	-	45.000	152.000	299.000	424.000
74.607 – 79.510	-	45.000	152.000	256.000	424.000
79.511 – 84.415	-	-	152.000	256.000	366.000
84.416 – 89.320	-	-	-	256.000	366.000
89.321 – 94.226	-	-	-	-	366.000

Nuclei familiari con un solo genitore e almeno un figlio minore con almeno un componente inabile						
Reddito familiare (000)	Importo dell'assegno per numero componenti					
	2	3	4	5	6	7
Fino a 40.276	207.000	385.000	863.000	1.162.000	1.518.000	1.869.000
40.277 – 45.180	167.000	345.000	782.000	1.110.000	1.495.000	1.823.000
45.181 – 50.085	109.000	282.000	696.000	1.029.000	1.472.000	1.765.000
50.086 – 54.988	46.000	213.000	610.000	955.000	1.415.000	1.719.000
54.989 – 59.891	40.000	150.000	483.000	840.000	1.288.000	1.558.000
59.892 – 64.795	40.000	104.000	403.000	771.000	1.242.000	1.512.000
64.796 – 69.701	-	69.000	334.000	661.000	1.173.000	1.449.000
69.702 – 74.606	-	69.000	282.000	546.000	1.104.000	1.380.000
74.607 – 79.511	-	58.000	247.000	460.000	1.047.000	1.340.000
79.512 – 84.415	-	58.000	247.000	426.000	794.000	1.271.000
84.416 – 89.318	-	58.000	207.000	426.000	592.000	972.000
89.319 – 94.223	-	-	207.000	357.000	592.000	771.000
94.224 – 99.125	-	-	207.000	357.000	495.000	771.000
99.126 – 104.029	-	-	-	357.000	495.000	644.000
104.030 – 108.931	-	-	-	-	495.000	644.000
108.932 – 113.834	-	-	-	-	-	644.000

Gli assegni per il nucleo familiare per gli iscritti alla gestione separata dei lavoratori autonomi prevedono maggiori restrizioni per quanto riguarda i limiti di reddito e le tipologie familiari ammissibili. Gli assegni spettano a:

- nuclei con entrambi i genitori e almeno due figli minori;
- nuclei con entrambi i genitori e almeno un figlio minore in cui sia presente un soggetto inabile;
- nuclei con un solo genitore e almeno un figlio minore, con o senza inabili;
- nuclei con entrambi i coniugi, senza figli minori, in cui sia presente almeno un soggetto inabile;
- nuclei con un solo genitore, senza figli minori, in cui sia presente almeno un soggetto inabile.

Per quanto riguarda i limiti di reddito, il reddito familiare complessivo, suddiviso per il numero di componenti del nucleo, non deve essere superiore a 8 milioni di lire per ciascun membro del nucleo, elevato a 10 milioni di lire nel caso di nuclei con un solo genitore o con soggetto inabile. Inoltre, la somma dei redditi derivante da attività di collaborazione coordinata e continuativa, da vendita porta a porta e da libera professione deve essere pari o superiore al 70% del reddito complessivo familiare. L'importo degli assegni per i lavoratori autonomi viene determinato con tabelle simili a quelle riportate (Tabella 2.3.).

A differenza degli assegni per il nucleo familiare, gli assegni familiari prevedono un importo fisso per ciascun membro del nucleo determinato in base al tipo di parentela (Lit 19.760 o Lit 2.340 mensili); la titolarità alla prestazione è comunque anche in questo caso vincolata al rispetto di determinati limiti di reddito in base alla numerosità del nucleo familiare.

Tabella 2.4. Limiti di reddito per ricevere gli assegni familiari (1999)

Componenti il nucleo	Reddito familiare annuale oltre il quale cessa la corresponsione	
	<i>del trattamento di famiglia per il primo figlio e per il genitore a carico e relativi equiparati</i>	<i>di tutti gli assegni familiari o quote di maggiorazione di pensione</i>
1*	13.799.000	---
2	22.898.000	27.423.000
3	29.443.000	35.256.000
4	35.163.000	42.110.000
5	40.887.000	48.964.000
6	46.338.000	55.493.000
7 o più	51.789.000	62.021.000

* Titolare maggiorenne di pensione ai superstiti unico componente il nucleo familiare

La detrazione Irpef per i titolari di contratto di locazione fa semplicemente riferimento a due soglie di reddito, indipendentemente dalla composizione del nucleo, che danno diritto a due diversi importi detraibili.

Tabella 2.5. Detrazione Irpef per titolari di contratto di locazione

Reddito	Detrazione
Inferiore a Lit 30.000.000	Lit 640.000
Tra Lit 30.000.000 e Lit 60.000.000	Lit 320.000
Oltre Lit 60.000.000	Nessuna

L'accesso al Fondo nazionale di sostegno per l'accesso alle abitazioni in locazione non è misurato sulla base della composizione del nucleo familiare in senso stretto. Sono, infatti, previste solo delle maggiorazioni (+25% del contributo o dei limiti di reddito) per i nuclei con membri anziani (oltre 65 anni), con disabili o con situazioni di particolare debolezza sociale. Come accennato in precedenza, è necessario rispettare uno dei due seguenti requisiti minimi:

- reddito annuo imponibile complessivo non superiore a due pensioni minime INPS (Lit 1.419.100 nel 1999) rispetto al quale il canone di locazione risulti non inferiore al 14%;
- reddito annuo imponibile complessivo non superiore a quello determinato dalle regioni e dalle province autonome per l'assegnazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica, rispetto al quale il canone di locazione incida per non meno del 24%.

Per chi rispetta il primo requisito, l'incidenza del canone sul reddito va ridotta fino al 14%, ma il contributo non può superare Lit 6.000.000 annue. Per chi rispetta il secondo requisito, l'incidenza del canone sul reddito va ridotta fino al 24%, ma il contributo non può superare Lit 4.500.000 annue.

Per la determinazione degli aventi diritto all'assegno di maternità e all'assegno per i nuclei familiari con almeno tre figli minori viene utilizzato l'indicatore della situazione economica (ISE – vedi scheda sotto riportata). L'ISE, introdotto in via sperimentale per il periodo 1999-2002, definisce criteri unificati di valutazione della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni o servizi assistenziali o sanitari non destinati alla generalità dei soggetti o comunque collegati nella misura o nel costo a determinate situazioni economiche. Viene utilizzata la seguente scala di equivalenza per ponderare la numerosità della famiglia nella determinazione della situazione economica.

Tabella 2.6. Scala di equivalenza ISE

N. componenti	Parametro
1	1,00
2	1,57
3	2,04
4	2,46
5	2,85

Maggiorazioni:

- 0,35 per ogni ulteriore componente.
- 0,2 in caso di assenza del coniuge e presenza di figli minori.
- 0,5 per ogni componente con handicap permanente o con invalidità superiore a 66%.
- 0,2 per nuclei familiari con figli minori, in cui entrambi i genitori svolgono attività di lavoro e di impresa.

La situazione economica familiare si ottiene sommando il reddito complessivo IRPEF e il reddito prodotto dal patrimonio mobiliare e immobiliare. Qualora il nucleo familiare risieda in abitazione in locazione, dalla somma ottenuta viene detratto il valore del canone annuo, per un ammontare massimo di Lit 10.000.000.

L'assegno di maternità utilizza i criteri dell'ISE a partire da un reddito annuo di riferimento di Lit 50.000.000 per un nucleo familiare composto da tre persone, ottenendo i redditi equivalenti indicati nella Tabella 2.7.

Tabella 2.7. Soglie di reddito per ottenere l'assegno di maternità

N. componenti	Scala di equivalenza		Reddito equivalente
	Scala DL.vo 109/98 base: 1 comp.=1	Parametri art. 56 L 448/98 base: 3 comp.=1	
2	1,57	0,87*	43.500.000
3	2,04	1,00	50.000.000
4	2,46	1,21	60.500.000
5	2,85	1,40	70.000.000

* ottenuto calcolando: $(1,57+0,2 \text{ maggiorazione nucleo con un unico genitore}) : 2,04 = 0,87$

Uguualmente, nel caso dell'assegno per i nuclei familiari con almeno tre figli minori viene utilizzato l'ISE a partire da un reddito annuo di riferimento di Lit 36.000.000 per un nucleo familiare composto da cinque persone (Tabella 2.8.).

Tabella 2.8. Soglie di reddito per ottenere l'assegno ai nuclei numerosi

N. componenti	Scala di equivalenza		Reddito equivalente	Reddito di soglia
	Scala DL.vo 109/98 base: 1 comp.=1	Parametri art. 56 L 448/98 base: 5 comp.=1		
4	2,46	0,93*	33.480.000	28.680.000
5	2,85	1,00	36.000.000	31.200.000
6	3,20	1,12	40.320.000	35.520.000
7	3,55	1,25	45.000.000	40.200.000

*ottenuto calcolando: (2,46+0,2 maggiorazione nucleo con un unico genitore) : 2,85 = 0,93

Lo stesso principio di calcolo si applica a coloro che richiedono il reddito minimo di inserimento: l'ammontare del RMI è pari alla differenza tra la soglia di reddito prevista e il reddito mensile percepito, a partire da un reddito mensile di riferimento (1998) pari a Lit 500.000 per un persona sola (Tabella 2.9). I redditi da lavoro, al netto delle ritenute, sono considerati al 75%, ed è necessario essere privi di patrimonio sia mobiliare che immobiliare, fatta eccezione per la casa di abitazione.

Tabella 2.9. Soglie di reddito per ottenere il reddito minimo di inserimento (1998-2000)

N. membri	Parametro	Soglia		
		1998	1999	2000
1	1,00	500.000	510.000	520.000
2	1,57	785.000	800.700	816.400
3	2,04	1.020.000	1.040.400	1.060.800
4	2,46	1.230.000	1.254.600	1.279.200
5	2,85	1.425.000	1.453.500	1.482.000
6	3,20	1.600.000	1.632.000	1.664.000

Infine, i meccanismi di calcolo introdotti dall'ISE verranno utilizzati per la determinazione dei redditi equivalenti per l'esenzione totale o parziale dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie.

L'esenzione totale è riconosciuta per valori dell'ISE equivalenti inferiori a Lit 18.000.000; l'esenzione parziale per valori equivalenti inferiori a Lit 36.000.000.

Sono previste alcune maggiorazioni: Lit 5.000.000 per i nuclei composti da una persona e per ogni componente del nucleo di età inferiore a 6 anni o compresa tra 65 e 75 anni; Lit 7.000.000 per i componenti di età superiore a 75 anni.

Il reddito di soglia per famiglie di diversa numerosità (senza membri con diritto alle maggiorazioni) per l'esenzione parziale e totale è riportato nella tabella seguente (Tabella 2.10).

Tabella 2.10. Soglie di reddito per ottenere le esenzioni parziale e totale dal costo delle prestazioni sanitarie (1999)

N. comp.	Coefficiente	Esenzione	
		totale	parziale
1	1,00	23.000.000*	36.000.000
2	1,57	28.260.000	56.200.000
3	2,04	36.720.000	73.440.000
4	2,46	44.280.000	88.560.000
5	2,85	51.300.000	102.600.000

*Maggiorazione fissa di L 5.000.000

UNO STRUMENTO PER COMBATTERE LA POVERTÀ: CONDIVIDERE DATI ED ESPERIENZA

Oliviero Forti

Caritas Diocesana di Roma

Da più di 20 anni, la Caritas opera a favore degli esclusi e degli emarginati attraverso una fitta rete di servizi dislocati su tutto il territorio nazionale e non solo. Molti di voi, probabilmente, già conoscono l'attività che la Caritas Diocesana di Roma svolge a sostegno delle categorie più svantaggiate della nostra città, a partire dai senza fissa dimora, passando per gli immigrati, i malati di AIDS, i carcerati, i malati di mente, fino ai minori devianti. La nostra opera quotidiana è resa possibile grazie al coinvolgimento di più di cento operatori e da migliaia di volontari che, con il loro prezioso contributo, rendono la vita di molti poveri una vita meno dura, sicuramente più dignitosa.

Cosa significa, però, essere oggi poveri a Roma? È questa, probabilmente, la domanda che come centro studi ci siamo posti ormai quattro or sono, quando abbiamo deciso di estendere il contributo della Caritas nella lotta alla povertà da un piano prettamente operativo ad uno più teorico ma non sicuramente meno efficace. La mancanza, infatti, di un osservatorio permanente sulle povertà e quindi di uno strumento necessario per indirizzare nuove politiche sociali, ci ha spinto ad intervenire attraverso l'elaborazione di un documento che costituisse un ulteriore servizio alla città. D'altronde se ognuno di noi era conscio dei mali storici che affliggevano la capitale, non tutti ne conoscevano la portata e tanto meno riuscivano a percepirla in molteplici volti. Ed è proprio la capacità di mutare nel tempo che rende assai difficile l'analisi di questo fenomeno che, allo stato attuale, non è più possibile ricondurre semplicemente alle situazioni di povertà estrema quali il barbonismo, ma va riferita a forme più sottili, meno eclatanti e meno urlate. Se è vero, infatti, che durante le feste di Natale, in coincidenza con i mesi freddi dell'anno, l'attenzione dei media viene focalizzata, e a ragione, sui senza fissa dimora che sono sicuramente quelli che pagano il prezzo più alto dell'indifferenza, non altrettanta attenzione è garantita alle cosiddette nuove povertà. Pensiamo alle numerose famiglie che vivono il dramma dell'AIDS o dell'usura, ricordiamoci dei minori presenti nelle carceri e di tutti coloro che, sicuramente trascorreranno un Natale per così dire "diverso". E qui non si tratta di fare il solito discorso buonista della vigilia di Natale ma di denunciare, in maniera propositiva, il vasto fronte del disagio metropolitano che, purtroppo, avanza di anno in anno e questo sia perché la società crea continuamente nuove forme di povertà, sia perché la nostra sensibilità ci permette di guardare oltre il muro di una apparente normalità.

Per capirlo, è sufficiente sfogliare il "Rapporto Disagio e Povertà a Roma". È una rassegna ragionata di tutte le forme di esclusione presenti nella nostra metropoli e rispetto alle quali la Caritas ha tentato e tenta di attrezzarsi per dare una risposta. L'analisi statistica dei dati relativi al disagio, contenuta nel volume è un approccio apparentemente sterile ad un fenomeno che non può essere più trattato emotivamente, ma che necessita di un sostegno conoscitivo che solo l'analisi oggettiva dei dati disponibili può garantire.

A questo proposito sono opportune due brevi riflessioni, peraltro contenute in maniera più ampia nel nuovo rapporto che sarà pubblicato nel prossimo mese di febbraio.

Le prime due edizioni, quella del 1997 e del 1998, sono uscite con il titolo "Povertà a Roma". La scelta di cambiare, nell'edizione '99, il titolo in "Rapporto Disagio e Povertà a Roma", è nata da una considerazione apparentemente molto semplice: non tutte le forme di

esclusione sociale trattate sono riconducibili alla povertà in senso stretto, come ad esempio la dispersione scolastica, né è corretto parlare di semplice disagio quando si considerano soggetti quali i barboni. Come fare allora? Dopo un'attenta riflessione, che ha visto coinvolti i vari redattori del rapporto, siamo giunti ad una conclusione che, come sovente accade, non è stata altro che un compromesso: inserire nel titolo non solo la parola "povertà" ma anche la più generica parola "disagio" che, in qualche modo riesce a tradurre tutte quelle forme di esclusione che, in maniera trasversale, possono appartenere anche alla povertà. D'altronde se non si ha alcun problema a definire povero il senza fissa dimora o il nomade, maggiori dubbi si hanno relativamente al malato di AIDS o a colui che è caduto nelle maglie dell'usura.

A complicare ulteriormente la questione, poi, ci si mettono anche le scienze sociali ed economiche che, ancora oggi, mostrano di avere grandi difficoltà nell'elaborare una definizione di povertà che riesca a soddisfare univocamente gli addetti al settore. A questo proposito è bene richiamare alcune interessanti elaborazioni che, pur tra loro contrastanti, sono assai utili per comprendere meglio le vie che la ricerca sta percorrendo per giungere ad una efficace politica di contrasto della povertà.

In genere gli studiosi "classici" approcciano la questione partendo essenzialmente da una lettura economica del fenomeno, attraverso l'utilizzo di indicatori mutevoli nel tempo, primo fra tutti il PIL (Prodotto Interno Lordo) ovvero l'indicatore che esprime in termini monetari la quantità complessiva di ricchezza prodotta dalle attività creatrici di reddito (in moneta o in natura) in un determinato contesto politico nel corso di un significativo arco di tempo (generalmente in un anno). La sua efficacia nel descrivere l'effettiva qualità di vita di un Paese, però, sembra essere alquanto discutibile visto che, come ha avuto modo di sottolineare anche Robert M. Solow, premio Nobel per l'economia nel 1989, "i conti fatti con il reddito pro-capite, effettuati sulla base del PIL, non possono essere considerati una misura completa del benessere umano, poiché esso non contempla alcune transazioni economiche importanti". Non è preso in considerazione, ad esempio, "il grande ammontare del lavoro delle donne effettuato all'interno delle mura domestiche e un quarto di quello degli uomini non rientra nel conto". Altro importante fattore di distorsione del PIL dipende dal fatto che considera "le risorse naturali come gratuite, non prendendo in considerazione il degrado ambientale, l'inquinamento e l'esaurimento delle risorse". In tutto questo non bisogna dimenticare che "i diritti umani e la partecipazione non hanno alcun valore" per cui nulla esclude che si possa avere un PIL molto elevato all'interno di un Paese dove non sono rispettati i diritti fondamentali della persona. Come nota acutamente Solow, "potrebbe essere perfettamente possibile raggiungere alti redditi pro-capite e soddisfare tutti i bisogni materiali in una prigione di Stato ben gestita".

Non poche perplessità ha suscitato, in altri grandi economisti, il ricorso al PNL (Prodotto Nazionale Lordo) che si calcola sommando il valore di tutti i beni e servizi prodotti in un anno da un determinata nazione, tanto all'interno dei confini del proprio Stato (ad esclusione del reddito ivi prodotto dagli stranieri) quanto da imprese nazionali che operano in altri Paesi. Anche in questo caso si segnala, tra gli altri, il contributo di Amartya Sen, premio Nobel per l'economia nel 1998, che nel rapporto dell'United Nations Development Program (UNDP) relativo al 1999 sottolinea la necessità di andare oltre un simile indicatore per individuare "una misura [...] dello stesso livello di immediatezza del PNL – solo un numero – ma [...] che non sia cieca rispetto agli aspetti sociali delle vite umane come lo è il PIL".

L'obiettivo sembra oggi in parte raggiunto attraverso l'elaborazione dell'ISU (Indice di Sviluppo Umano) che, nel rapporto annuale dell'UNDP, riassume in un'unica grandezza una serie piuttosto diversificata di parametri di sviluppo relativi, oltre che alla ricchezza monetaria, anche alla sanità, all'istruzione, all'economia, alle spese militari, alla crescita demografica, all'ambiente, all'alimentazione, al lavoro, alla criminalità.

D'altronde anche le definizioni di povertà "relativa" e "assoluta", adottate a livello internazionale, incontrano le medesime difficoltà osservate a proposito del PIL, nella misura in cui anch'esse si basano esclusivamente sui livelli di consumo delle diverse famiglie in relazione a soglie minime convenzionalmente stabilite.

La seconda riflessione è in qualche modo legata alla precedente.

Da qualche anno nel nostro Paese si cerca di misurare la qualità della vita e, quindi, di stilare una classifica nazionale che evidenzia i successi e i ritardi delle 103 province italiane. La necessità di disporre di chiavi di lettura adeguate per la comprensione di una realtà così composita, infatti, non ha lasciato indifferenti molti studiosi che da anni si affannano alla ricerca di indicatori utili per interpretare le dinamiche di casa nostra. In questo senso vanno alcune ricerche come quella recentemente pubblicata dal quotidiano economico *Sole 24 Ore* nel dicembre 2000.

Entrambe le esperienze partono da una mappatura provinciale del territorio relativa ai molteplici indicatori sociali ed economici che, incrociati tra loro, permettono di stilare una classifica del benessere il cui valore non sta tanto nell'indicare la posizione delle singole province (risultata, peraltro, nel 1999 differente in diverse pubblicazioni), quanto nel mettere in evidenza vecchi mali, spesso rimasti irrisolti, e nuove emergenze.

L'appuntamento di fine anno è sempre l'occasione per riflettere su una realtà, quella italiana, che non sembra voler in alcun modo sganciarsi dallo stereotipo di Paese diviso a metà dove il Nord continua ad occupare le prime posizioni mentre il Sud è sempre il fanalino di coda. Ne è testimonianza il fatto che anche nel 1999 è risultata prima in classifica per il *Sole 24 Ore* la provincia di Parma e ultima la provincia di Reggio Calabria.

In sostanza, in dieci anni di rilevazioni, è emerso in maniera chiara che, ad eccezione degli indicatori demografici, il Sud Italia presenta dei forti ritardi non solo sotto l'aspetto economico ma, ancor più grave, dal punto di vista sociale e culturale.

Le roccaforti del benessere, in questi dieci anni di rilevazione del *Sole 24 Ore*, sono state sempre al Centro Nord.

Ma a questo punto è legittimo chiedersi se sia corretto cercare di imbrigliare un concetto, come quello di benessere, che sembra sempre meno omologabile. A questo proposito torna utile soffermarsi su alcune riflessioni che, il ministro degli Interni Enzo Bianco, ha fatto proprio in occasione della pubblicazione dei risultati relativi alla qualità della vita in Italia e pubblicate sul *Sole 24 Ore* di lunedì 27 dicembre 1999.

Per il ministro è importante tenere conto non solo dell'aspetto quantitativo dei fenomeni ma anche delle aspettative. D'altronde, come dice lo stesso Enzo Bianco, "Siamo proprio sicuri che il concetto di benessere sia uguale a Milano come a Enna? Chi dice che nel valutare la fruibilità di un'area non abbiano alcun peso, ad esempio, fattori come il numero di giorni di sole o la presenza del mare? E chi dice che per un cittadino di Catania sia più importante il fattore del traffico o quello delle opportunità di lavoro? Il risultato paradossale è che se domandassimo ai cittadini delle località in coda alla classifica di trasferirsi in quelle in cima con ogni probabilità direbbe di no".

E in effetti così è stato, almeno per quelle migliaia di persone che recentemente hanno rifiutato di trasferirsi al Nord per occupare come infermieri i numerosi posti di lavoro rimasti vacanti. Eppure i salari erano ben al di sopra di quelli percepiti attraverso lavori occasionali, spesso svolti in nero. Oltretutto si garantivano numerosi benefit. Qualcosa, quindi, non torna nel limpido ragionamento del quotidiano milanese. Forse, nonostante tutto, i problemi che affliggono il meridione non sono poi così gravi da giustificare un esodo verso le regioni più ricche. O più semplicemente nella vita di molti uomini sono più importanti altri valori che non i depositi bancari o le palestre dove fare "body building".

Probabilmente, quindi, prima di cercare il benessere sarebbe più opportuno capire cos'è il benessere per una persona. In questo modo, forse, scopriremmo che ognuno ha la propria sensibilità che viene inevitabilmente segnata dallo spazio e dal tempo. E proprio la dimensione temporale mostra in modo assai evidente come il benessere di anno in anno si arricchisca di nuove sfumature, perdendone altrettante ormai non più rispondenti alle "aspettative". Ne è testimonianza il fatto che molte indagini sulla qualità della vita pur mantenendo costanti la maggior parte dei valori, come il reddito, ogni anno riparametrano i punteggi su nuovi indicatori. In sostanza il benessere è un concetto mutevole che sembra ambizioso voler misurare di anno in anno. Chi avrebbe mai immaginato, 30 anni fa, che nel 2000 il benessere sarebbe stato valutato sulla base del numero di palestre o sull'ecosistema urbano? La nostra società, quindi, ha bisogno di misurare la proprie capacità non solo in termini economici, ma soprattutto sociali e culturali per rispondere sempre meglio alla richiesta di benessere che proviene dai cittadini.

È chiaro, dunque, il limite insito in ogni elaborazione che voglia essere uno studio completo sulla povertà, ma è anche vero che senza uno strumento siffatto non si disporrebbe nemmeno di un quadro di riferimento rispetto al quale calibrare il sistema delle risposte nella sua complessa articolazione.

Solo rilevando sistematicamente il numero e la tipologia dell'utenza dei servizi e quant'altro serve per conoscere i fenomeni di disagio sociale, si sarà in grado da un lato di definire meglio l'ambito di intervento e dall'altro di stimolare l'amministrazione a prendere provvedimenti mirati evitando una dispersione di risorse che non giova a nessuno.

Termino, quindi, con l'auspicio che anche questo convegno possa costituire un ulteriore passo verso la costruzione di una politica più attenta alle fasce deboli della popolazioni, ricordando, tra le altre cose, l'importante approvazione della recente Legge quadro sull'assistenza n. 328/2000.

BISOGNI DI SALUTE E POLITICHE LOCALI: L'ESPERIENZA DELL'EMILIA ROMAGNA

Angelo Stefanini

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università di Bologna

Assessorato alla Sanità, Regione Emilia Romagna

Introduzione

L'attività principale di un servizio sanitario universalistico come il nostro non è soltanto la gestione degli ospedali, ma soprattutto di assicurare servizi efficaci accessibili sulla base del bisogno clinico e non della capacità di pagare. In questa prospettiva, la separazione tra acquirenti e produttori di servizi, caratteristica delle varie versioni di riforme sanitarie che si sono susseguite a livello internazionale nella prima metà degli anni '90, era doppiamente motivata. Da una parte intendeva rendere i produttori di prestazioni sanitarie autonomi per potere competere tra loro in qualità e prezzo; dall'altra parte era anche vista come un meccanismo che permettesse alle autorità sanitarie, le Aziende USL, di concentrare le proprie forze nel rispondere ai bisogni della propria popolazione (funzione che ha assunto il termine di "committenza") senza essere influenzate dagli interessi di cui sono evidentemente portatori i produttori. Questi ultimi infatti sono per loro natura mossi non tanto al soddisfacimento dei bisogni della popolazione quanto più spesso verso obiettivi essenzialmente auto-referenziali (come il rafforzamento del prestigio e del potere dei propri professionisti e la "salute" della organizzazione stessa).

Committenza e Piani per la Salute

La Regione Emilia Romagna ha ritenuto che la collaborazione paghi di più della concorrenza e che il lavorare insieme sia più efficace dell'individualismo che produce e di cui si nutre il mercato. Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001, tuttavia, mantiene concettualmente separate, pur all'interno di una azienda sanitaria unita, le due funzioni di committenza e produzione. In questo ruolo ritagliato su misura, l'Azienda può quindi ugualmente fungere da agente e paladino della popolazione e dei suoi bisogni. Per raggiungere l'obiettivo di un guadagno in salute è necessario porre in atto una strategia di salute: è attraverso questa strategia che l'organo committente persegue il suo fine di migliorare la salute definendo il ruolo che i produttori devono svolgere per concorrere a tale scopo. È la chiarezza circa i risultati finali da raggiungere, e circa gli obiettivi da perseguire per ridurre e prevenire la malattia, che permette al committente di definire le caratteristiche e l'ammontare dei differenti servizi necessari per raggiungere questo fine.

Il concetto di committenza per un guadagno in salute comprende infatti tre aspetti:

- l'accertamento dello stato di salute della popolazione e dei suoi bisogni;
- la verifica della efficacia dei trattamenti e del rapporto costo-efficacia dei diversi servizi;
- la scelta delle priorità tra i vari servizi con una attenzione particolare all'importanza che il pubblico attribuisce loro e la percezione che esso ha dei vari problemi di salute.

Il fine della committenza insomma è quello di fare l'uso più efficiente delle risorse per migliorare la salute e prevenire la malattia identificando, in termini di servizi e interventi, le risposte più appropriate a questo fine. In Emilia Romagna la funzione di committenza trova il suo momento di attuazione nei Piani per la Salute¹ che affidano al Comune o, meglio, alla Conferenza Sanitaria Territoriale² compiti di programmazione, verifica e controllo nel campo della salute. Ai Comuni in pratica viene chiesto di assumere la salute al centro delle proprie politiche locali. Una tale impostazione, intesa ad assistere anche l'azienda sanitaria a ragionare in modo più strategico in termini di miglioramento di salute e non soltanto di erogazione di servizi, non può che potenziare la naturale dipendenza che essa azienda ha nei confronti dell'organo eletto di governo per una effettiva implementazione di politiche di salute. Anche la collaborazione con altri soggetti (associazioni, gruppi, istituzioni) che hanno un impatto sulla salute viene in questo modo ad essere incentivata.

Concetto di Committenza

Il Piano per la Salute (PPS) nella Regione Emilia Romagna viene definito come “un piano pluriennale di azione elaborato e realizzato da una pluralità di attori, coordinati dal governo locale, che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute della popolazione anche attraverso il miglioramento della assistenza sanitaria”. Esso richiede quindi il coinvolgimento più vasto possibile, il rafforzamento delle alleanze esistenti e la creazione di nuove. Il PPS costituisce insomma un vero patto locale di solidarietà per la salute.

Il PPS, di durata triennale, viene elaborato, coerentemente agli indirizzi e alle strategie definiti dalle politiche di salute, sulla base della situazione demografica, epidemiologica e socioeconomica locale e identifica obiettivi di salute da raggiungere in uno specifico ambito territoriale. Esso è visto come uno dei processi chiave di pianificazione multisettoriale e interdisciplinare a livello territoriale. È guidato dagli enti locali con il supporto tecnico delle competenze epidemiologiche della AUSL e coinvolge altre organizzazioni, gruppi di popolazione e singoli individui dentro e fuori dal Sistema Sanitario Nazionale.

Lettura dei bisogni e Piani per la Salute

Il compito del PPS è di formulare e perseguire una strategia per la salute che sia appropriata ai bisogni della popolazione locale e alle risorse disponibili. Il concetto di bisogno è centrale a tutto l'impianto della strategia in quanto è in base ad esso che verranno definiti gli obiettivi da raggiungere. Parlare di bisogno infatti implica riferirsi a una finalità, quindi a un divario misurabile rispetto a tale finalità e, infine, a un mezzo per raggiungerla. È importante inoltre tenere a mente che il bisogno può essere definito in modi differenti e da una varietà di prospettive. Le misure di bisogno non sono descrizioni neutrali e obiettive delle persone; esse invece incorporano in sé giudizi di valore rispetto a ciò che deve essere accettato come finalità appropriate e rispetto a che cosa debba costituire una deficienza o un divario da tali finalità. È quindi essenziale che chiunque si appresti a misurare il bisogno facendo uso dei vari strumenti disponibili abbia una comprensione di base dei diversi approcci.

¹ Regione Emilia Romagna. Deliberazione della Giunta Regionale 1 marzo 2000, n. 321. Piani per la salute. Piano Sanitario Regionale 1999-2001. Primi provvedimenti di attuazione. *Bollettino Ufficiale* 2 maggio 2000.

² La Conferenza sanitaria territoriale, definita nella Legge regionale dell'Emilia Romagna n. 3/1999 sulla riforma della autonomia degli enti locali, è formata dai sindaci dei Comuni compresi nel territorio di una azienda USL.

Una attenta lettura dei bisogni di salute deve ovviamente portare alla messa in atto degli interventi più idonei a soddisfare tali bisogni. A questo scopo è necessario delineare una cornice concettuale che ci permetta di identificare gli interventi più appropriati ed efficaci in particolare i meccanismi di allocazione delle risorse. Due approcci sono identificabili a questo scopo: uno consiste nel partire da una definizione medica di bisogno ad esempio in termini di prevalenza o incidenza di determinate malattie. Ma in questo modo è difficile riuscire a tradurre questi dati in indici di bisogno globale e oltre a ciò si perdono di vista i bisogni specifici di coloro che non fanno uso dei servizi sanitari e quindi non rientrano in queste statistiche. Non tutti i bisogni di servizi sanitari, per non parlare di quelli di salute, possono essere definiti in termini di malattie.

Qual è l'alternativa? Se accettiamo che la malattia è generalmente collegata ad uno stato di privazione (fisica, psichica o sociale) allora una soluzione può essere quella di stimare il bisogno di salute sulla base della condizione globale di svantaggio che un gruppo di popolazione vive. Utilizzare un approccio di questo genere può aiutarci a decidere chi ha più voce in capitolo per avere un trattamento preferenziale nella assegnazione di risorse sanitarie. Muoversi in questo modo vorrà però anche dire accettare il fatto che assegnare maggiori risorse da una parte significa toglierne dall'altra.

È quindi importante considerare se l'allocazione di queste risorse viene intesa in termini di spesa, in termini di *input* o in termini di accesso. I soldi possono comprare quantità diverse di cose in zone geografiche diverse. Ad esempio nei grossi centri alcuni costi possono essere differenti (più alti o più bassi) rispetto altrove. I costi unitari per portare un servizio in aree remote sono notoriamente più elevati che in aree densamente popolate. Le risorse allocate potrebbero essere allora considerate in termini di *input*, cercando ossia di fare in modo che la zona A e la zona B ricevano la stessa quantità di servizi anche se i costi per attrezzare le due si rivelassero molto diversi. Ma anche in questo caso non riusciremmo a risolvere il problema dei gruppi svantaggiati che potrebbero ugualmente non avere accesso a questi servizi a causa di ostacoli (sociali, culturali, economici) che la semplice disponibilità fisica non necessariamente riesce ad eliminare. In altre parole, l'obiettivo finale è quello di raggiungere una uguaglianza di accesso reale o meglio di utilizzazione, fruizione e godimento dei servizi e delle opportunità offerte.

Per risolvere il problema dell'accesso è necessario lavorare insieme alla popolazione in modo da poter superare insieme tutti gli ostacoli che impediscono il raggiungimento di questo obiettivo. Una delle più stimolanti opportunità dei PPS, vista la vasta rappresentanza in essi inclusa, è la loro capacità di guardare sistematicamente ai determinanti più profondi di salute e malattia. Le prove ormai non mancano della diretta associazione tra la salute dei singoli individui e fattori come le abitazioni, l'ambiente di lavoro, l'istruzione, il reddito familiare, la disoccupazione, la criminalità e l'esclusione sociale. I PPS rappresentano lo strumento per affrontare attivamente queste problematiche ed esercitare pressione per risolvere le disuguaglianze esistenti in termini di salute e di accesso ai servizi. Per fare un esempio, di che cosa ha bisogno veramente un genitore single affetto da depressione che vive in un grosso condominio periferico? Di un farmaco antidepressivo e di una visita psichiatrica al consultorio di salute mentale o di un'area da gioco sicura per i propri figli, un luogo dove poter lavare la biancheria o farsi una tazza di caffè con gli amici, opportunità di un lavoro a tempo parziale o mettersi in pari con gli arretrati nei lavori domestici?

Equità e Piani per la Salute

Una questione cruciale riguarda se i PPS debbano assumersi la responsabilità dei gruppi più emarginati come, per fare un esempio, gli immigrati senza permesso di soggiorno: è il tipico

caso che ci interroga sulla differenza esistente fra una impostazione di tipo reattivo semplicemente rivolta alla domanda di servizi (dove la responsabilità inizia soltanto nel momento in cui un individuo cerca aiuto e assistenza), e quella pro-attiva rivolta ai bisogni (dove la responsabilità è sentita come estesa verso coloro che non hanno ancora cercato aiuto in termini di domanda espressa o non sono informati riguardo ai propri diritti e alla possibilità loro offerta di poter trarre beneficio da certi servizi). Altri esempi di questo tipo riguardano lo screening dei tumori femminili e la gestione delle malattie croniche in cui i pazienti sono invitati a partecipare. Equità di accesso non significa una distribuzione dei servizi uguale su tutto il territorio bensì equa in quanto rispondente all'effettivo bisogno. La semplice equità di accesso infatti non è ancora sufficiente se in ultima analisi non è equo l'utilizzo efficace dei servizi, se cioè il servizio a cui è possibile accedere non è effettivamente utilizzato e non è concretamente efficace. La risposta allo screening del cancro della cervice uterina può essere diversa a seconda del territorio e dei diversi gruppi di popolazione, ma anche la sua efficacia ultima in termini di morte e sofferenza prevenuta può non realizzarsi se tutto un insieme di meccanismi che portano a godere delle cure più appropriate non è reso possibile.

I PPS costituiscono lo strumento sia concettuale che operativo per lavorare in questo modo, sia nel loro momento di analisi partecipata dei bisogni sia nei momenti decisionali successivi, in particolare quando si dovrà scegliere le diverse priorità. I PPS rappresentano anche un mezzo per evitare la frammentazione di un sistema sanitario a tendenze concorrenziali quale stava delineandosi negli ultimi anni e introdurre un coerente processo di pianificazione all'interno del sistema sanitario locale assieme agli enti locali e altre organizzazioni del settore. La loro elaborazione necessita inoltre di informazioni riguardo all'impatto sulla salute di iniziative locali come, ad esempio, la creazione di grossi centri commerciali, politiche di urbanizzazione e mobilità, nuove strade, centri residenziali o aree industriali. Ciò dovrebbe assicurare che la programmazione strategica venga guidata da una prospettiva locale e dalle conoscenze apportate da enti e comunità locali.

Il processo che conduce ai PPS è incentrato sull'azione e non su di una produzione di documentazione fine a se stessa. Unisce obiettivi chiari e lungimiranti a seri impegni di lavoro, target di miglioramento misurabili, e un chiaro monitoraggio del progresso compiuto, in modo da compiere un effettivo avanzamento nel miglioramento della salute, nella riduzione del divario di salute esistente tra gruppi di popolazione e nello sviluppo di servizi moderni e affidabili. Esso fornisce una opportunità di plasmare i servizi nell'intero arco del sistema sanitario in modo da meglio rispondere ai bisogni locali. Questo non è un programma che l'Azienda USL, l'ente locale o qualsiasi parte di essi possano portare avanti da soli singolarmente.

Conclusione

Se guardiamo a cosa sia successo alla nostra salute nel '900 e all'inizio del 2000 c'è motivo sia di rallegrarsi che di rammaricarsi. Esaminando i successi e le sconfitte si ha l'impressione che i primi siano stati ottenuti in problemi limitati e altamente specifici suscettibili di soluzioni a livello molecolare e tecnico (es. la eradicazione del vaiolo, la mappatura del genoma). Al contrario, a livello dei sistemi globali ci si scontra con dolorosi fallimenti dove fattori precedentemente trascurati arrivano a vanificare i risultati che un ragionamento forse troppo lineare e semplicistico ci aveva fatto attendere. È questo il caso delle crescenti diseguaglianze nel livello di salute e nell'accesso ai servizi sanitari che rappresentano la vergogna delle ricche società moderne.

È al livello dei sistemi complessi che abbiamo fallito. Il nostro frammentare le conoscenze ci impedisce di vedere l'insieme e le nostre metodologie incoraggiano spiegazioni che rimangano entro i confini di una singola disciplina, assegnando pesi relativi a determinati 'fattori' anziché sviscerarne le loro reciproca determinazione. Buona parte della nostra incapacità a far fronte ai problemi e ai fallimenti dei sistemi istituzionali deriva dal fatto che i mass media in genere riducono il discorso politico in frammenti separati; l'accademia, dal canto suo, organizza la ricerca intellettuale in discipline sempre più strettamente specializzate. Di conseguenza ci abituiamo a trattare i problemi complessi in ritagli frammentari. Eppure viviamo in un mondo complicato in cui quasi ogni aspetto della nostra vita è in qualche modo collegato a tutti gli altri. Quando ci limitiamo ad approcci frammentari per far fronte a problemi sistemici non meraviglia poi che le nostre soluzioni si rivelino inadeguate. Se vogliamo sopravvivere alla situazione che abbiamo noi stessi creato dobbiamo sviluppare la capacità di un pensiero e di una azione che inglobi l'intero sistema. Un pensiero "a tutto sistema" richiede un sano scetticismo per le soluzioni semplicistiche esclusivamente tecniche, la volontà di trovare le connessioni esistenti tra i vari problemi ed eventi che l'approccio convenzionale tende ad ignorare, e il coraggio di approfondire anche le problematiche che possono sembrare lontane dalla nostra diretta esperienza e competenze professionali.

Nonostante ogni retorica e tutte le buone intenzioni, il Servizio Sanitario Nazionale non si rivolge direttamente alla salute: la sua etica e il suo impegno principale risiedono nel prendersi cura o spesso purtroppo semplicemente nel curare il malato. È a livello del governo locale, con il suo ventaglio di attività e di politiche con evidente impatto sulla salute dei cittadini, che si trovano le opportunità più concrete per tutti i settori della società di partecipare con piena responsabilità al perseguimento delle forme più idonee per soddisfare i bisogni di salute di tutta la popolazione.

L'IMPEGNO DI UNA ASL CONTRO L'ESCLUSIONE

Francesco Ripa Di Meana
ASL, Viterbo

In qualità di direttore generale dell'Azienda sanitaria locale di Viterbo, partendo da un approccio di utente debole inteso come cittadino con un bisogno complesso che è incapace di essere trasformato in richiesta corretta e puntuale di servizi o prestazioni, ho inteso affrontare il mio compito precipuo di programmazione strategica attraverso un percorso di gran lunga non convenzionale rispetto al panorama delle esperienze nazionali.

Ciò è consistito essenzialmente nel partire dall'analisi della domanda (e non esclusivamente dalla diffusa modalità di analisi dei servizi offerti, né – ancora meno – dal solo stato economico dell'Azienda rispetto ai servizi prestati) fino a giungere ad una ipotesi di presa in carico (nei modi in cui è stata avviata e di cui dirò) attraverso decisioni strategiche e scelte operative di riorientamento dell'offerta aziendale.

Il metodo utilizzato ha fatto convergere diversi sistemi, che leggessero le differenze di bisogno secondo ambiti territoriali, fasce di popolazione, e altri parametri, per far emergere incongruenze tra bisogno e/o domanda. Notevole è stato lo sforzo per coinvolgere altre istituzioni, locali e non (Prefettura, scuole, INPS, ecc.). Così pure all'interno dell'Azienda, per integrare dati raccolti da servizi socio-sanitari con quelli provenienti da servizi amministrativi.

Oltre a disporre così di dati sulla popolazione residente nella provincia, sono stati inseriti in un unico sistema informativo geografico anche i dati relativi agli abbandoni e ritiri scolastici, ai finanziamenti sociali per comune, ai servizi sociali presenti, ecc. Questi dati, incrociati con i dati di domanda sanitaria relativamente alla popolazione presa in carico dai vari servizi, ai tassi di ospedalizzazione, alla mobilità, hanno offerto interessanti spunti di riflessione per comprendere la popolazione viterbese.

Sono stati così rilevati i principali problemi dell' "escluso", tra cui:

- quelli relativi al momento dell'incontro tra domanda e offerta di servizi (offerta incoerente con la domanda, accesso difficile, selezione all'accesso senza supporto di criteri);
- quelli nella situazione di "distanza dalla normalità" (malattie croniche invalidanti o handicap, stati di emarginazione, solitudine);
- quelli derivanti da una domanda inespressa o incoerente coi bisogno e quelli derivanti dall'eccessiva complessità della domanda o dall'eccessiva banalizzazione della risposta.

Essendo, perciò, l'esclusione conseguenza o causa della debolezza della domanda, i problemi che una Azienda sanitaria locale può affrontare sono fondamentalmente nella compliance della domanda di salute con l'offerta di servizi.

L'analisi sull'ambiente esterno all'Azienda (bisogni di salute/domanda di servizi) ha prodotto, così, all'interno di una logica di programmazione triennale (1998-2000), circa 280 programmi operativi (tutti inseriti in 19 obiettivi strategici) di cui almeno 40 sono stati destinati alla lotta all'esclusione. (Figura 1).

Si è trattato di puntare su azioni altamente fattibili integrandole tra loro e secondo un indirizzo aziendale unitario.

Oltre a programmi tesi ad affrontare il miglioramento dei rapporti tra Azienda e cittadini e dell'accesso in senso più generale (URP e Punti Informativi in rete; CUP in rete; accesso diretto ai laboratori; ecc.) diversi programmi sono stati rivolti più specificamente alla qualificazione

dell'offerta, a seguito dell'analisi svolta, in aree strategiche (adolescenza; area della disabilità; ecc.).



Figura 1. Schema riassuntivo del Piano Strategico triennale dell'ASL di Viterbo

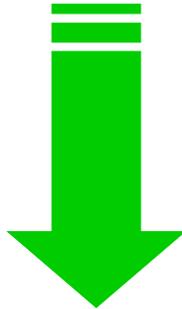
La programmazione fatta ad inizio del mio mandato, come già accennato, intende completarsi con il passaggio dalla prestazione al concetto da attuare nei fatti di presa in carico (Figura 2). Il modello organizzativo individuato è il Centro di salute, punto di primo contatto con la ASL da parte del cittadino e in cui avviene il primo “trage” della domanda. (Figura 3).

Il processo è stato avviato attraverso lo Sportello Sociale del Centro di Salute con sperimentazione di alcuni percorsi integrati tra i quali quello del supporto alla genitorialità (paziente psichiatrico con figli minori, tossicodipendente con figli minori), quello dell'assistenza domiciliare al disabile, ecc.

Lo Sportello Sociale è stato inteso come un punto di presa in carico dell'utente e il garante del percorso integrato socio-sanitario. Lo Sportello Sociale, in cui si alterneranno gli assistenti sociali, avrà la funzione di guidare l'utente nel percorso all'interno dell'ASL rispetto a tutte le possibili risposte e nei confronti di soggetti esterni.

A conclusione, ritengo che azioni importanti siano state programmate e attuate, anche se molte certamente sono quelle da portare ancora avanti con una supervisione attenta e costante da parte dell'Azienda. E tutto questo ha maggior valore perché fatto attraverso tante singole iniziative degli operatori e di persone che hanno collaborato, dall'esterno, a titolo di volontariato o con ruoli istituzionali.

Dall'analisi della domanda



Verso la presa in carico

Attraverso le decisioni strategiche e le scelte operative di riorientamento dell'offerta

Figura 2. Il percorso logico della programmazione

Il modello organizzativo: il Centro di salute



Figura 3: Il modello organizzativo: il centro di salute

Tra le azioni programmate e realizzate, la qualificazione dell'offerta in aree strategiche:

- *Materno Infantile*
assistenza domiciliare alla puerpera;
percorsi personalizzati maternità, IVG, menopausa;
offerta di modalità di parto adattata alle diverse culture.
- *Adolescenza*
applicazione protocolli ASL Provveditorato per disagio adolescenziale nelle scuole;
approccio integrato ai disturbi dell'alimentazione nell'adolescenza;
sviluppo dell'auto aiuto come metodologia di rinforzo terapeutico alla tossicodipendenza.
- *Anziani*
valutazione del rischio socio-sanitario per priorità accesso RSA e Lungodegenza;
valutazione multidimensionale e piani di trattamento individuali.
- *Pazienti oncologici*
Riduzione tempi d'attesa radioterapia;
assistenza domiciliare con terapia del dolore;
apertura letti hospice.
- *Persone disabili*
personalizzazione dell'intervento con diversificazione dell'offerta: ausilioteca;
telefono amico week-end; attività equestre;
laboratorio teatrale;
contatto con gli animali; attività sportive.
- *Persone disagiate psichicamente*
riorientamento dell'offerta verso i problemi dei pazienti gravi e delle loro famiglie;
adozione di un modello organizzativo che divide la presa in carico territoriale dalle prestazioni specialistiche;
diversificazione dell'offerta: comunità terapeutiche, semiresidenziali.

Altre azioni programmate e realizzate riguardano:

- miglioramento del rapporto fra ASL, cittadini operatori URP e Punti informativi in rete attraverso conferenze dei servizi e sito Internet;
- agevolazione dell'accesso ai servizi CUP in rete, accesso diretto laboratori, riduzione delle file e "triade" nei Pronto Soccorso;
- miglioramento del comfort alberghiero: colazione agli utenti in dialisi; pranzo ai genitori;
- appropriatezza e qualità nell'assistenza ospedaliera: protocolli integrati ospedale e territorio;
- accordi interistituzionali e integrazione con altre aziende sanitarie, altri enti pubblici ed erogatori privati;
- sviluppo di progetti con terzo settore ed enti locali, mirati ad alcune fasce di rischio: area psichiatrica; area riabilitativa, ecc.
- Premio Speciale "Fasce deboli" nell'ambito del Premio Qualità aziendale.

È vero, infatti, che l'Azienda sanitaria è inserita in un contesto che deve essere teso nel suo complesso a raggiungere obiettivi concordati o le iniziative dei singoli, sia pure in una grossa organizzazione come un'Azienda sanitaria, saranno destinate ad avere risultati limitati.

COMUNICAZIONI

L'ESPERIENZA DELL'AREA SANITARIA DELLA CARITAS DI ROMA NELL'ASSISTENZA AGLI IMMIGRATI

Salvatore Geraci, Daniela Stirpe
Area sanitaria Caritas di Roma

Introduzione

L'attività della Caritas di Roma nel campo dell'assistenza e della promozione della salute dei cittadini immigrati nasce da un guizzo di mons. Luigi Di Liegro che il giorno dell'Epifania del 1983 permise la realizzazione di quella esperienza", come ricorda il dr. Riccardo Colasanti il medico che per primo avviò l'ambulatorio per immigrati. E quella di Roma è una delle tante esperienze di ambulatori gestiti da volontari che prima, alla fine degli anni settanta a Genova e Bologna, e subito dopo, nel 1987, a Milano, Palermo, Firenze, Verona e ancora a Messina, Brescia, Torino, Catania, Padova e via via sia in grandi città, sia in piccoli centri, dovuti a "guizzi" spontanei di chi riusciva a coniugare impegno e gratuità, attenzione umana e professionalità. Sono centri di medicina di primo livello, la medicina di base, per gli stranieri, gli immigrati extracomunitari come si chiamavano allora, i nuovi cittadini di oggi, che privi di diritti erano e sono presenti nelle nostre città.

La storia dell'area sanitaria della Caritas romana è immersa nella storia della medicina delle migrazioni in Italia: è la cronaca di un incontro, avvenuto sul piano del bisogno, ma che progressivamente ha fatto intravedere e scoprire la necessità di incontrarsi sul piano anche della cultura, del sapere, della condivisione di esperienze, stimoli, sensazioni. L'incontro con lo straniero, l'immigrato, l'extracomunitario è uno dei momenti nuovi dell'essere impegnati nel campo sanitario in Italia e questo non perché da ciò nascono nuove problematiche o nuove esigenze ma perché è nuovo il modo in cui queste problematiche e queste esigenze si pongono: la riscoperta dell'importanza della cultura, dell'imprinting della propria società d'origine, di come le condizioni sociali possano pesantemente influenzare lo stato di salute fisica e mentale degli individui. E ancora è l'occasione per riscoprire come il nostro 'ovvio' non sia assoluto, come le nostre strutture sanitarie si siano progressivamente allontanate dai bisogni reali delle persone, sommerse da burocrazia, affollate da false esigenze, ecc.

La malattia è per ogni persona, a qualsiasi cultura appartenga, un momento di confronto con se stessa e con l'ambiente che la circonda, in una situazione di debolezza. Per chi emigra o non possiede nulla, per chi si muove in altre coordinate culturali, un corpo sano è il capitale sul quale puntare tutto per realizzare un progetto di vita per sé, la propria famiglia, la comunità di appartenenza. Di fatto, paradossalmente, sono proprio queste le persone che molto spesso, ammalandosi, si trovano ad essere escluse dal diritto alla tutela della salute e dalla possibilità di accedere a servizi sanitari attenti alla loro diversità.

Partendo da queste considerazioni la Caritas di Roma dal 1983 ha organizzato un servizio di medicina di base i cui obiettivi sono:

- rispondere al bisogno di salute di una popolazione culturalmente e socialmente disomogenea;
- stimolare le autorità sanitarie a prendersi carico di tali gruppi umani;
- sensibilizzare la comunità ad una maggiore solidarietà e apertura.

Agli immigrati si sono aggiunti negli anni, persone che sono state progressivamente escluse da un ordinario accesso e da una reale fruibilità delle prestazioni del servizio sanitario pubblico: zingari, senza dimora, anziani e in genere indigenti nei quali la malattia acuisce uno stato di emarginazione.

La funzione del Poliambulatorio e in seguito degli altri centri sanitari sorti a completamento e integrazione si riassume nel servizio ad una popolazione connotata da due caratteristiche salienti:

- a) utenza priva di diritti sanitari per accedere ordinariamente ai servizi sanitari pubblici; attualmente il diritto è emerso ma non diffusamente garantito;
- b) utenza multi-etnica e multiculturale.

Queste specificità hanno generato due portanti della risposta:

- *assistenziale*, fornire cioè servizi medici ai privi di diritto.
- *transculturale*, modulare cioè, una sanità specifica per popolazioni provenienti da altri ambiti culturali, sociali, di fedi e tradizioni diverse. In tal senso all'emarginazione dell'istituzione sanitaria pubblica più o meno negata, si può aggiungere quella di una sanità concessa ma non leggibile per un ammalato proveniente da altri orizzonti socio-culturali.

L'area sanitaria è praticamente tutta gestita da volontari italiani e stranieri (medici, specialisti, farmacisti, infermieri, altri operatori), con il contributo prezioso di alcuni obiettori di coscienza in servizio civile. Ogni persona ha la piena responsabilizzazione su ciò che fa (prestazioni professionali mediche e infermieristiche, prima accoglienza, registrazione dei pazienti, organizzazione logistica dei centri, banca dati) in uno spirito di servizio e condivisione delle esperienze. Periodicamente sono organizzati incontri formativi e di verifica del lavoro, in un cammino di crescita comune professionale e umana.

Il lavoro gestito comunitariamente pur con competenze e responsabilità diverse, mira ad rispondere primariamente alla domanda di salute posta dall'utente e contemporaneamente ad instaurare un rapporto paritario di integrazione e accoglienza; attenzione viene posta al modo di porre la domanda di salute da parte di persone appartenenti a culture diverse in modo da modulare delle risposte specifiche, efficaci e significative.

I dati

L'esperienza della Caritas capitolina si caratterizza per essere immersa in una rete naturale gestita dalla stessa Caritas che vede una prima tappa in un significativo Centro d'ascolto e orientamento degli stranieri (con circa 10.000 nuovi utenti l'anno) e una serie di servizi di sostegno (mense, dormitori ma anche corsi di lingua, avviamenti al lavoro, case famiglie, consulenza legale, ecc.); attorno a questo nucleo, in ambito sanitario si è articolata una capillare organizzazione di contatti, riferimenti, canali assistenziali e non solo. Sostenuta da centinaia di volontari questo sistema permette non solo di rispondere efficacemente al bisogno, ma anche di riflettere e analizzare il bisogno stesso.

La rete degli ambulatori che costituiscono l'area sanitaria della Caritas romana in questi anni ha complessivamente visitato poco più di 60.000 pazienti, provenienti da quasi 180 nazioni, erogando annualmente circa 20.000 visite di base e specialistiche.

Sono tanti i dati che emergono da questa esperienza, un vero e proprio "osservatorio di campo", il cui monitoraggio permette di intuire cambiamenti o novità nel mondo più o meno sommerso dell'immigrazione regolare e irregolare: cambiamenti dei flussi per nazionalità, per stratificazione sociale, per età, per sesso a volte per bisogni anche in rapporto alle risposte istituzionali attivate da una politica più o meno attenta.

Soffermandoci sull'aspetto sanitario e pur evidenziando che generalizzazioni sono certamente rischiose e difficilmente estensibili ad un panorama nazionale e anche locale fortemente diversificato, è interessante sottolineare come nel tempo anche la componente irregolare dell'immigrazione indichi una progressiva stabilizzazione: tra coloro che hanno chiesto di utilizzare il servizio sanitario della Caritas nel 1999 solo il 2,2% era senza fissa dimora (era il 3,3% nel 1998), il 21% era ospite da parenti o amici e il 68% viveva in un locale preso in affitto spesso con altri connazionali; se il 36% era in cerca di occupazione e il 39% lavorava precariamente, il 25% aveva un lavoro stabile seppure in nero e quindi a rischio di soprusi e sfruttamento (era il 12% un anno prima). Durante il 2000 si sono rivolti per la prima volta presso il Centro d'ascolto Caritas 12.479 immigrati (Romania 3.921, Ucraina 2.736, Ecuador 1.743, Bangladesh 694, Moldavia 677, Perù 409, India 242, Etiopia 190, Polonia 172, Colombia 163; altre nazionalità 1.532) e sono stati effettuati 25.214 interventi di orientamento a servizi: il 34,6% sono stati relativi all'assistenza sanitaria. Nello stesso periodo sono stati 2.735 i nuovi pazienti seguita dall'area sanitaria e quasi 15.000 le prestazioni effettuate (leggermente ridotte rispetto agli anni precedenti a causa di una chiusura di quasi tre mesi dell'ambulatorio per radicali lavori di ristrutturazione).

La Tabella 1 riporta la provenienza per area geografica dei pazienti afferiti per la prima volta al Poliambulatorio negli anni 1992, 1996 e 2000.¹

Tabella 1. Nuovi pazienti per nazione di provenienza visitati presso il Poliambulatorio Caritas

Provenienza	1992		1996		2000	
	n.	%	n.	%	n.	%
Albania	91	2,4	88	3,3	61	2,8
Iugoslavia ed ex-Iugoslavia	82	2,2	81	3,1	24	1,1
Polonia	197	5,3	127	4,8	37	1,7
Romania	146	3,9	402	15,2	472	22,1
Altri Paesi europei orientali	67	1,8	56	2,1	600	28,1
s.f.d. Italia	45	1,2	120	4,5	36	1,7
Europa (totale)	653	17,5	881	33,5	1232	57,6
Marocco	151	4,0	72	2,7	23	1,1
Algeria	57	1,5	28	1,1	7	0,3
Tunisia	34	0,9	19	0,7	15	0,7
Senegal	52	1,4	27	1,0	16	0,7
Nigeria	61	1,6	48	1,8	24	1,1
Etiopia	400	10,7	116	4,4	42	1,9
Africa (totale)	1528	41,0	502	19,0	238	11,1
Filippine	119	3,1	23	0,9	7	0,3
Bangladesh	466	12,1	375	14,2	153	7,15
India	52	1,4	181	6,8	27	1,3
Cina	4	0,1	12	0,4	4	0,2
Asia (totale)	839	22,5	897	34,0	273	12,7
Perù	525	14,0	230	8,7	79	3,7
Brasile	21	0,56	11	0,4	9	0,4
Ecuador	42	1,13	58	2,2	250	11,7
America (totale)	684	18,4	347	13,1	383	17,9
Non noto	22	0,6	14	0,5	13	0,6
TOTALE	3726	100	2641	100	2139	100
n.Paesi		95		84		72
%m/tot		57		70		49

¹ I dati riportati sono quelli inseriti nella banca dati computerizzata dell'area sanitaria della Caritas di Roma e sono leggermente sottostimati rispetto all'utenza reale che è stata: 1992: 4.620; 1993: 4.367; 1994: 3.610; 1995: 3.059; 1996: 2.858; 1997: 2.909; 1998: 3.047; 1999: 3.668; 2000: 2.735 (ricordiamo che durante il 2000 il Poliambulatorio è rimasto chiuso per lavori per oltre 3 mesi).

Se esaminiamo dettagliatamente gli utenti degli ambulatori Caritas in questi anni di attività notiamo come complessivamente siano prevalentemente africani (moltissimi sono provenienti dal Corno d’Africa, comunque quasi tutti i paesi di questo continente sono presenti), seguono europei (dai Paesi dell’est, in particolare dalla Romania e dalla Polonia, ultimamente dalla Albania, Ucraina e Moldavia) e una parte (attualmente in aumento) sono asiatici (Bangladesh, Pakistan, Filippine ecc) e soprattutto del Sud America. È da considerare, comunque, che una caratteristica della popolazione straniera più o meno regolare, accanto ad una forte diversificazione etnica, è l’estrema dinamicità dei flussi per paese di provenienza, legata a situazioni politiche, sociali ed economiche che i singoli paesi attraversano o a catene migratorie più o meno legali che possono attivarsi.

Così nel 1983 le prime rilevazioni hanno mostrato una popolazione quasi esclusivamente africana, negli anni successivi è arrivata a Roma una popolazione proveniente, in misura più o meno elevata, dai Paesi dell’Est Europa (47% sul totale 1986, 23% nel 1987); il 1989 ha visto nuovamente prevalere gli africani e in particolare etiopi e somali; il 1990 ha fatto notare un costante aumento degli immigrati dall’estremo Oriente, in particolare dal Bangladesh e dal Pakistan; il 1991 ha presentato l’incremento di europei (albanesi e rumeni), ancora somali, asiatici e peruviani; quindi persone provenienti dall’America latina, soprattutto donne, e dalla Romania e Bangladesh, uomini (dati 1993-1995), mentre la presenza degli africani ha subito un forte ridimensionamento. Dal 1994 si è registrato un preoccupante aumento degli italiani, soprattutto tra i 45 e i 55 anni e in alcuni casi senza fissa dimora, che hanno usufruito dei servizi della Caritas poiché non riuscivano ad accedere per problemi economici alle strutture pubbliche.

Durante il 2000 per la prima volta nella storia dell’ambulatorio, la componente femminile ha superato quella maschile, 51 vs 49%, ciò grazie al contributo significativo di donne provenienti dall’Est Europa (Ucraina e Moldavia) mentre gli uomini provengono soprattutto dal Bangladesh e dalla Romania.

In Tabella 2 sono riportati i dati relativi all’affluenza al Poliambulatorio.

Tabella 2. Distribuzione della popolazione afferita al Poliambulatorio per la prima volta. Confronto anni 1998-1999-2000

	Tutti			Maschi			Femmine			% m/tot
	n.	%	rango	n.	%	rango	n.	%	rango	
1998										
Romania	522	19,25	1	355	20,63	2	167	17,18	1	68
Bangladesh	479	17,67	2	473	27,48	1	4	0,41	27	99
Moldavia	171	6,31	3	89	5,17	3	81	8,33	5	52
Ecuador	167	6,16	4	57	3,31	6	110	11,32	2	34
Perù	145	5,35	5	46	2,67	8	99	10,19	4	32
Ucraina	128	4,72	6	16	0,93	18	110	11,32	2	13
Etiopia	115	4,24	7	41	2,38	9	73	7,51	6	36
Albania	112	4,13	8	80	4,65	4	29	2,98	9	73
Italia	108	3,98	9	70	4,07	5	38	3,91	8	65
Polonia	75	2,77	10	29	1,69	14	44	4,53	7	40
Nigeria	67	2,47	11	38	2,21	10	29	2,98	9	57
Marocco	61	2,25	12	51	2,96	7	10	1,03	14	84
Senegal	39	1,44	13	38	2,21	10	1	0,10	42	97
Colombia	39	1,44	13	13	0,76	20	26	2,67	11	33
Totale	2.711	100,00	80	1.721	100,00	74	972	100,00	56	64

segue

continua

	Tutti			Maschi			Femmine			% m/tot
	n.	%	rango	n.	%	rango	n.	%	rango	
1999										
Bangladesh	605	17,61	1	600	29,37	1	5	0,36	18	99
Romania	522	15,20	2	320	15,66	2	202	14,51	3	61
Moldavia	436	12,69	3	165	8,08	3	271	19,47	2	38
Ucraina	322	9,37	4	46	2,25	8	276	19,83	1	14
Ecuador	301	8,76	5	102	4,99	4	199	14,30	4	34
Perù	138	4,02	6	45	2,20	9	93	6,68	5	33
Albania	107	3,11	7	84	4,11	6	23	1,65	8	79
Etiopia	94	2,74	8	25	1,22	15	69	4,96	6	27
India	93	2,71	9	92	4,50	5	1	0,07	43	99
Pakistan	79	2,30	10	79	3,87	7	0	0,00	69	100
Italia	62	1,80	11	43	2,10	10	19	1,36	9	69
Polonia	57	1,66	12	16	0,78	19	41	2,95	7	28
Iran	46	1,34	13	43	2,10	10	3	0,22	25	93
Senegal	45	1,31	14	43	2,10	10	2	0,14	35	96
Totale	3.435	100,00	91	2.043	100,00	77	1.392	100,00	69	59
2000										
Romania	472	22,06	1	253	24,50	1	217	19,85	2	54
Ucraina	353	16,50	2	54	5,23	4	296	27,08	1	15
Ecuador	250	11,68	3	96	9,31	3	155	14,18	3	38
Moldavia	187	8,74	4	52	5,04	5	135	12,35	4	28
Bangladesh	153	7,15	5	150	14,54	2	2	0,18	26	98
Perù	79	3,70	6	23	2,23	8	55	5,03	5	29
Albania	61	2,85	7	48	4,65	6	11	1,00	11	79
Etiopia	42	1,96	8	12	1,16	22	30	2,74	6	29
Polonia	37	1,73	9	13	1,26	18	24	2,19	7	35
Italia	36	1,68	10	21	2,04	10	14	1,28	10	58
Totale	2.139	100,00	72	1.031	100,00		1.093	100,00		49

Gli utenti sono persone giovani: tra i 16 e 45 anni sono stati l'87,5% nel 1993, l'80,5% nel 1995 e l'81,3% nel 1999; attualmente tra le donne, soprattutto tra quelle provenienti dai paesi dell'est, l'età media si è alzata con presenze significative di signore intorno ai 40 anni (il 75,7% delle ucraine, il 61,6% delle moldave ma anche il 54,8% delle peruviane). I più giovani provengono dal Corno d'Africa e dall'America latina, i più 'vecchi' sono nord africani, medio-orientali e recentemente coloro che provengono dall'Albania e dai Paesi dell'Est. È da notare che, lentamente ma progressivamente, aumentano i pazienti di età 'estremE': i più piccoli, spesso nati in Italia, e gli anziani.

Oltre il 60% delle persone complessivamente assistite ha riferito di avere un diploma di scuola media superiore e circa il 10% ha seguito corsi universitari; solo tra il 4 e il 9% non ha titolo di studio. I dati complessivi maschili e femminili si sovrappongono: gli immigrati con i livelli di scolarità più alta tra gli uomini provengono dal Medio oriente, dall'America latina e dal Corno d'Africa, tra le donne dall'Europa dell'Est e dall'America latina; i livelli più bassi si trovano tra coloro che provengono dal nord Africa e da alcuni paesi dell'est (Albania, Romania). Tra i pazienti del 1999 il 41,6% aveva un diploma di scuola media superiore (il 49,9% tra le donne) e il 10% universitario (il 13% tra le donne). Nel 2000 il 69,2% delle donne ha un titolo di studio superiore o universitario (tra gli uomini il 53,9%).

Un dato interessante, e attualmente molto discusso, è il così detto intervallo di benessere che proprio dall'esperienza romana era stato definito agli inizi degli anni '90 e che rappresenta il tempo intercorso dall'arrivo in Italia, a Roma in particolare, al primo utilizzo di una struttura sanitaria e in qualche modo è misura di un patrimonio di salute che si perde. Allora si individuò in circa 1 anno tale periodo a supporto di una migrazione sostanzialmente sana sul piano fisico e psichico. Alcune osservazioni tendono oggi ad affermare che questo intervallo si sia bruscamente accorciato negli ultimi anni; l'esperienza della Caritas solo in parte conferma tale ipotesi in quanto quasi il 45% dei nuovi pazienti ha utilizzato per la prima volta un ambulatorio medico dopo un anno dall'arrivo in Italia e il 10,5% dei pazienti (8% tra le donne) è in Italia da almeno tre anni al momento dell'utilizzo della struttura sanitaria per la prima volta. Ciò è in linea con le osservazioni di vari studiosi del settore e cioè un 'effetto migrante sano' che vale ancora per molti seppur con una attenuazione per chi viene 'a seguito' di progetti migratori già percorsi da altri o è costretto a 'scappare' (profughi e rifugiati).

Certamente l'esperienza citata insieme a tante altre a Roma stessa (tra il privato sociale ricordiamo l'ambulatorio Casa Verde di Morena, il centro Welcome, la Casa dei diritti sociali, gli ambulatori del Centro Astalli e di S. Egidio e tra il pubblico il Servizio per immigrati dell'Istituto San Gallicano per citare i più conosciuti) e in varie parti d'Italia, ha permesso in oltre 18 anni di raccogliere dati, casistiche, riflessioni che possono cercare, seppur con evidenti limitazioni metodologiche, di definire e individuare alcune condizioni particolarmente a rischio per la salute dei cittadini stranieri. Nella Tabella 3 vengono mostrate le patologie più frequenti diagnosticate negli anni 1991-1998 ai pazienti afferenti in sei centri sanitari per immigrati irregolari gestiti dal volontariato, presenti nelle città di Roma, Milano, Torino, Verona, Palermo e Perugia. Si tratta di un'ampia casistica di circa 80.000 diagnosi su una popolazione di oltre 35.000 utenti stranieri.

Tabella 3. Percentuale di gruppi di malattie più frequenti diagnosticate a pazienti immigrati negli anni 1988-1998 presso alcuni centri di assistenza sanitaria gestiti dal volontariato a Roma, Milano, Torino, Verona, Palermo e Perugia

Struttura	CARITAS Roma	NAGA Milano	SERMIG Torino	CESAIM Verona	S. CHIARA Palermo	LIDLP, ASPU Perugia
Periodo di indagine	1993-95	1993	1988-92	1993-97	1991-97	1995-98
Diagnosi						
Respiratorio	16,5	14,7	19,3	15,0	20,0	14,2
Digerente	13,7	13,4	14,2	9,0	11,0	13,5
Ortopediche	12,3	17,4	13,5	11,0	14,0	9,5
Dermatologiche	7,5	10,1	11,9	7,0	11,0	7,3
Infettive	8,1	5,9	-	3,0	3,0	9,7
Ostetriche	5,2	6,9	-	8,0	1,0	-
Genito-Urinarie	8,7	9,1	5,2	2,0	4,0	13,3
Psicol.-psichiatriche	2,9	2,9	-	2,0	1,0	2,0
<i>Altre</i>	<i>25,1</i>	<i>19,6</i>	<i>35,9</i>	<i>43,0</i>	<i>35,0</i>	<i>30,5</i>

Una analoga tabella è stata fatta mostrando la distribuzione statistica delle principali classi di patologie in anni diverse nell'ampia casistica della Caritas capitolina (Tabella 4).

**Tabella 4. Diagnosi per gruppi di malattie più frequenti in diverse rilevazioni
(studio effettuato su complessivamente circa 25.000 pazienti provenienti da 170 nazioni)**

Periodo di indagine	1983-84	1986-88	1991	1993	1995	1999	2000
		ICD 9	ICD 9	ICD 9	ICD 9	ICD 9	ICD 9
Diagnosi							
Respiratorio	21,5	6,1	14,6	11,3	18,2	18,3	13,1
Digerente	16,0	8,7	13,0	11,6	12,8	13,5	12,1
Ortopediche	9,6	5,3	10,4	10,3	10,2	11,1	12,4
Dermatologiche	5,0	5,4	7,6	6,1	7,2	9,4	6,8
Infettive	13,0	11,6	7,2	7,8	8,7	7,9	5,9
Ostetriche-Ginecol.	6,4	6,2	7,4	9,1	2,6	3,5	14,1
Genito-Urinarie	3,6	2,9	6,6	6,5	6,3	4,7	6,3
Psicol.-psichiatriche	-	1,1	1,4	1,9	3,7	3,2	2,7
Altre	24,9	52,7	31,8	35,4	30,3	28,4	26,6

Considerando che l'utenza di questi centri rappresenta la frazione di immigrati maggiormente esposti a rischi per la salute (in quanto precariamente inseriti nella società), si evidenzia, anche con il conforto di altre casistiche di centri di assistenza pubblici, che, in generale, l'individuo appartenente ad una prima generazione di immigrati arriva effettivamente in Italia con un buono stato di salute. Le condizioni di vita cui andrà soggetto potranno poi essere in grado di minare, in misura più o meno rilevante, la sua salute, prevalentemente con patologie acute a carico degli apparati respiratorio, digerente e osteoarticolare (traumatismi); una quota notevole di domanda assistenziale in questi centri è stata fino agli a metà degli anni novanta, legata alla gravidanza e all'espletamento del parto.

Conclusione

Questi dati fanno trasparire un impegno significativo ma certamente non possono trasmettere la ricchezza delle relazioni umane e dell'esperienza professionale che centinaia di volontari in questi anni hanno vissuto insieme ad un popolo di migranti spesso sulla strada. Ciò che si vede è l'impegno assistenziale, di risposta concreta ad un bisogno, ma negli anni abbiamo cercato di andare oltre al bisogno apparente: abbiamo cercato di capire il fenomeno, di studiare ciò che scoprivamo; ci siamo impegnati per i diritti e la dignità di ogni persona senza distinzione etnica o giuridica; abbiamo provato a metterci in gioco umanamente e professionalmente. Con il tempo, valutando l'evoluzione del fenomeno immigrazione e delle politiche sociali e sanitarie, abbiamo sentito la necessità di ridefinire il mandato specifico dell'area sanitaria Caritas per rimanere fedeli ad un impegno che vuole essere sulla strada, "con le mani sporche, non indifferente". Dopo un percorso di riflessione abbiamo così definito la nostra "mission": mettersi in relazione con ogni persona partendo dalla stima e dal valore della vita di ciascuno, a qualsiasi cultura o storia appartenga, per conoscere, capire e farsi carico con amore della promozione della salute specialmente di coloro che sono più svantaggiati, affinché vengano riconosciuti, riaffermati e promossi ad ogni livello, dai singoli, dalla comunità e dalle istituzioni, diritti e dignità di tutti, senza nessuna esclusione.

Nell'ambito dell'esperienza umana e professionale sopra descritta si innesta il progetto di ristrutturazione del Poliambulatorio come segno del 47° Congresso Eucaristico Internazionale

della Chiesa Cattolica che si è celebrato a Roma dal 18 al 24 giugno 2000. È stato possibile sistemare spazi e ambienti destinati a questa attività di assistenza ma anche di incontro e di occasione di crescita personale per ognuno sia esso volontario, operatore, collaboratore o utente del servizio.

Il progetto ha enfatizzato la realizzazione di una struttura “a bassa soglia di accesso” cioè in grado di intercettare chi è più in difficoltà evitando particolari iter burocratici e fornendo risposte pronte sia in termini assistenziali sia per un corretto orientamento verso le strutture pubbliche. Il reinserimento degli utenti nei percorsi di “cittadinanza dei diritti” è infatti un obiettivo dell’Area sanitaria della Caritas che si pone in rete con le strutture pubbliche per dare visibilità a persone e a domande di salute spesso ignorate.

L’intera ristrutturazione ha curato la possibilità di realizzare servizi “ad alto impatto relazionale” dove la capacità di accogliere, capire e rispondere a bisogni sanitari sia particolarmente curata: per questo accanto a spazi ambulatoriali sono stati realizzati ambienti per permettere una “formazione permanente” degli operatori sul campo, un monitoraggio e uno studio attento del fenomeno che provoca emarginazione ed esclusione sanitaria.

Assistenza, studio, ricerca, formazione, rispetto, dignità, ascolto, accoglienza, cambiamento, ... diventano le parole chiave di un impegno iniziato una ventina di anni fa ma che vuole ancora crescere con entusiasmo, passione e curiosità.

“Un bambino andava a piedi con il padre da un villaggio africano ad un altro. Strada facendo, guardando le cose che lo circondavano faceva tante domande al padre: perché il sole brilla nel cielo? perché gli alberi hanno le foglie? perché le gazzelle saltano? perché gli uomini hanno costruito villaggi?, ... e il padre pazientemente rispondeva con tanti particolari che interessavano il bambino. Dopo alcune ore, ormai arrivati al villaggio il bambino chiese al padre come mai sapesse tutte quelle cose, come avesse fatto ad impararle. Il padre, con tenerezza accarezzò il bimbo e gli rispose che aveva imparato tutto quello che gli aveva raccontato perché quando doveva andare da una parte ad un’altra sceglieva sempre la strada più lunga”.

Bibliografia di riferimento

Colasanti R, Geraci S, Pittau F (Ed.). *Immigrati e salute; paure, miti e verità*. Roma: Ed. Lavoro, Iscos; 1991.

Geraci S, Marceca M, Del Vecchio R (Ed.). Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale. In collaborazione con l’Istituto d’Igiene Università La Sapienza. *Annali di Igiene, medicina preventiva e di comunità* 1995;7(3).

Geraci S (Ed.). *Argomenti di medicina delle migrazioni*. Busseto (Pr) - Roma: Scuola Superiore di Scienze Biomediche F. Rielo - Ed. Peri Tecnes; 1995.

Geraci S (Ed.). *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*. Roma: Edizione Anterem; 1996.

Geraci S (Ed.). *Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni*. Roma: Edizioni Anterem; 2000.

L'ASSISTENZA SANITARIA ALLA POPOLAZIONE IMMIGRATA NELLA CITTÀ DI BOLOGNA

Giovanna Vittoria Dallari, Valentina Ravioli, Rosa Costantino

Ufficio Pianificazione Sanitaria della Direzione Sanitaria - Azienda USL della Città di Bologna

Premessa

A fronte di un ulteriore calo della popolazione bolognese complessiva, gli stranieri residenti (12.490) rappresentano il 3,3% del totale. Rispetto all'anno precedente è stato registrato un incremento del 13,8%, dovuto in primo luogo alla crescita delle donne straniere, e un molto significativo aumento dei minori (+22,3%). L'immigrazione di provenienza asiatica cresce a ritmo più sostenuto di quella africana: i collettivi nazionali che hanno registrato maggiori incrementi nel corso dell'anno 1998 sono i filippini, i cinesi e i bengalesi (Tabella 1).

Tabella 1. Popolazione residente straniera per cittadinanze prevalenti e sesso a Bologna nel 1998, confronto con i dati relativi all'anno 1997

Cittadinanza	Valori assoluti			var. ass			var. %		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
Europa	1.624	1.747	3.371	146	244	390	9,9	16,2	13,1
U.E.	591	801	1.392	-34	85	51	-5,4	11,9	3,8
Albania	330	192	522	44	60	104	15,4	45,5	24,9
ex Jugoslavia	324	350	674	-14	31	17	-4,1	9,7	2,6
Asia	2.534	2.014	4.548	387	312	699	18,0	18,3	18,2
Bangladesh	352	100	452	124	30	154	54,4	42,9	51,7
Cina Popolare	533	512	1.045	73	82	155	15,9	19,1	17,4
Filippine	610	893	1.503	93	107	200	18,0	13,6	15,3
Iran	127	76	203	-2	7	5	-1,6	10,1	2,5
Pakistan	366	51	417	40	21	61	12,3	70,0	17,1
Sri Lanka	252	188	440	39	27	66	18,3	16,8	17,6
Africa	2.185	1.401	3.586	118	198	316	5,7	16,5	9,7
Etiopia	84	181	265	-4	-14	-18	-4,5	-7,2	-6,4
Marocco	1.076	547	1.623	49	101	150	4,8	22,6	10,2
Senegal	135	30	165	8	1	9	6,3	3,4	5,8
Somalia	54	171	225	2	18	20	3,8	11,8	9,8
Tunisia	455	89	544	13	19	32	2,9	27,1	6,3
America	329	629	958	37	62	99	12,7	10,9	11,5
Nord	108	96	204	5	0	5	4,9	0,0	2,5
Centro-Sud	221	533	754	32	62	94	16,9	13,2	14,2
Brasile	38	115	153	7	6	13	22,6	5,5	9,3
Perù	79	164	243	16	24	40	25,4	17,1	19,7
Oceania	8	7	15	1	-1	0	14,3	-12,5	0,0
Apolide	6	6	12	4	3	7	200,0	100,0	140,0
Totale	6.686	5.804	12.490	693	818	1.511	11,6	16,4	13,8

Fonte: Anagrafe del Comune di Bologna; Elaborazione: Ufficio Statistica - Osservatorio Comunale delle Immigrazioni

La presenza straniera porta alla ribalta alcuni problemi che non trovano ancora adeguata risposta nelle politiche. La riapparizione sulla scena di nuclei familiari numerosi di recente immigrazione costringe a ripensare il sistema dei servizi sociali, così come la cultura che orienta l'erogazione di benefici e il rapporto con l'utenza. La presenza straniera inoltre rileva l'urgenza delle politiche a favore delle persone sole o singoli, categoria che vede da tempo una crescita accelerata nella città. Il 38% delle famiglie a Bologna e il 67% di quelle straniere sono oggi unipersonali.

Alla fine dell'anno 1997 quattordici comuni, oltre alla città di Bologna e di Imola, hanno più di 200 residenti stranieri. In primo luogo, hanno superato questa soglia la maggior parte dei comuni attorno al capoluogo: Calderara di Reno, Castel Maggiore, San Lazzaro, Pianoro, Sasso Marconi, Casalecchio di Reno, Zola Predosa, Anzola. Hanno anche superato i 200 residenti i comuni di Budrio, Crevalcore, San Giovanni in Persiceto e Crespellano nella Pianura, Vergato nell'area montana e Castel San Pietro Terme nell'imolese.

Tuttavia, la zona collinare montana spicca come quella dove la presenza straniera risulta più significativa rispetto al complesso della popolazione dell'area (3,0%), contro il 2,9% della città di Bologna, l'1,8% dei comuni della cintura, l'1,7% della pianura e l'1,6% dell'area imolese. I comuni montani hanno subito negli ultimi anni un forte incremento della popolazione immigrata, soprattutto a partire dal radicamento di nuclei familiari che hanno trovato in questa zona meno densamente popolata, meno servita in quanto a mezzi di comunicazione e servizi e con minori opportunità lavorative, maggiori possibilità per il reperimento di alloggi. In comuni come Grizzana Morandi, San Benedetto Val di Sambro, Vergato, Loiano o Gaggio Montano, la presenza relativa di minori stranieri quasi raddoppia la media provinciale.

La popolazione minorile costituisce il 16% della popolazione straniera della città e il 19% degli stranieri di tutta la provincia. I ragazzi stranieri sono il 4,3% della popolazione minorile del capoluogo e il 3,6% dei minori di tutta la provincia. Nessuno può mettere oramai in discussione la risorsa che nel lungo periodo potrebbe comportare l'immigrazione straniera nel contrastare l'invecchiamento della popolazione bolognese, come si evince dal confronto fra la piramide dell'età della popolazione straniera e di quella della popolazione totale (Figure 1 e 2).

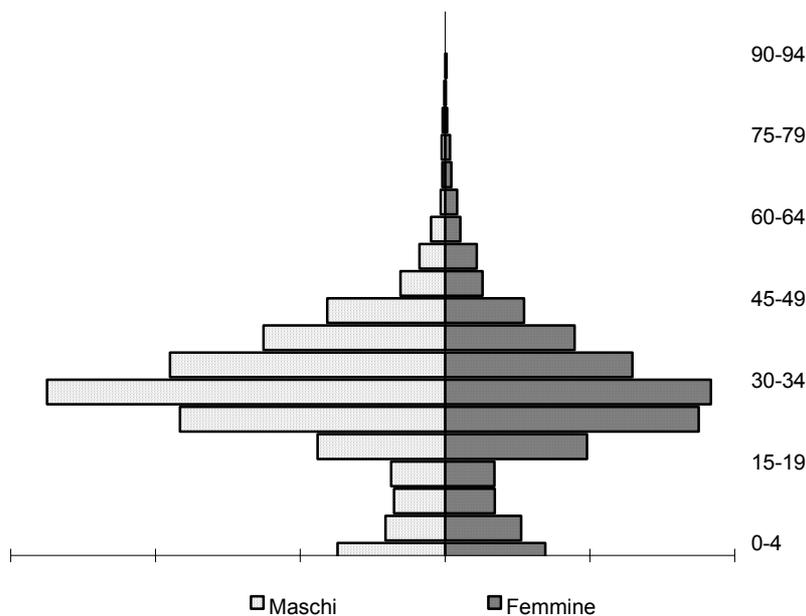


Figura 1. Bologna 1998: piramide dell'età della popolazione residente straniera

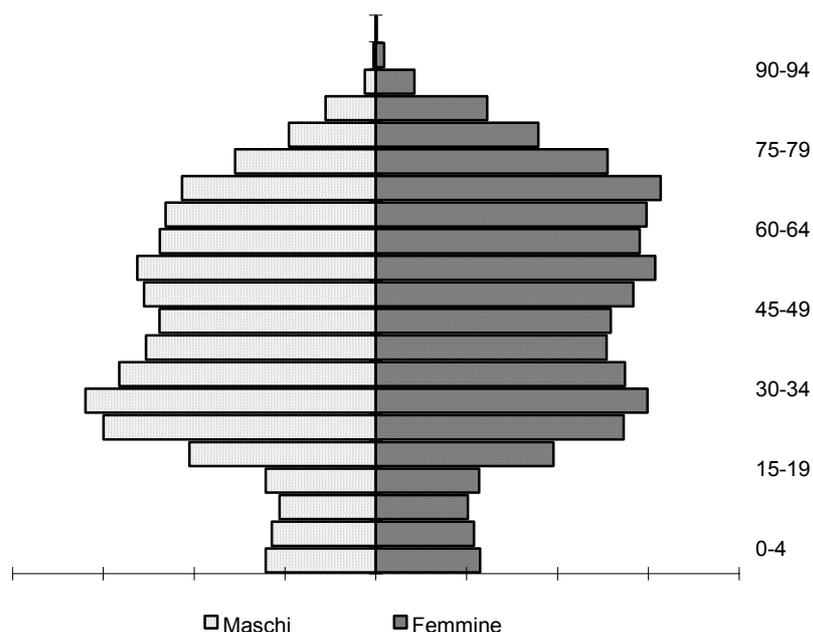


Figura 2. Bologna 1998: piramide dell'età della popolazione residente totale

Uno dei principali quesiti posti sull'utilizzo delle strutture sanitarie da parte dei cittadini immigrati, riguarda la scarsa attenzione alla medicina generica e preventiva centrata nel nostro sistema sul medico di base, e il conseguente uso improprio del pronto soccorso. Dalle domande sull'utilizzo dei diversi servizi emerge un risultato a prima vista soddisfacente: l'assistenza medico generica è stata frequentata dal 76% degli intervistati, una percentuale molto superiore a quella segnalata per i servizi di pronto soccorso (65%). Tuttavia, l'analisi differenziata per gruppi nazionali sembra confermare l'esistenza di questo problema soprattutto tra i collettivi migratori di uomini singoli.

Un altro segnale allarmante, che meriterebbe ulteriori riflessioni, risulta del fatto che sono più gli intervistati che hanno sperimentato un ricovero ospedaliero (48%) di quanti dichiarano di aver realizzato visite specialistiche (38%).

Le norme

Una complessa normativa ha regolamentato il "diritto alla salute" degli immigrati, con effetti non sempre evidenti e concordanti, fino alla pubblicazione della Legge n. 40 del 06/03/98 "Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" e del DL n. 286 del 25/07/98 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero". Quest'ultimo (Titolo V, capo I Art. 34, 35, 36) fa riferimento a diverse tipologie di soggetti: 1) stranieri regolarmente soggiornanti iscritti al Servizio Sanitario Nazionale; 2) stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (sono tenuti a pagare le prestazioni a meno che non rientrino nell'ambito di categorie previste da accordi internazionali, o siano i cosiddetti "temporaneamente presenti"); 3) stranieri che entrano in Italia per cure mediche.

In sintesi tutti i residenti che lavorano o sono iscritti alle liste di collocamento sono tenuti alla contribuzione obbligatoria o volontaria e all'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale: ad essi viene assicurato un trattamento pari a quello ricevuto dai cittadini italiani. Per coloro che, per motivi diversi, non possono effettuare contribuzioni, l'assistenza effettivamente erogata resta circoscritta alle "cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti, o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio e ai programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva, nonché alla tutela della gravidanza e della maternità, della salute del minore e delle vaccinazioni".

"Le prestazioni sopraelencate sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa, ove previste; sono finanziate alle Aziende Sanitarie o Ospedaliere erogatrici con quota parte del Fondo Sanitario Nazionale; i rimborsi per prestazioni urgenti lasciate insolute dagli stranieri devono invece essere richiesti dalle Aziende Sanitarie alle locali Prefetture".

Ai cittadini stranieri presenti sul territorio italiano, sarebbero pertanto precluse le cure ambulatoriali derivanti dall'azione di filtro effettuata dal Medico di Medicina generale; inoltre, le attività erogate a scopo preventivo, ad esempio quelle per la TBC, sono gratuite fino alla diagnosi: la terapia è esclusa.

Non sono previsti i ricoveri programmati, se non con l'impegno al pagamento dell'intero costo da parte del paziente o di colui che lo ospita.

Il regolamento attuativo (DL del Presidente della Repubblica n. 394 del 31/8/ 99,) è in linea con l'esperienza bolognese del "Tesserino di Soccorso" e prescrive l'assegnazione di un codice regionale STP (Straniero Temporaneamente Presente), attraverso il quale erogare, utilizzando il ricettario regionale, le cure ambulatoriali previste dalla legge.

Il primo Piano Sanitario Nazionale, "un patto di solidarietà per la salute", promuove, all'obiettivo IV, la tutela dei soggetti deboli, e prevede per gli stranieri immigrati lo "sviluppo di strumenti sistematici di riconoscimento, monitoraggio e valutazione dei bisogni di salute, la formazione degli operatori sanitari, l'adeguamento dell'organizzazione dell'offerta di assistenza a differenti identità culturali.

Il secondo Piano Sanitario Regionale, deliberato nel settembre 1999, nell'ambito dei progetti speciali, si preoccupa della Salute dei cittadini stranieri immigrati e pone l'obiettivo di "migliorare l'accesso e l'accessibilità al SSN, ridurre l'esclusione dai servizi sanitari, tramite azioni concertate tra soggetti pubblici, del privato sociale e volontariato."

La giunta regionale ha poi istituito (Decreto n. 006203 del luglio 1999) un gruppo di lavoro vasto e composito denominato, "Esclusione Sociale", cui è stato affidato il compito di effettuare l'analisi delle problematiche relative alla popolazione a rischio e, considerata la situazione epidemiologica attuale, gli strumenti operativi e risorse a disposizione, indicare realistici e misurabili obiettivi di riduzione del problema, specificando le strategie percorribili, le modalità di monitoraggio e valutazione del raggiungimento degli obiettivi, entro il mese di novembre 1999.

Le attività ambulatoriali

Le Istituzioni pubbliche e private del sistema sanitario bolognese hanno da sempre mostrato grande sensibilità nei confronti dei problemi di salute della popolazione indigente, indipendentemente dal possesso di specifici requisiti, quale residenza e nazionalità.

I settori distrettuali dei Servizi per la Tutela della Salute dell'Infanzia e dell'Adolescenza e per la Salute della Donna, fin dall'inizio del fenomeno migratorio, hanno fornito a titolo gratuito cure ambulatoriali di tipo preventivo e curativo; inoltre, d'intesa con i servizi sociali

dell'Azienda, del Comune e dei Quartieri, assicurano controlli sanitari settimanali nei campi nomadi, nei centri di raccolta dei profughi e nelle istituzioni scolastiche per i necessari interventi di tutela individuale e collettiva della salute.

È attivo dal 1991 il *Centro per la salute delle donne straniere e dei loro bambini*, che eroga prestazioni di consulenza medica di primo livello. L'ambulatorio nel 1998 ha assistito 1545 pazienti, 1367 donne e 178 bambini, di cui 1039 erano nuovi utenti, per un totale di 3.616 accessi e per un volume complessivo di 4624 prestazioni, con 1,27 prestazioni per accesso

Il volontariato rappresenta tuttavia il punto centrale per l'assistenza sanitaria non ospedaliera, in quanto tuttora cura la maggior parte degli indigenti a Bologna.

L'Ambulatorio Biavati, della Confraternita della Misericordia, aperto tutti i giorni dell'anno e la Sokos, aperto due giorni la settimana, offrono a titolo gratuito assistenza ambulatoriale di base, accertamenti strumentali di primo livello, farmaci, medicazioni e terapia infusioneale. Tale attività è rivolta ad una popolazione alquanto eterogenea per nazionalità, sesso, età, patologie e bisogni espressi.

L'attività ambulatoriale è supportata anche da un'opera di segretariato sociale e mediazione culturale che si svolge solo al Biavati, negli stessi orari dell'ambulatorio.

L'ambito normativo di riferimento è costituito dal "protocollo d'intesa per l'assistenza ad indigenti residenti italiani e stranieri", sottoscritto nel gennaio 1997 dalle tre Aziende sanitarie cittadine, le farmacie pubbliche e private, il Comune di Bologna, con il coinvolgimento del CUP (Centro Unificato di Prenotazione): i cittadini residenti indigenti assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ricevono un tesserino "di indigenza" che li esenta dal pagamento del ticket, che viene rimborsato alle Aziende da parte del Comune.

Nel febbraio 1997 gli stessi interlocutori hanno sottoscritto il "protocollo assistenza ambulatoriale indigenti non residenti italiani e stranieri, approvato da parte degli Assessori alla Sanità" e alle Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna, che prevede:

Assistenza sanitaria ambulatoriale per cittadini italiani o stranieri non assistibili dal SSN, compresa farmaceutica e specialistica, secondo i normali canali previsti per i cittadini italiani, inclusa la prenotazione al CUP, anche in regime di esenzione dal pagamento del ticket e della quota fissa.

Le convenzioni stipulate poi con le associazioni di volontariato prevedono ruoli complementari e integrati:

1. I volontari dell'Ambulatorio Biavati e Sokos erogano attività di medicina di base (sono incluse semplici indagini ematochimiche, visite specialistiche, ecografie, medicazioni, terapie infusioneali, ecc.).
2. L'AUSL fornisce ai pazienti delle Associazioni il Tesserino Sanitario di Soccorso per le cure ambulatoriali (validità sei mesi rinnovabili, per farmaci di fascia A e B e specialistica) ed eroga contributi alle associazioni secondo la Legge Regionale sul volontariato.

L'esperienza

Sui 3085 pazienti "tesserati" al 31/12/98, 2648 (85,6%) sono stati inviati dall'Ambulatorio Biavati, gli altri sono pazienti della Sokos (361; 11,7%), profughi segnalati dai servizi sociali del Comune (268) e pazienti seguiti dai dipartimenti distrettuali (prevalentemente maternità e infanzia e servizi sociali). La maggioranza sono stranieri in regola con il permesso di soggiorno, circa un terzo sono residenti disoccupati; alcuni sono studenti stranieri che non sono in grado di pagare la quota per l'iscrizione volontaria al SSN; il 10-15% sono cittadini italiani senza fissa dimora, con problemi psichiatrici (200-250 per l'Ambulatorio Biavati), alcuni con problemi di

tossicodipendenza; la parte restante è costituita da soggetti di recente immigrazione, irregolari e regolari con permesso di soggiorno di altra città e/o con lavoro nero.

Recentemente è stato attivato un tavolo tecnico interistituzionale cittadino, composto da responsabili dei servizi interessati dell'AUSL, del Comune e delle Associazioni di volontariato, per la definizione degli interventi prioritari e la valutazione dei relativi costi/opportunità per dare attuazione al "protocollo di assistenza nei centri d'accoglienza comunali per italiani e stranieri", stipulato fra Comune di Bologna e AUSL, che riguarda l'offerta di servizi per la salute e l'educazione sanitaria per circa 2.000 ospiti o residenti nei centri di prima accoglienza, campi nomadi e comunità per italiani a rischio di emarginazione sociale.

Il progetto è stato presentato al Ministero della Sanità come progetto sperimentale di "rete pubblico-privato", in collaborazione con la Regione Sicilia.

Fra le altre attività, nel 1998 l'Azienda ha anche collaborato alla realizzazione del "progetto prostituzione sicura (moonlight)" attraverso alcuni suoi servizi, e, in particolare, il Centro per la salute delle donne straniere e dei loro bambini, che ha messo a disposizione un medico e i servizi di tutta la struttura, e dell'Ufficio Pianificazione Sanitaria, che ha partecipato ad un progetto di formazione on line per gli operatori regionali, sugli aspetti relativi all'assistenza sanitaria.

Il "Corso di formazione per operatori dei consultori famigliari delle aziende USL in ambito provinciale" per promuovere un approccio interculturale nella relazione con utenti immigrate nel percorso nascita è promosso dal Centro Minguzzi della Provincia, che, dopo la "Indagine sui fabbisogni formativi degli operatori di enti pubblici che entrano in contatto con utenti immigrati", si propone di migliorare aspetti comunicativi nei servizi di consultorio familiare.

Nel mese di ottobre 1998 ha preso avvio il "Corso di formazione per mediatrici interculturali", progettato e realizzato dall'Istituzione dei Servizi per l'Immigrazione e Bologna Sicura grazie collaborazione con la Direzione dell'AUSL, con fondi della Comunità Europea che ha formato 16 operatrici. Le associazioni di volontariato hanno partecipato alla fase progettuale, sono state invitate in aula per docenze specifiche, parteciperanno alla fase del lavoro sul campo.

Le mediatrici diplomate hanno dato vita ad un'Agenzia e hanno già operato sul campo collaborando all'accoglienza dei 300 profughi kossovari, hanno reso possibile l'apertura di un nuovo servizio informativo sui servizi sanitari bolognesi pubblici e privati: un numero verde in sei lingue, attivo dal lunedì al venerdì per due ore al giorno; possono inoltre essere utilizzate su richiesta dei servizi interessati e studieranno insieme ai professionisti le iniziative più opportune, ma sono anche direttamente accessibile agli stranieri.

L'agenzia potrebbe in futuro essere sostenuta da un pool di istituzioni, o avere un rapporto preferenziale con una di esse, quando, come nel caso dell'azienda sanitaria, il territorio da coprire sia ampio e diversi i servizi che possono averne necessità. Un organismo di questo tipo potrebbe veramente fare da ponte tra le rigidità istituzionali, a volte necessarie, e l'elasticità che il lavoro di attivazione e sostegno delle comunità deve possedere.

I servizi ospedalieri

L'immigrato generalmente non mette in atto strategie preventive, ma si rivolge ai servizi sanitari in caso d'urgenza o di malattia conclamata, quando cioè non può farne a meno.

Gli stranieri indigenti si recano d'abitudine ai servizi ospedalieri di pronto soccorso, tenuti a fornire una risposta indipendentemente dalla condizione di regolarità o irregolarità, perché li ritengono accessibili, gratuiti, facendone un uso improprio e causando, a volte, problemi di tipo tecnico-gestionale. Nel 1998, il 17,5% degli accessi al servizio di Pronto Soccorso

dell'Ospedale Maggiore è stato effettuato da cittadini stranieri; solo il 29,2% di essi ha dichiarato generalità complete, grazie all'attivazione del "tesserino di soccorso", il numero degli accessi è via via sensibilmente diminuito.

Per coloro che vengono ricoverati per patologie che si risolvono durante la degenza non si pongono particolari problemi; questi sono invece, drammatici per i pazienti che si trovino in condizioni di temporanea immobilità o inabilità a breve e lungo termine, in particolare per gli irregolari sprovvisti di permesso di soggiorno, non essendo ancora disponibili strutture alternative al domicilio.

Alcuni risultati conseguiti

- Si è meglio definita l'entità e la tipologia della popolazione priva di assistenza.
- Si sono adottate strategie tese ad riorientare i pazienti verso tipologie di prestazioni più appropriate (dal Pronto Soccorso ad un ambulatorio di base).
- Si sono adottati criteri più equi e trasparenti per assistere i pazienti indigenti e finanziare le Associazioni di Volontariato.
- È stata data notevole diffusione alle informazioni relative ai servizi esistenti per questa tipologia di pazienti.
- Si sta via via costituendo una rete pubblico privato (Distretti, ISI, Associazioni di volontariato, Centro per la Salute delle Donne Straniere e dei loro bambini, Asilo Notturmo Beltrame, Ufficio Stranieri della Questura, Prefettura, ecc.) che permetterà la semplificazione dei percorsi, nonché un'ottimizzazione dell'uso delle risorse.
- I vari servizi si stanno attrezzando in modo significativo e diffuso per offrire risposte al bisogno in modo personalizzato.
- Si stanno elaborando nuove strategie che più che subire i vari fenomeni così come si presentano, ne esaminano insieme tutti gli aspetti per elaborare programmi di intervento coordinati e, possibilmente tesi non solo a prender cura degli effetti, ma alla rimozione delle cause.
- Si è definito con notevole precisione il costo complessivo dell'assistenza da erogare a questa tipologia di utenti.

Alcune problematiche emergenti

1. Rimane assolutamente carente l'assistenza domiciliare, richiesta in particolare per i bambini più piccoli.
2. Risulta un afflusso di pazienti residenti sul territorio provinciale, dove non esiste alcun servizio di riferimento.
3. I pazienti sono in lieve aumento; come pure stanno aumentando percentualmente le richieste di assistenza per patologie di minore gravità.

4. Si nota anche un iniziale fenomeno di “turismo sanitario”; soggetti, per lo più anziani, che giungono nel nostro paese in modo più o meno legale con lo scopo preciso di accedere alle cure.
5. Per quanto riguarda l’assistenza in regime di ricovero, tutte le Aziende bolognesi hanno effettuato un notevole numero di ricoveri programmati e day-hospital che, non sarebbero previsti dalle norme.
6. Alcuni ricoveri sono necessariamente prolungati a causa della mancanza di strutture alternative alla “casa”.
7. Per l’alta incidenza di malattie infettive e parassitarie (tigna, scabbia e pediculosi), terapie infusionali e trattamento di lesioni cutanee di origine traumatica, si rende necessario fornire agli ambulatori del volontariato una piccola dotazione di farmaci e presidi sanitari.
8. È stata evidenziata una notevole prevalenza di patologie odontoiatriche: per i residenti nei centri comunali è prevista un’attività di educazione sanitaria e di screening, alla quale farà seguito l’invio alle strutture pubbliche, secondo i percorsi dei pazienti italiani, per ottenere visite, cure, estrazioni, utilizzando il tesserino di soccorso.

Alcune considerazioni

L’afflusso di nuovi immigrati tende ad aumentare. Molti di questi sono giovani, con un “patrimonio salute” in dotazione, in genere velocemente consumato, ma sempre più arrivano anche non giovani (componenti del nucleo familiare, donne, bambini, anziani, con altre problematiche inerenti la salute).

Si affaccia il problema degli immigrati di seconda generazione.

Una parte, che a noi sembra minoritaria, degli immigrati, trova un lavoro stabile e questo favorisce il processo di integrazione con la comunità ospitante. Un parte, forse preponderante, vive in una sorta di perenne fluttuazione tra periodi di disoccupazione e lavori temporanei o, peggio, resta senza lavoro per lunghi periodi di tempo. È in tale ambito che nascono più facilmente “cedimenti” nei propri progetti di vita, atteggiamenti comportamentali, che possono ingenerare alcolismo, uso di sostanze stupefacenti, devianza, ecc.

Il rischio di malattie “da importazione” è reale, ma al momento (a parte AIDS e altre a trasmissione sessuale), la frequenza di propagazione all’esterno delle comunità di immigrati è bassa o nulla, mentre è alta la frequenza di trasmissione all’interno del gruppo di immigrati.

Molte delle patologie del paziente immigrato esprimono l’ansia, la difficoltà che egli prova nel processo di inserimento (molte cioè sono reali malattie psicosomatiche, o talora un mezzo, un’occasione per esprimere il proprio disagio, la propria sofferenza e forse anche il desiderio, non sempre conscio, di essere aiutati).

L’accessibilità dei Servizi Sanitari è ancora molto bassa, per cui su un totale di 12.490 residenti stranieri nel 1998, solo 8.594 di questi hanno effettuato la scelta del medico di medicina generale, che, peraltro, non sempre costituisce una buona “porta d’accesso”.

Capire tutto ciò non è facile: ovvero il rapporto medico paziente è sicuramente complicato o ostacolato da barriere o differenze culturali, linguistiche, e comportamentali e necessita di una “capacità di ascolto” e di comprensione, potremmo dire multidisciplinare”, non indifferenti.

Un immigrato singolo si integra più o meno facilmente; gruppi numerosi che arrivano insieme conservano le abitudini, le regole sociali e comportamentali dei propri paesi d’origine e l’integrazione, anche per gli aspetti sanitari, risulta sicuramente più difficile.

Le prospettive future

Le nuove normative e l'esperienza maturata durante questi anni suggeriscono di tentare nuove strade; superare la logica dei servizi "dedicati" alle particolari esigenze di questi utenti, e favorire invece l'accesso e l'integrazione, anche attraverso iniziative di promozione della salute e formazione degli operatori.

Gli attori saranno i mediatori culturali, le comunità etniche, a cominciare dagli ospiti dei centri di prima accoglienza, e i professionisti, in particolare gli operatori di front-office, di consultorio familiare e i medici di medicina generale.

L'Azienda si propone di passare dall'emergenza alla progettualità, ammette la necessità di rivedere e adeguare i servizi anche rispetto ai bisogni espressi da questi "nuovi" utenti, si impegna da una parte a cambiare le strutture (organizzazione, potere, uso delle risorse, ecc...) e ricercare il contestuale cambiamento delle culture dei soggetti a vario titolo coinvolti e dall'altra a fornire loro gli strumenti utili per affrontare l'utente straniero secondo un'ottica affatto usuale nella cultura dei servizi del nostro paese, generalmente autoreferenziale e poco attenta alla lettura di bisogni. Nell'ambito delle proposte della città per accogliere questi nuovi cittadini si pone quindi più l'accento su interventi mirati all'attivazione delle competenze delle comunità immigrate e dei singoli, che sul sapere e l'esperienza dei servizi.

Si può utilizzare il patrimonio offerto dal volontariato (esistono anche associazioni di volontariato formate da soli di immigrati (Avicenna - Donne Medico Immigrate, Associazione delle Mediatrici formate) che metterebbe a disposizione un nucleo di persone che possono partecipare alla formazione dei pari nelle comunità e nei servizi e potrebbero svolgere un ruolo di "promozione" per la ricerca di nuova partecipazione; gli enti dovrebbero offrire un periodo di forte sostegno, un periodo di "maternage", per consentire un salto verso una vera "imprenditorialità".

PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE COMUNITÀ DI POPOLAZIONI MIGRANTI E A RISCHIO DI EMARGINAZIONE: L'ESPERIENZA DEL SAN GALLICANO

Aldo Morrone, Ottavio Latini, Gennaro Franco, Teresa D'Arca, Livia Alessandroni, Luigi Toma,
Isa Buonomini
Istituto Dermatologico San Gallicano (IRCCS), Roma

Introduzione

Secondo gli ultimi dati disponibili la presenza degli stranieri nel territorio dell'Unione Europea all'inizio del 1999 era pari a 19.170.163 persone ovvero quantificata mediamente al 5,1% della popolazione, con una distribuzione interna piuttosto diversificata. Infatti il 38,4% degli stranieri presenti nell'UE erano residenti in Germania, il 20,7% in Francia, l'11,1% nel Regno Unito e il 6,5% in Italia. Quindi la stragrande maggioranza degli stranieri erano residenti nei paesi del Nord Europa, con una piccola quota nei paesi mediterranei.

Gli stranieri con regolare permesso di soggiorno, presenti in Italia, al 1° gennaio 2000, erano 1.251.994, di cui il 54% maschi (676.139), e 575.855 donne (46%) così ripartiti:

- 145.787 dell'Unione Europea (11,6 %);
- 1.029.781 provenienti dai Paesi in via di Sviluppo (PVS, cosiddetti *extracomunitari*), (82,3%): 76.426 sono immigrati provenienti dai Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA), (6,1%).

Gli stranieri titolari di permesso di soggiorno (1.251.994) sono pari al 2,6 per cento della popolazione residente (57.679.955 al 1° gennaio 2000).

Riguardo allo sviluppo di politiche di promozione della salute delle comunità di immigrati che vivono in Italia già il PSN 1998-2000, al quarto punto, sottolineava l'urgenza di rafforzare la tutela dei soggetti deboli. Fra tali soggetti sono inclusi gli immigrati, i nomadi e i senza fissa dimora, persone che molto spesso appartengono a tutte e tre le categorie, come avremo modo di illustrare di seguito.

Il problema della medicina dell'emigrazione consiste nel dover assistere persone le cui condizioni sociosanitarie si stanno trasformando socialmente e culturalmente.

L'immigrato generalmente non mette in atto strategie preventive ma si rivolge ai servizi sociosanitari solo in caso d'urgenza o di malattia conclamata, quando cioè non può farne a meno e questo complica notevolmente la diagnosi, la terapia e la prognosi.

Casistica dell'Istituto San Gallicano (IRCSS)

Consapevoli dell'importanza che il fenomeno dell'immigrazione avrebbe potuto assumere negli anni successivi, dal 1° gennaio 1985, presso l'Istituto Scientifico San Gallicano di Roma, è stato aperto un Servizio di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale che ha rappresentato per molti anni l'unico punto di riferimento

pubblico per la cura, l'assistenza e la ricerca clinico epidemiologica, sociale e antropologica nei confronti della popolazione immigrata, nomade e senza fissa dimora. Il Servizio, gratuito e aperto tutti i giorni, costituisce un valido osservatorio sulla condizione di salute di queste popolazioni e sul rischio di ammalarsi che possono presentare.

Dal 1° gennaio 1985 al 31 dicembre 2000, nel Servizio di Medicina Preventiva delle Migrazioni, sono stati sottoposti a prima visita 39.400 pazienti, immigrati, regolari, irregolari e clandestini, 15.211 (il 38,6%) erano di sesso femminile e 24.189 (il 61,4%) di sesso maschile (Figura 1).

Non abbiamo inserito in questa casistica le visite di medicina del turismo e di dermatologia tropicale effettuate nei confronti di pazienti italiani.

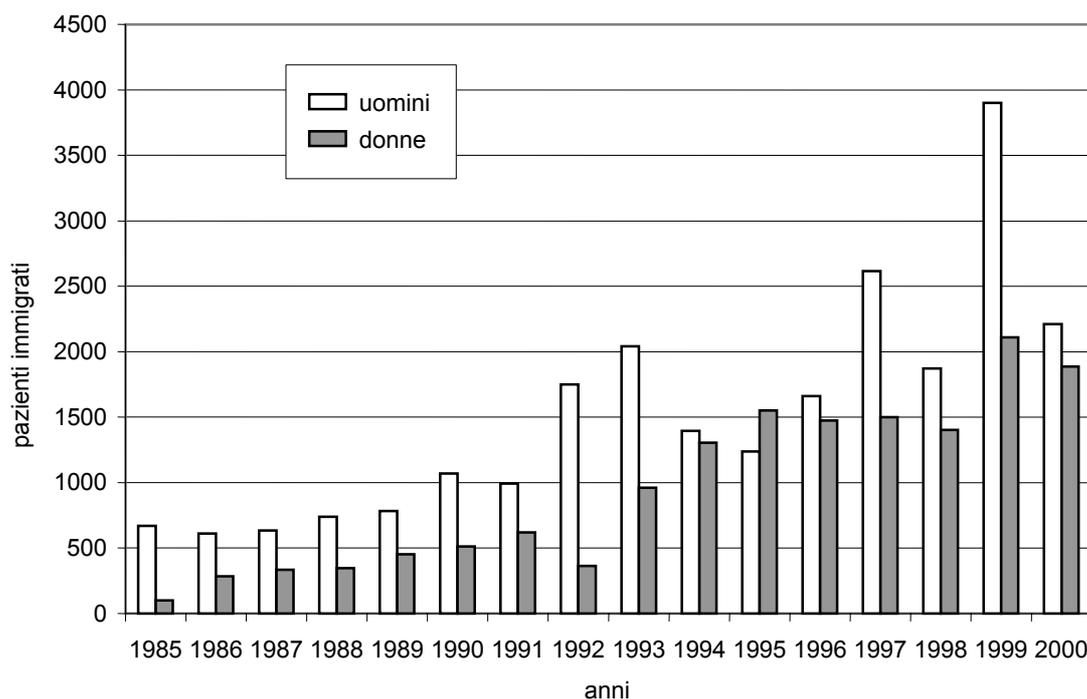


Figura 1. Pazienti immigrati osservati presso l'Istituto San Gallicano (IRCCS) Servizio di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale (1 gennaio 1985-31 dicembre 2000)

Attualmente il 26,3% proviene dall'Africa (negli anni 1985-91 era il 73% e nel 1992-94 il 48%), il 14,4% dal Continente americano (negli anni 1985-91 era il 7% e nel 1992-94 il 22%), il 20,9% dall'Asia (negli anni 1985-91 era il 12 % e nel 1992-94 il 21%), il 38,4% giunge dall'Europa (negli anni 1985-91 era l'8 % e nel 1992-94 il 19%). Nel corso degli ultimi anni è aumentato il numero di pazienti provenienti di Paesi dell'Est Europa mentre è diminuito dall'Africa. (Figura 2)

Il 12,0 % appartiene alla fascia d'età 0-12 anni, l'11% di quella 13-18, il 56% fa parte della fascia d'età 19-40 anni, l'8% di quella 41-60. Si nota un lento aumento degli immigrati anziani, ultrasessantenni, che nella nostra casistica superano l'13%.

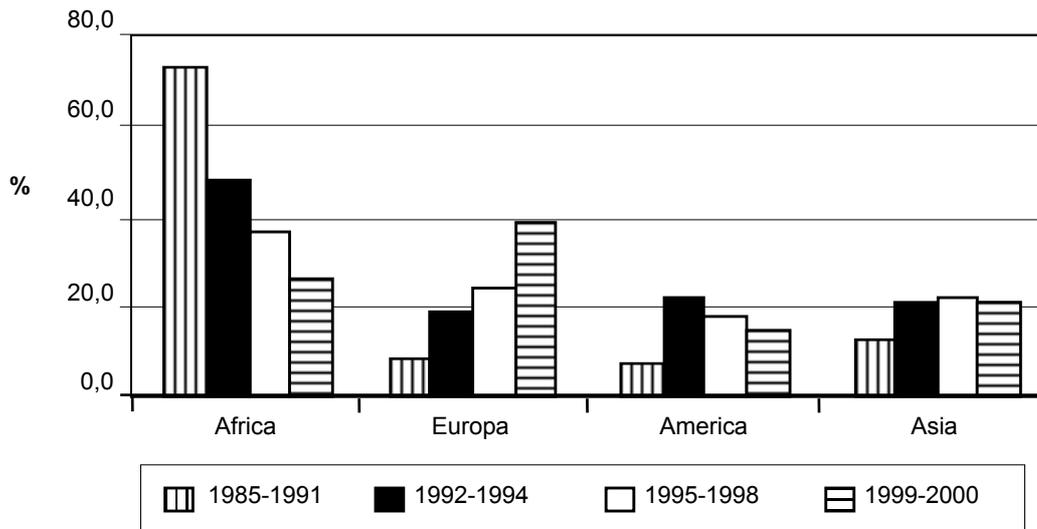


Figura 2. Provenienza dei pazienti immigrati osservati presso l'Istituto San Gallicano (IRCCS) - Servizio di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale (1 gennaio 1985-31 dicembre 2000)

Migrazioni e salute

Dai numerosi dati raccolti ed elaborati, appare ormai evidente che gli immigrati possiedono un patrimonio di salute sostanzialmente integro nel momento in cui decidono di partire e che diversa è la situazione al loro arrivo in Italia. In passato abbiamo sempre affermato che partono sani e arrivano sani, potendosi ammalare qui in Italia. Avevamo definito questo fenomeno “effetto migrante sano”, dovuto ad una autoselezione di chi decide di emigrare, oggi questa affermazione non corrisponde più al vero. Le cause principali di tale mutamento possono essere indicate sinteticamente: nei viaggi spesso effettuati con percorsi lunghi e in condizioni estreme, nell’aumento dei ricongiungimenti familiari riguardanti anche persone anziane, nella scarsa sorveglianza sanitaria offerta dai paesi di partenza. Oggi per una serie di fattori complessi, giungono sul nostro territorio anche persone non più giovani, meno acculturate, con progetti migratori temporanei e non scelti, alcuni sono criminali che approfittano delle condizioni di disperazione di altri immigrati, altri ancora gestiscono i traffici di droga e di prostituzione soprattutto dall’Europa dell’Est, per cui anche il profilo di salute di queste persone si è modificato.

Per quanto riguarda le malattie riscontrate più frequentemente, bisogna premettere che gli immigrati che giungevano fino a 2-3 anni fa in Italia, rappresentano in qualche modo una parte selezionata della popolazione (i più giovani, sani, forti che potevano permettersi viaggi lunghi, pericolosi e che sono riusciti a sbarcare o comunque ad attraversare i confini). Possono comunque verificarsi diversi rischi sanitari:

1. La provenienza da zone ad alto rischio per alcune malattie (parassitosi, tubercolosi, malaria, lebbra, AIDS) può averli esposti a queste infezioni e occorre avere la

possibilità di visitarli subito, per consentire diagnosi corrette e impostare terapie tempestive.

2. Il viaggio, diventato ormai sempre più disumano, può favorire lo sviluppo di malattie dovute all'assenza di condizioni igieniche minime. Essere stipati per 30-40 giorni, in 300-400 persone in un'imbarcazione che ne potrebbe contenere al massimo 60-80, significa favorire lo sviluppo impressionante di infezioni, intestinali, polmonari, epatiche e cutanee. Gli stessi eventi fisiologici, come la minzione, il ciclo mestruale, la gravidanza, spesso diventano rischi per la salute.
3. Se riescono ad arrivare indenni in Italia, la permanenza nella nostra città in condizioni strutturali pesanti, con la nota difficoltà all'accesso al Servizio Sanitario Nazionale rende problematica la possibilità di mantenersi sani, in particolare per le donne e i bambini.
4. Con il passare del tempo, si sovrappone una reale patologia da depauperamento psicofisico, con aumentata predisposizione a infiammazioni delle alte e basse vie aeree, dell'apparato digerente, della cute, genito urinarie e ad infezioni presenti in Italia.
5. Facilmente persistendo lo stato di degrado, possono manifestarsi i sintomi clinici di infezioni latenti, come le epatiti, in particolare A, B e C, la tubercolosi e le malattie sessualmente trasmissibili.
6. Si osservano recentemente anche molte sindromi psicosomatiche, ansioso-depressive, che insorgono in particolare negli immigrati provenienti dalle zone di guerra (Kosovo, Sierra Leone, e Kurdistan).
7. Sono in aumento anche i casi di rifugiati che sono stati torturati nei loro paesi d'origine.
8. Molte donne ancora si presentano al nostro Servizio, in stato di gravidanza, al secondo o addirittura al terzo trimestre, senza essersi mai sottoposta a visita specialistica e aver praticato esami strumentali.
9. La condizione di salute della donna e dei bambini, necessita di una particolare attenzione, perché spesso i sintomi di alcune malattie possono essere subdoli e aver bisogno di una capacità di comunicazione che solo il Mediatore Culturale può facilitare.
10. Per queste persone spesso, eventi naturali come il parto, o la più banale patologia infiammatoria, diventano situazioni preoccupanti, talvolta con grave pericolo per la vita stessa, per la difficoltà di accesso in una rete sanitaria che le sappia accogliere comprendere.

La Legge n. 40/1998 ha fornito degli strumenti normativi per facilitare l'accesso al Servizio sanitario nazionale e si possono registrare degli effetti positivi sullo stato di salute medio delle comunità di migranti e nomadi presenti in Italia. Tuttavia occorre considerare che i ritardi nella sua attuazione e la mancanza di una capillare diffusione sul territorio nazionale di modelli operativi adeguati ad un intervento di prevenzione, diagnosi e cura in un contesto transculturale ha condotto al perdurare di fenomeni di ritardo di intervento in alcune aree critiche. Attualmente si possono individuare almeno 6 grandi aree critiche della salute degli immigrati che è importante sottolineare:

1. l'aumento delle malattie infettive a carico di vari organi: cutaneo, polmonare, sessuale, epatico e neurologico, assai scarse in passato, oggi più frequenti e con manifestazioni cliniche subdole, che ne ritardano la corretta diagnosi.
2. la comparsa di disagio psichico e di sindromi ansioso-depressive, per il rischio di non saperle adeguatamente diagnosticare e la difficoltà di impostare un sostegno psicologico in una lingua non propria;
3. l'inadeguatezza dell'intervento in ambito materno infantile, espresso dall'aumento dei parti con taglio cesareo e la nascita di bambini pre termine o addirittura l'aumento dei tassi di mortalità perinatale in questa fascia di popolazione, rispetto alla corrispondente popolazione italiana;
4. il rischio di malattie legate alla prostituzione come l'infezione da HIV e le malattie sessualmente trasmissibili. I casi di AIDS nella popolazione straniera notificati al COA, sono passati dal 1-2% del 1992 al 10% del 1999;
5. la tossicodipendenza, soprattutto vissuta in carcere, dove gli immigrati, in particolare privi del permesso di soggiorno, raggiungono un terzo dell'intera popolazione carceraria italiana;
6. la scarsità di servizi dedicati per la salute della donna: prevenzione dei tumori femminili, contraccezione, interruzione volontaria della gravidanza.

Stranieri senza dimora

Un indicatore piuttosto sensibile per segnalare la persistenza di difficoltà di inclusione nella tutela sanitaria degli immigrati ci viene offerto dall'analisi dei dati dell'Osservatorio clinico epidemiologico sulle condizioni di salute delle persone Senza Fissa Dimora (SFD), residenti, immigrate e nomadi presenti a Roma attivato presso il San Gallicano.

Si tratta di 1.631 persone (di cui 172 nomadi e 142 profughi, rispettivamente il 10,5% e l'8,7%), censite fra il 1999 e il 2000 che rappresentano tra il 10 e il 15% dell'intera popolazione di SFD di Roma, in prevalenza maschi (75,9%) giovani-adulti. Mentre per gli uomini la fascia di età più rappresentata è quella compresa fra i 18 e i 34 anni, per le donne è quella fra i 35 e i 54 anni.

Il 32,9% di questa popolazione è italiana, il 40,9% viene da paesi europei non appartenenti all'Unione Europea, il 14% dall'Africa, il 6,4% dall'Asia, il 2,5% da paesi dell'Unione Europea, il 2,3% dalle Americhe e il restante 1% sono apolidi. Gli stranieri sono rappresentati in ordine di maggiore presenza da polacchi, rumeni, bosniaci, ucraini, marocchini, moldavi, iraniani, algerini, tunisini e russi. Sono presenti anche francesi, tedeschi, spagnoli, austriaci, finlandesi, cinesi, indiani e cittadini statunitensi. Il fatto che il 35,4% delle persone senza fissa dimora straniere sia in Italia da meno di quattro mesi fa ipotizzare un notevole ricambio di queste persone a Roma. Una quota del 29,6% dei SFD stranieri è in Italia da più di tre anni. Solo il 15% dei SFD stranieri è in possesso di un permesso di soggiorno.

Il fatto che il 64,6% dei SFD a Roma siano stranieri dovrebbe costituire un campanello d'allarme che segnala la persistenza di difficoltà di integrazione sociale, ovvero evidenzia i problemi esistenti nella politica di prevenzione della clandestinità e di accoglienza degli immigrati, di cui il fenomeno dei SFD può rappresentare una delle conseguenze. È facile immaginare che in tali condizioni le possibilità di inclusione di queste persone nella tutela sanitaria e le azioni di promozione della salute divengono estremamente problematiche.

Naturalmente questo fenomeno coinvolge una piccola quota degli stranieri ma è significativo che la composizione etnica dei SFD a Roma sia radicalmente mutata in pochi anni.

Quella economica è la causa più rappresentata della condizione di SFD (56%), anche se l'alcolismo (5,8%), le malattie mentali o il disagio psicologico (10,2%) e la tossicodipendenza (9%) sono ben rappresentate. Il 10,7% dei SFD ha una storia di detenzione carceraria, che arriva al 30,9% per i SFD con storia di tossicodipendenza.

Il 51,1% dei SFD non aveva avuto rapporti con alcuna istituzione pubblica, prima dell'ingresso nella rete romana di inclusione e quindi dell'accesso al nostro centro. Ciò indica la valenza positiva di tale modello di offerta attiva di programmi di inclusione.

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

È interessante sottolineare il rilievo di 5 donne straniere senza fissa dimora e 9 donne italiane in gravidanza, che non abbiamo inserito tra le patologie rilevate non essendo questa condizione di per sé patologica, ma è evidente come portare avanti una gravidanza, in una condizione di precarietà socio-economica e senza una adeguata assistenza sanitaria, determini un alto rischio per la vita del nascituro e della madre.

In conclusione, i determinanti socioeconomici (istruzione, occupazione, reddito) sembrano molto importanti nel determinismo della condizione di SFD: sono i soggetti più deprivati ad incontrare più spesso questo destino. Vi è poi una grande eterogeneità geografica per le strade di Roma e un probabile notevole ricambio di immigrati SFD, che solleva il problema della gestione delle politiche di accoglienza. Lo stato di severa deprivazione materiale (dimora, esposizione agli agenti atmosferici, nutrizione) si somma alla scarsità della rete relazionale (la ricchezza e il supporto dei rapporti familiari e sociali) e ai comportamenti nocivi per la salute (alcol, fumo e droghe) comportando un alto rischio di malattia e di morte prematura, che rendono urgente il potenziamento dell'attività di inclusione sia attraverso le strutture di accoglienza (dormitori, mense) che degli interventi di supporto e di riabilitazione psico-sociale.

Operare per la promozione della salute

Il nostro punto di vista nell'affrontare tali difficoltà è quello di ricercare e sperimentare nuove vie e modelli operativi per offrire un contributo alla promozione della salute delle comunità di popolazioni migranti e a rischio di emarginazione presenti in Italia, al fine di favorire l'integrazione con la comunità nazionale e migliorare conseguentemente i livelli di salute del Paese.

A nostro avviso è necessario sviluppare iniziative volte alla promozione della salute delle comunità di popolazioni migranti e a rischio di emarginazione attraverso la sperimentazione e attuazione di politiche intersettoriali di salvaguardia della salute nei seguenti campi:

1. sviluppo di strumenti sistematici di riconoscimento, monitoraggio e valutazione dei bisogni di salute delle comunità di popolazioni migranti e a rischio di emarginazione, anche valorizzando le esperienze più qualificate del volontariato;
2. formazione degli operatori sanitari finalizzata ad approcci interculturali nella tutela della salute;

3. organizzazione del modello di offerta dell'assistenza volta a favorire la tempestività del ricorso ai servizi e la compatibilità con l'identità culturale delle comunità di popolazioni migranti e a rischio di emarginazione.

Certamente il perseguimento di tali azioni è necessario per rendere effettivo il diritto costituzionale di tutela della salute riconosciuto ad ogni individuo, ma affinché si realizzino crediamo che sia necessario utilizzare al meglio le sperimentazioni condotte nel SSN e operare per generalizzarle a tutto il territorio nazionale.

Bibliografia di riferimento

- Alston P. *Una vita di stenti tra l'abbondanza. Il progresso delle Nazioni*. Comitato Italiano per l'UNICEF, 1998.
- Arrigo BA. The "Modest Needs" homeless family. *Adm Policy Ment Health* 1998;26(2):137-47.
- Assessorato alle Politiche per la Promozione della Salute di Roma (Ed.). *Storie di barboni rasati a secco*. Roma: Armando Editore; 2000.
- Barnes Pf. Tuberculosis among the inner city poor. *Int J Tuberc Lung Dis* 1998;2(9 Suppl 1):S41-5.
- Bianchini C, Marangi M, Meledandri G, Morrone A. *Medicina internazionale*. Roma: SEU Editore; 2000.
- Calza Bini P, Mirabile ML (Ed.). *L'esclusione sociale tra politiche pubbliche e percorsi individuali. Il caso di Roma*. Roma: Ediesse; 1995.
- Clement M. *Sans domicilie fixe*. Paris: Gallimard; 1988.
- Cohen CI. Aging and homelessness. *Gerontologist* 1999;39(1):5-14.
- Costa G. Immigrati extracomunitari: un profilo epidemiologico. *Epidemiologia e Prevenzione* 1993;17:121-3.
- De Angelis R (Ed.). *Cosmogonie urbane. Nell'universo dei senza fissa dimora*. Roma: Costa & Nolan; 1996.
- De Angelis R. *Gli erranti. Nuove povertà e immigrazione nella metropoli*. Roma: Kappa; 1991.
- De Rosa CJ, et al. Service utilization among homeless and runaway youth in Los Angeles, California: rates and reasons. *J Adolesc Health* 1999;24(6):449-58.
- Ennett St, et al. Social network characteristics associated with risky behaviors among runaway and homeless youth. *J Health Soc Behav* 1999; 40(1):63-78.
- Ferrarotti F. *Vite di baraccati*. Napoli: Liguori; 1974.
- Ferrarotti F. *Roma madre matrigna*. Bari: Laterza; 1991.
- Filosa F. *Vite perdute per strada. Storie di barboni d'oggi*. Padova: Muzzio; 1993.
- Frigessi D, Risso M (Ed.). *A mezza parete. Emigrazione, nostalgia, malattia mentale*. Torino: Einaudi; 1982.
- Garret CR, Treichel CJ, Ohmans P. Barriers to health care for immigrants and nonimmigrants: a comparative study. *Minn Med* 1998; 81(4):52-5.
- Gavagan T, Brodyaga L. Medical care for immigrants and refugees. *Am Fam Physician* 1998;57(5):1061-8.
- Gentilini M, Brucker G, De Montvalon R. *La santé des migrants*. Paris: La documentation française; 1986.
- Geraci S (Ed.). *Medicina e migrazioni. traumi e problemi di salute fisica e mentale in immigrati e rifugiati. Atti del convegno internazionale*. Roma: Presidenza del consiglio dei ministri, Dipartimento editoria; 1992.

- Geraci S (Ed.). *Argomenti di medicina delle migrazioni*. Busseto (Pr): Peri Tecnes; 1994.
- Glied S, et al. Medicaid and service use among homeless adults. *Inquiry* 1998-99;35(4):380-8.
- Golden S. *The women outside. Meanings and myths of homelessness*. Berkeley/ Los Angeles/ Oxford: University of California Press; 1992.
- Granaglia E, Magnaghi M (Ed.). *Immigrazione: quali politiche pubbliche?* Milano: Franco Angeli; 1993.
- Greene JM, et al. Pregnancy among three national samples of runaway and homeless youth. *J Adolesc Health* 1998; 23(6):370-7.
- Guidicini P, Pieretti G (Ed.). *I volti della povertà urbana*. Milano: Angeli; 1998.
- Hopkins A, Bahl V (Ed.). *Access to health care for people from black and ethnic minorities*. London: Royal College of Physicians of London; 1993.
- Hunter Jk, et al. Cost analysis of a nursing center for the homeless. *Nurs Econ* 1999;17(1):20-8.
- Labos. *Essere barboni a Roma*. Roma: Ed. Ter; 1987.
- Lam JA, et al. Social support and service use among homeless persons with serious mental illness. *Int J Soc Psychiatry* 1999, 45(1):13-28.
- Lemma P, Costa G, Bandera L, et al. Stranieri in Italia: lo stato di salute e il sistema sanitario. In: Di Geddes M (Ed.). *La salute degli italiani*. Roma: Nis; 1990.
- Lewis O. *La cultura della povertà*. Bologna: Il Mulino, , 1973.
- Longo G, Morrone A (Ed.). *Cultura, salute, immigrazione*. Roma: Armando; 1995.
- Magli I. *Gli uomini della penitenza*. Padova: Muzzio; 1994.
- Martinelli F. *Poveri senza ambiente*. Napoli: Liguori; 1995.
- Morrone A. *L'altra faccia di Gaia. Salute, ambiente e immigrazione tra nord e sud del pianeta*. Roma: Armando; 1999.
- Morrone A. *Salute e società multiculturale*. Milano: Cortina; 1995.
- Morrone A, Mazzali M, Pistolese A (Ed.). *Oltre il colore della pelle. Italia crocevia di migranti e culture*. Roma: Bagatto Libri; 1999.
- Morrone A, Passi S, Fazio M. Immigrati clandestini extracomunitari a Roma: osservazioni dermatologiche e venereologiche. In: Geraci S (Ed.). *Medicina e migrazioni. Atti Presidenza del Consiglio dei Ministri*. Roma: Dipartimento Editoria; 1992. p. 585-97.
- Morrone A. Viaggiare verso terre accoglienti: il fenomeno immigratorio tra passato e futuro. *Famiglia Oggi* 1998;21(3): 49-66.
- Morrone A. Cure mediche appropriate. Per tutelare la salute della donna immigrata. *Famiglia Oggi* 1998;21(6/7):104-7.
- Morrone A. Razzismo e medicina. In: Bolaffi G, Gindro S, Tentori T (Ed.). *Dizionario della diversità*. Firenze: Liberal Libri; 1998. p. 236-40.
- Morrone A. La pelle bianca, La pelle nera, ovvero immigrati e malattie cutanee. In: Geraci S (Ed.). *Argomenti di medicina delle migrazioni*. Busseto-Roma: Peri Tecnes; 1994. p. 218-28.
- Morrone A, Passi S. Blood levels of vitamin E, polyunsaturated fatty acids of phospholipids, lipoperoxides and glutathione peroxides in migrants from developing countries. In: Geraci S (Ed.) *Medicina e migrazioni. Atti Presidenza del Consiglio dei Ministri*. Roma: Dipartimento Editoria; 1992. p. 602-9.
- Morrone A, Mazzali M, Tumiatì MC. *La Babele ambulante. Parole intorno ai mondi che migrano, sensibile alle foglie*. Editore Dogliani; 2000.

- Morrone A, Mazzali M. *Le stelle e la rana. La salute dei migranti: diritti e ingiustizie* Milano: Franco Angeli Editore; 2000.
- Morrone A, Latini O. Le persone senza fissa dimora: salute senza esclusione. In: Assessorato alle Politiche per la Promozione della Salute di Roma (Ed.). *Storie di barboni rasati a secco*. Roma: Armando Editore; 2000. p. 25-52.
- Morrone A, Buonomini I. Emarginazione ed emozioni: l'esperienza di un servizio pubblico per persone senza fissa dimora, immigrate e nomadi. In: Costantini AM, Gallia R (Ed.). *Disagio metropolitano*. Roma: Tipografia del Genio Civile; 2000. p. 43-53.
- Nanni W. Persone senza fissa dimora e povertà estreme: aspetti quantitativi e qualitativi del fenomeno. In: Caritas Italiana, Fondazione Zancan (Ed.). *Gli ultimi della fila. Rapporto 1997 sui bisogni dimenticati*. Feltrinelli: Milano; 1998.
- Paci M (Ed.). *Le dimensioni della disuguaglianza. Rapporto della Fondazione Cespe sulla disuguaglianza sociale in Italia*. Bologna: Il Mulino; 1993.
- Pellegrino M, Verzio V. *Né tetto né legge*. Torino: Edizioni Gruppo Abele; 1991.
- Pollo M. I senza fissa dimora in Italia. In: Pochettino G (Ed.). *I senza fissa dimora*. Roma: Piemme Caritas; 1995.
- Power R, et al. Health, health promotion, and homelessness. *BMJ* 1999;318(7183):590-2.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri. Commissione d'indagine sulla povertà e sull'emarginazione. *Terzo rapporto sulla povertà in Italia*. Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato; 1993.
- Rauty R. *Homeless. Povertà e solitudini contemporanee*. Genova: Costa & Nolan; 1993.
- Ringwalt CL, I. The prevalence of homelessness among adolescents in the United States. *Am J Public Health* 1998;88(9):1325-9.
- Roy E, et al. Mortality among street youth. *Lancet* 1998;352(9121):32.
- Salmaso L. *La tubercolosi nell'immigrato. Il paziente immigrato*. Bologna: Cuamm, Editeam; 1994.
- Sarpellon G (Ed.). *Percorsi di povertà e reti di servizi*. Milano: Angeli; 1991.
- Sgritta G B (Ed.). *La città dimenticata: povertà ed esclusione sociale a Roma*. Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato; 1992.
- Sgritta GB. Povertà e disuguaglianza economica in Italia: forme, luoghi ed età. In *Tutela* 1993, N.2-3.
- Shaw M, et al. Mortality among street youth in the UK. *Lancet* 1998;352(9129):743.
- Tentori T. *Il rischio della certezza. Pregiudizio, potere, cultura*. Roma: Studium; 1987.
- UNDP. *Rapporto sullo sviluppo umano. 1999 (10). La globalizzazione*. Torino: Rosenberg & Sellier; 1999.
- UNESCO. *World Education Report 1998*. Paris: UNESCO; 1998.
- UNICEF. *The state of the world's children 1999*. New York: Oxford University Press; 1999.
- WHO. *The World Health Report 1999. Making a difference*. Geneva: WHO; 1999.

PROGETTO FINALIZZATO AL MIGLIORAMENTO DELLE CONDIZIONI DI VITA DELLA POPOLAZIONE ATTUALMENTE RESIDENTE NELLA PINETA DI PROCOIO OSTIA

Francesco Dojmi di Delupis, Antonella Maggio, Bianca Malsano, Salvatore Geraci
Caritas Diocesana d i Roma, Area Sanitaria

Introduzione

Nell'attuale quadro socio-politico della città di Roma, caratterizzato da una convivenza multietnica sempre più ordinaria, permangono tuttavia, all'interno della popolazione immigrata, anfratti di esclusione sociale legati spesso alla condizione di irregolarità. La difficile acquisizione o la perdita del titolo di soggiorno in Italia comportano quasi inevitabilmente, anche per chi risiede qui da anni, una rapida retrocessione sociale che fa precipitare la qualità di vita ai livelli più bassi.

Si tratta di gruppi umani, come quello insediatosi anni fa nella Pineta di Procoio, a Ostia, caratterizzati da una continua precarietà e instabilità, particolarmente vulnerabili sul piano della salute.

L'irregolarità giuridica cui sono costretti li rende difficilmente permeabili alle relazioni sociali con la popolazione locale e conseguentemente anche alle informazioni sulle opportunità offerte da un assetto legislativo in rapido mutamento. In situazioni come queste un intervento attivo per la promozione della salute può diventare l'occasione, il ponte di collegamento con la popolazione e i servizi socio-sanitari del territorio verso una reintegrazione nel tessuto sociale?

Con questa sfida si è dato inizio il 16 novembre 1999 ad un progetto promosso dalla XIII Circoscrizione rivolto alla popolazione polacca della pineta di Procoio, conclusosi il 16 novembre 2000.

Obiettivi

Nell'ambito del progetto sono stati identificati e soddisfatti i seguenti obiettivi:

- **Valutare e sistematizzare dei dati relativi alla popolazione della pineta di Procoio**

Sono stati raccolti nel corso del progetto i seguenti dati:

Data di inizio dell' accampamento: 1993

N. di persone presenti da stime delle forze dell'ordine, gennaio 1998: 80-100

N. di persone incontrate nel corso del progetto: 43

N. totale dei contatti: 109 (Figura 1)

N. maschi: 37

N. femmine: 6

Paesi di provenienza: Polonia

Mobilità: permanenza > di un anno.

Età media: 35 anni

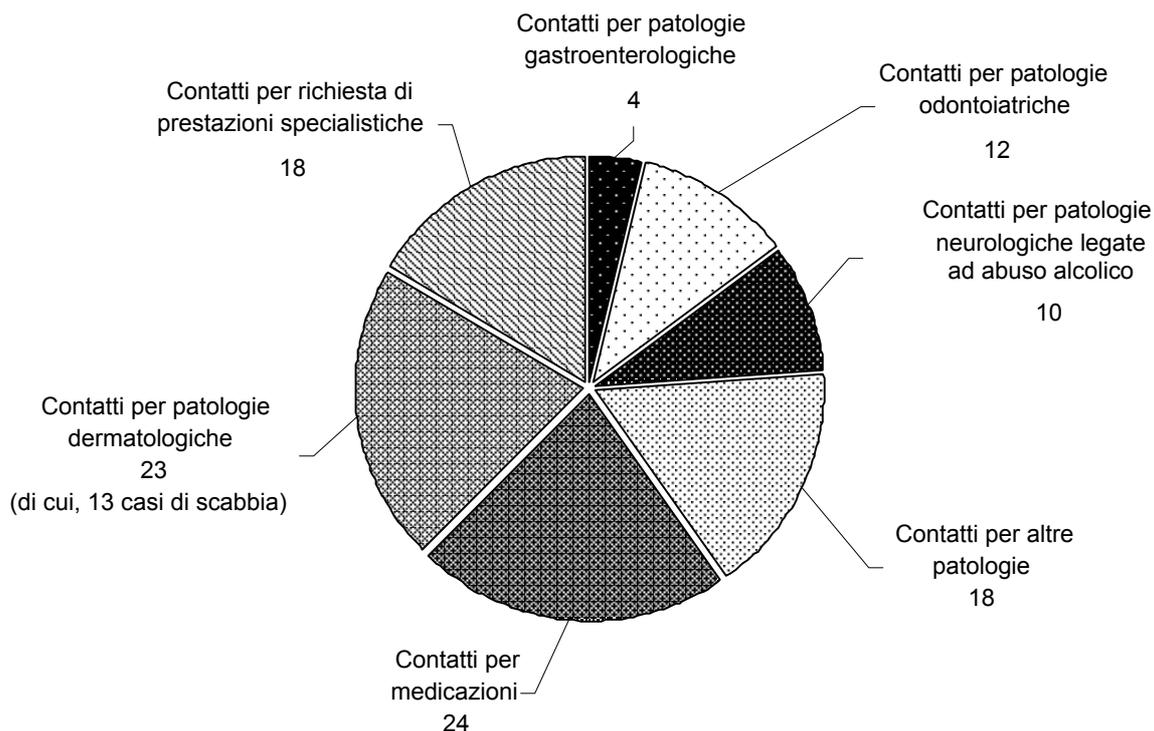


Figura 1. Numero e motivo dei contatti

Attività lavorativa: molti in attesa di lavoro, alcuni lavorano saltuariamente o stagionalmente. Tipo di lavoro: edilizia (piastrellisti, pittori, carpentieri, ecc.) lavoro agricolo stagionale.

Scolarità: media, nessun analfabeta.

Conoscenza della lingua italiana: mediamente discreta, in alcuni casi ottima, in altri casi praticamente nulla.

Permesso di soggiorno: assente

Abitazione: 33 intervistati riferiscono di abitare in pineta, 9 riferiscono di abitare in appartamenti, 1 riferisce di vivere in una roulotte

Tipologia abitativa: baracche con pareti costituite da materiale di recupero vario, tende con pareti costituite da cellophane e stracci. Assenza di acqua, servizi igienici, corrente elettrica.

Numero di persone per nucleo abitativo: variabile da 1 a 5 circa.

Abitudini alimentari: modalità di cottura dei cibi: fuoco a legna, fornelli a gas; qualità del cibo: carne, frattaglie, pollo, legumi in scatola, frutta, verdure, pasta. Uso di alcolici: alto.

Bisogni sanitari rilevati nel corso del progetto: dai dati rilevati, in linea con i risultati della letteratura attuale appare chiaro che tutte le patologie incontrate sono esclusivamente legate alle difficili condizioni di vita della popolazione studiata, ne sono esempio la forte richiesta di medicazioni, le cure odontoiatriche e il numero di patologie dermatologiche in cui fa da padrone la scabbia vera e propria malattia sociale.

Numero ricoveri effettuati: 2

Numero gravidanze accertate: 2

Numero Codici STP accertati al termine del progetto: 11

Numero Carte Caritas riscontrate già in possesso della popolazione: 5

- **Individuare nel territorio le risorse socio sanitarie da coinvolgere nel progetto**

Sono stati progressivamente coinvolti nel progetto:

le Parrocchie locali; il Centro di Ascolto Caritas di Ostia; la ASL RM/D di via Paolini di Ostia e particolarmente l'ambulatorio STP (Stranieri Temporaneamente Presenti); il SER.T. i servizi sociali del Comune, farmacie e ospedale di riferimento; gruppi di volontariato; il Poliambulatorio Caritas di via Marsala.

- **Stabilire un contatto con gli abitanti della pineta per instaurare un rapporto di fiducia e per identificare il loro bisogno di salute**

L'équipe del progetto ha privilegiato nella strategia di intervento il contatto diretto con gli abitanti della pineta assicurando: a) una presenza settimanale con un centro informativo mobile posto nei pressi della pineta facilmente identificabile attraverso un'insegna in lingua polacca b) il contatto telefonico continuo attraverso un numero appositamente dedicato.

- **Identificare gli adeguati strumenti di comunicazione per informare la popolazione della pineta sui percorsi di fruibilità dei servizi sociosanitari**

Sono stati impiegati strumenti di comunicazione adattati culturalmente (brochure tradotte in lingua polacca e rumena), mappe di riferimento indicanti i principali presidi sanitari sul territorio e come raggiungerli.

- **Identificare e realizzare eventuali microprogetti finalizzati alla tutela della salute e alla assistenza sanitaria dei soggetti maggiormente a rischio**

Sono stati identificati e parzialmente avviati tre microprogetti concernenti: a) il recupero di soggetti alcolisti selezionati nella popolazione in collaborazione con il SER.T. b) la distribuzione di farmaci per la terapia della neuropatia alcolica c) l'avviamento di processi di regolarizzazione del permesso di soggiorno per alcuni casi particolari.

Strategia di intervento

Il progetto ha realizzato i percorsi di tutela della salute utilizzando la presente strategia di intervento:

1. Costituzione di una équipe di coordinamento per garantire la realizzazione degli obiettivi formata da un medico responsabile di progetto, un medico di medicina generale e un mediatore culturale. A tali figure nel corso del progetto si sono affiancate un obiettore di coscienza in servizio civile e un assistente sociale.
2. Utilizzazione dei servizi sociosanitari già operanti nel territorio con un coinvolgimento progressivo delle risorse disponibili.

La chiave di volta dell'intervento è stata proprio la scelta di impiegare e responsabilizzare i servizi socio-sanitari presenti sul territorio nella risoluzione del problema evitando di proporre un modello di aiuto esclusivamente di tipo assistenziale e non esaustivo a lungo termine.

Conclusioni

In conclusione, il progetto ha funzionato come un enzima catalizzatore di un sistema i cui elementi fondamentali sono stati:

1. l'offerta attiva dei servizi, ossia l'uscire, l'andare dove c'è il bisogno in un'ottica estesa di promozione della salute;
2. il riorientamento dei servizi sociosanitari già presenti sul territorio;
3. il lavoro di rete ossia l'integrazione delle risorse socio-sanitarie e di volontariato territoriali.

LA CONDIZIONE SANITARIA DEGLI IMMIGRATI IN ITALIA

Alceo Martini

EISS - Ente Italiano di Servizio Sociale onlus, Roma

Nel corso del convegno tenuto nel 1999, sono stati illustrate le finalità e gli obiettivi di una ricerca sui bisogni sanitari degli immigrati e sulle corrispondenti risposte istituzionali e non, in corso di realizzazione da parte dell'EISS Onlus (Ente Italiano di Servizio Sociale), su commissione del Ministero della Sanità.

Nel Convegno 2000 si ritiene opportuno presentare sinteticamente i risultati della ricerca.

In via preliminare, va effettuata una premessa necessaria ad inquadrare i termini della questione oggetto della ricerca.

Come unità di analisi sociale è stata individuata la fascia di popolazione immigrata costituita dagli extracomunitari, che presenta problemi di maggiore criticità e gravità e bisogni di interventi sanitari più urgenti e mirati. Si tratta di soggetti provenienti da Paesi in via di sviluppo, dalle varie parti del mondo, caratterizzati da estrema povertà e forte pressione demografica. Essi costituiscono la stragrande maggioranza del vasto universo degli immigrati (il 90% del totale).

Per risolvere il secondo aspetto (il concetto di bisogno sanitario) si è fatto ricorso alla ricca letteratura sociologica e psicologica prodotta sull'argomento.

È sufficiente ricordare i contributi di Marx e di Fromm, ma soprattutto quello di Maslow con la sua "teoria sulla gerarchia dei bisogni". Il bisogno sanitario è stato definito come il risultato dell'azione congiunta di tre fattori: fisico individuale (le menomazioni o le alterazioni dell'organismo umano), sociologico (il contesto socio-ambientale) e sanitario- istituzionale (l'accesso e la fruizione dei servizi e delle prestazioni promosse dalle strutture del SSN e del Privato Sociale).

A quali conclusioni è pervenuta la ricerca?

In primo luogo va evidenziato che i bisogni sanitari degli immigrati non presentano differenziazione alcuna rispetto a quelli dei cittadini italiani, con analoghe condizioni di vita e di lavoro.

Il dato dell'etnia non esercita alcuna influenza nella determinazione degli stati patologici. È probabile che una qualche influenza possa essere attribuita all'elemento religioso piuttosto che a quello etnico.

Tra i numerosi fattori di origine socio-economica che influenzano lo stato di salute e la condizione sanitaria degli immigrati, assume significativo rilievo la situazione abitativa. La fatiscenza degli alloggi, la sistemazione in locali angusti, il sovraffollamento, la promiscuità, provocano l'insorgenza di malattie infettive, che presentano picchi in forte espansione. La diversa tradizione alimentare, la rigidità delle condizioni climatiche, contribuiscono all'insorgenza delle malattie respiratorie, gastrointestinali, circolatorie, reumatologiche e artritiche. La pericolosità e la nocività dei lavori praticati, i periodici e frequenti cambiamenti di ruolo, di settore economico e di sede, producono situazioni di forte affaticamento fisico che, oltre a riflettersi sullo stato di salute complessivo, generano patologie che interessano l'apparato neurovegetativo. Si registrano gravi forme di esaurimento nervoso, destinate a trasformarsi in sindrome depressive e disturbi psico psichiatrici derivanti da disadattamento e da disagio interculturale. Le sindromi depressive colpiscono generalmente le donne a causa

dell'isolamento affettivo in cui vivono, mentre il disadattamento sociale interessa principalmente i minori, i quali vivono in una situazione di forte ambivalenza culturale: da una parte la famiglia che continua ad essere orientata dal modello socio-culturale del Paese originario, dall'altra parte la nuova società di accoglienza con i nuovi valori che il minore ha difficoltà ad interiorizzare.

In secondo luogo, va sottolineato che il cosiddetto fenomeno "effetto migrante sano" è in fase di decrescente esaurimento, a causa dei cambiamenti avvenuti negli scenari demografici. La maggiore presenza di minori, i ricongiungimenti familiari, l'invecchiamento dei primi arrivati (che sono stati oggetto di "selezione" sul loro buono stato di salute nei paesi d'origine e sono partiti dotati di un proprio progetto migratorio), cambieranno la mappa dei bisogni sanitari e apriranno nuove prospettive di intervento al sistema della sanità pubblica.

In terzo luogo, va evidenziato che, contrariamente all'opinione corrente secondo cui l'offerta pubblica è inadeguata a rispondere ai bisogni sanitari della collettività per una serie di motivazioni (l'eccessiva burocratizzazione e monetizzazione, la frammentazione delle strutture, la carenza di informazioni, i ritardi nell'erogazione delle prestazioni, solo per citarne alcuni), gli immigrati esprimono un giudizio sostanzialmente positivo nei confronti del SSN. È probabile che questa valutazione possa essere considerata come una forma di riconoscenza o di gratitudine. Va ricordato che gli immigrati, nella generalità dei casi, sono passati attraverso l'esperienza della clandestinità, che ha inciso profondamente nella loro personalità, creando situazioni di instabilità emotiva e provocando stati di stress anche a causa della mancanza di copertura assicurativa. Con la regolarizzazione della posizione giuridica e la conseguente iscrizione al SSN, molti problemi degli immigrati si aprono a prospettive di soluzione.

Infine, si può dire che il concetto di bisogno sanitario, definito come il prodotto dell'incontro tra la sfera fisica, quella sociale e quella sanitario- istituzionale, esce notevolmente rafforzato e arricchito di nuovi elementi. Emerge un bisogno sanitario non astratto, ma fortemente radicato ad una determinata comunità e territorio, culturalmente identificabile. Si realizza così quel processo chiamato della "territorializzazione" del bisogno, fondato sul presupposto che il cittadino deve poter soddisfare il proprio bisogno a livello locale, accedendo con facilità ai servizi di cui ha bisogno, per la realizzazione del proprio benessere.

In ultimo, si ritiene importante sottolineare, tra le altre, due indicazioni di tipo operativo:

- promuovere in tempi brevi una azione socio-culturale, che privilegi il momento della prevenzione rispetto a quello della cura e, per quanto riguarda le donne, metta al primo posto la tutela della gravidanza e della maternità. Questa azione di informazione può essere svolta dai servizi di segretariato sociale e dalla nuova figura professionale del mediatore culturale, così come previsto dalla riforma organica dell'assistenza, approvata recentemente dal Parlamento;
- velocizzare le procedure per la regolarizzazione della posizione giuridica degli immigrati. La regolarizzazione della posizione rappresenta un momento fondamentale della vita dell'immigrato, segna una svolta nella sua esistenza, contribuisce a innalzare la qualità della vita.

Per concludere, vorrei riprendere una considerazione sottolineata nel Rapporto presentato nel dicembre 1999 dalla Commissione per la politica integrativa presso il Dipartimento degli Affari Sociali: "la salute degli immigrati è un bene che va tutelato anche nell'interesse del nostro Paese".

ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA ALLE COMUNITÀ ROM PRESENTI NEL TERRITORIO DELLA ASL RM B

Gemma Jane Fenton, P. Tomassini
Opera Nomadi, Roma

Questo progetto realizzato dall'azienda ASL RM B con la collaborazione dell'Opera Nomadi (per la mediazione culturale e il supporto logistico) e parzialmente finanziato dal Comune di Roma, prevede assistenza sanitaria e sociale nelle comunità Rom esistenti nel territorio di competenza.

Le finalità del progetto sono:

- assistenza sanitaria di base;
- promozione dell'accesso ai servizi socio-sanitari sul territorio;
- educazione alla salute.

Le risorse di cui si avvale sono:

- un camper attrezzato ad ambulatorio fornito in comodato d'uso dalla Farmacap;
- un medico;
- un'infermiera;
- un assistente sociale;
- un mediatore culturale.

Storia dell'assistenza alle comunità Rom nel territorio dell'azienda ASL RM B

Nel 1997 l'azienda ASL RM B ha iniziato gli interventi nel campo di Casilino 700 con una offerta attiva di vaccinazioni. Più o meno nello stesso periodo i volontari di "medici senza frontiere" sono intervenuti con un ambulatorio mobile.

Queste iniziative erano inizialmente accolte con diffidenza e ostilità dagli abitanti del Casilino 700 (chiuso il 16 ottobre 2000); vi furono aggressioni ai volontari e danneggiamenti al camper.

Da allora molte cose sono cambiate e alcune barriere e stereotipie culturali sono cadute.

Il progetto in corso è stato esteso alle seguenti comunità :

- Casilino, 900 +/- 1000 abitanti circa
- Salviati, 1 e 2 +/- 300 abitanti circa
- Ciampino, +/- 300 abitanti circa
- Salone, +/- 2000 abitanti circa
- Totale, +/- 3600 abitanti circa

Sono dati non ufficiali e provvisori, desunti dal numero di famiglie presenti nei campi.

Storicamente gli abitanti di queste comunità tendevano ad usufruire solamente del servizio di pronto soccorso in casi d'emergenza, essendo inconsapevoli dei loro diritti e dei loro bisogni

sanitari. Il risultato di questo atteggiamento era che molte patologie arrivavano in una fase conclamata portando sofferenze (e in alcuni casi a decessi) che sarebbero state facilmente prevenibili.

L'utenza attuale raggiunta dall'unità mobile è costituita principalmente da adulti e bambini, mentre la percentuale di anziani che usufruiscono del servizio è minore rispetto alle altre fasce d'età (Figura 1).



Figura 1. Gli utenti che partecipano al progetto suddivisi secondo le diverse fasi della vita

Dall'avvio del progetto ad oggi il numero di persone che usufruiscono del servizio è stato in costante crescita. Nel luglio scorso il servizio stesso è stato quasi raddoppiato, passando da 6 turni settimanali a 11. Nel mese di ottobre del 2000 si sono avuti 842 contatti.

Attività svolta dal Presidio Mobile Sanitario dal mese di luglio 2000 a febbraio 2001 (visite mediche).

Alcuni esempi di interventi effettuati durante il servizio:

- Ricorso al 118: per soccorso ad una bambina di 7 mesi con crisi respiratoria acuta: ventilata con maschera di ossigeno e assistita. Presentava cianosi al volto e agli arti inferiori. Ambulanza arrivata dopo mezz'ora
- Ricorso al 118: per un caso di infarto
- Ricorso al 118: una bambina di 10 anni: ricoverata
- Visita domiciliare per crisi asmatica acuta di una persona anziana
- Ricovero effettuato con i mezzi dell'Opera Nomadi all'Ospedale Cartoni sezione 3DU per accertamenti polmonari (Neoformazione polmonare) e successive pratiche per operazione chirurgica
- Individuazione di un sarcoma alla coscia in un soggetto di 21 anni inviato al San Raffaele per cura oncologica.

Metodi e iniziative dell'équipe del Presidio Sanitario Mobile

Numerose sono le differenze culturali e comportamentali tra il nostro mondo e quello Rom. È importante quindi che l'intervento sia strutturato rispettando sia la cultura di appartenenza dei nostri utenti, sia la cultura socio-sanitaria italiana. Le nozioni di Wilson sulla "competenza culturale" (1982), sono molto attinenti e al tempo stesso rinchiudono concetti sottolineati in altri

progetti organizzati dal comune di Roma, tesi all'integrazione e all'accettazione degli immigrati (es. "Crescendo Insieme" progetto sperimentale di formazione di insegnanti ed educatori in situazioni interculturali, Dipartimento XI-II UO Servizio psicopedagogico, settore interculturale).

La cultura d'appartenenza definisce il significato del comportamento sociale, le conoscenze e il modo in cui le linee guida che consentono il mantenimento della stabilità del sistema sociale, del sistema linguistica e del sistema dei valori funzionino. Una comprensione culturale aiuta a capire le norme e aspettative sullo sviluppo dei bambini, il ruolo assunto dalle persone in diverse contesti e le modalità di comunicazione interpersonale accettabile. La comprensione culturale serve anche a definire quale comportamenti o modalità comportamentale sono visti come adattativi o male adattativi. Per esempio il furto ad ignoti non è visto malamente all'interno della comunità Rom mentre una donna che beve è considerata negativamente. Il valore adattativo di come sono vissuti questi comportamenti salta immediatamente all'occhio. Mentre si ruba per sopravvivere, le donne hanno un ruolo molto grosso nel mantenimento della famiglia e quindi devono rimanere lucide.

La cultura influenza anche le credenze sulla malattia fisica, mentale e il significato dello stress. Le credenze definiscono il ruolo di una persona malata sia all'interno della famiglia sia all'interno della società. Per esempio, persone con handicap fisici sono ben integrate all'interno delle comunità Rom. Tali valori definiscono anche le tipologie di aiuto e il modo con cui le persone lo cercano. Storicamente i Rom usufruivano il pronto soccorso in casi d'emergenza ignorando il loro bisogno e diritto ad un medico di base. Ora l'utenza del camper sanitario è molto estesa.

Secondo Wilson gli istituti culturalmente competenti dovrebbero presentare principalmente 4 qualità:

1. La capacità di valutazione, di adattamento e di gestione delle dinamiche create dalle differenze culturali.
2. La capacità di comprensione dell'importanza della continua autovalutazione della propria struttura organizzativa.
3. La capacità in base ai punti 1 e 2 di individuare i passi necessari per rendere l'intervento più efficace e mirato.
4. L'istituzionalizzazione delle conoscenze culturali acquisite tramite formazione, esperienze e letteratura.

D'altra parte ci sono anche comportamenti da evitare:

1. La distruzione culturale ovvero servizi che rompono o spezzano famiglie.
2. La cecità culturale ovvero un trattamento uguale per tutti.
Per esempio gli anziani, molto rispettati all'interno delle comunità Rom, spesso vengono a misurare la pressione senza alcun motivo medico apparente. Per loro, farsi controllare ha un valore relazionale particolare che va apprezzato e coltivato come parte del tentativo di facilitare l'accesso e l'uso dei servizi socio-sanitari.
3. La messa in atto di servizi insufficienti.
Ci sono alcuni bisogni dei Rom che il servizio sanitario non è in grado di soddisfare, il che provoca frustrazione e risentimento. Per esempio, di recente c'è stata un'epidemia di scabbia e tigna nel campo di Salone. I medicinali per curare queste malattie costano 16-20.000 lire. Per una famiglia con 7 bambini si può comprendere quanto sia difficile la spesa e di conseguenza l'eventuale cura.

Applicando questi concetti al lavoro quotidiano l'équipe cerca di realizzare un miglioramento delle condizioni igienico sanitarie delle comunità raggiunte e della loro educazione sanitaria. Al tempo stesso si cerca di divulgare a livello istituzionale un'idea meno stereotipata dell'immagine dello "zingaro".

L'utente "tipico"

È molto difficile descrivere l'utenza tipica di un progetto destinato alle comunità Rom senza cadere in alcune stereotipie culturali, ma ai fini di un intervento efficace è indispensabile. Tradizionalmente i Rom non hanno un linguaggio scritto e molti sono tutt'ora analfabeti. In più, molti utenti hanno problemi nella comprensione dell'italiano.

Vivono in gruppi dai quali traggono forza e sostegno reciproco; essi appartengono ad etnie diverse e spesso in contrasto; non sono rare manifestazioni di razzismo verso altri gruppi. (es. fra mussulmani e ortodossi, e in generale fra zingari e i *gagè*, i non zingari). All'interno di questi gruppi, i bambini e gli anziani hanno un ruolo particolarmente importante. I bambini sono visti comunque e sempre come una ricchezza, un rafforzamento della famiglia, mentre gli anziani sono considerati e rispettati come depositari della cultura e dell'esperienza.

Però l'essere bambino dura poco e spesso i lavori di casa e i fratellini vengono affidati a ragazze molto giovani (9 o 10 anni). Al tempo stesso il dottore non può affidare ricette scritte o istruzioni sulle cure sanitarie a bambini di tenera età. Spesso questo contrasto crea molta frustrazione per bambini molto abituati a curarsi da soli.

Il Rom tipico vive nel "qui e ora" e il loro vissuto spazio-temporale è molto diverso da quello occidentale, come sottolinea R. Dragutinovic nel suo racconto della "storia vissuta dei Rom dasikhanè in Italia". Un esempio: dopo la morte di un familiare per contare correttamente i primi 40 giorni di lutto i Rom fanno un nodo al giorno ad una corda che si sono messi al collo. Quest'aneddoto solleva un problema che l'équipe affronta abbastanza spesso ovvero il prendere e ricordare appuntamenti nelle strutture specialistiche. Non di rado, dire "alle 16.30 venerdì 14 marzo" ha poco o nessun significato per un Rom e trovare modi alternativi per comunicare questi appuntamenti come "fra 15 giorni dopo pranzo" ha molto più successo. Con piccoli accorgimenti del genere il lavoro quotidiano va costantemente migliorando. Al tempo stesso le comunità Rom si mobilitano per raggiungere ambulatori medici specializzati ecc. con più facilità e dimestichezza.

Dati relativi all'Intervento Sanitario

È fondamentale un'analisi dei dati raccolti durante questi mesi di intervento per contribuire al processo di autovalutazione del lavoro svolto dall'équipe e per prospettare interventi più mirati alle necessità emerse e alla prevenzione in generale.

Da quando è stato avviato il servizio è iniziata una campagna di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, in base alle normative vigenti; oltre a coloro che essendo in regola con il permesso di soggiorno sono già muniti del tesserino sanitario, l'Opera Nomadi ha richiesto e successivamente sono stati erogate dalla ASL RM B, 511 iscrizioni al Servizio Sanitario Nazionale, a partire dal 15/6/99.

Di questi tesserini, 250 sono stati erogati a uomini, e 261 a donne. I minori, compresi in queste cifre sono 166. Ogni tesserino ha validità di 6 mesi e ogni volta vanno rinnovati. A

tutt'oggi le operazioni di richiesta e rinnovo, effettuate dall'Opera Nomadi, sono state oltre 2000.

Uno studio quantitativo e qualitativo più approfondito dei dati raccolti dall'inizio del progetto è ancora in corso e permetterà di conoscere l'incidenza e il tipo delle patologie che affliggono la popolazione delle comunità Rom. Fin d'ora è però possibile individuare nelle tre fasce d'utenza principali (minori, adulti, anziani) alcuni dati significativi, che rimandano di continuo alle condizioni di vita dei residenti nei campi, siano essi Rom o di altre etnie.

Minori

Fra i minori in tenera età sono molto diffuse le malattie respiratorie che negli scorsi anni, soprattutto nelle stagioni invernali, hanno causato alcuni decessi. È evidente la relazione con le condizioni abitative ambientali, come è altrettanto evidente che da quando il servizio di assistenza sanitaria è attivo, nei campi da noi raggiunti, raramente le affezioni di questo genere si sono evolute fino a diventare pericolose, e mai ci sono stati decessi per questo motivo. Altre patologie presentate spesso dai bambini riguardano la pelle. Frequenti sono i casi di impetigine, scabbia, infezioni cutanee, funghi e lendini. La presenza di numerosi cani, randagi e no, quasi tutti malati e con parassiti, costituisce una fonte di rischio molto alta. In particolare in questi ultimi tempi si sono avuti numerosi casi di tigna e per questo motivo è stata sospesa la frequenza scolastica dei bambini nel campo di Via di Salone. Dopo aver individuato i primi casi è stato avviato uno screening a tappeto su tutta la popolazione infantile in età scolare e non, in collaborazione con il dott. Morrone del San Gallicano.

Questo tipo di problemi è spesso in comune con gli adulti, soprattutto per le condizioni di promiscuità in cui vivono i nuclei familiari, aggravati dalla patologica mancanza di acqua, e di conseguenza da una igiene personale praticamente impossibile. In particolare la situazione igienica dei campi non attrezzati è tragica. Cumuli di spazzatura mai rimossa e la mancanza di fognature creano grossi rischi per i residenti. I campi sono infestati da topi e zanzare, e spesso i primi a farne le spese sono i bambini. Numerosi sono stati i casi in cui essi sono arrivati con gambe gonfie di punture di zanzara e più di rado con morsi o allergie associate ai topi. C'è stato persino il caso (segnalato) di un bimbo di tre anni sorpreso dalla madre a giocare con un topo morto.

Queste situazioni sono state più volte segnalate alle autorità competenti ma senza nessun risultato. Di riscontro, si è notato come queste patologie tendano a diminuire sensibilmente nelle comunità trasferite nei campi attrezzati, dotati dai container con luce, acqua calda e docce.

Altro problema che si riscontra spesso nei bambini e non solo, è quello della salute dentale: carie e infezioni sono molto frequenti e spesso vengono trascurate, anche perché i servizi disponibili non hanno obiettivamente un facile accesso e sono molto costosi.

Grazie alle campagne di vaccinazione promosse dalla ASL RM B, è sempre più raro il caso di bambini in tenera età non vaccinati; pochissimi fra quelli in età scolare e fra quelli iscritti alla scuola dell'obbligo.

È molto difficile valutare con i criteri della nostra cultura quando un bambino Rom diventi adulto. Per noi un adolescente di sedici anni viene considerato tutto meno che un uomo, ma fra gli zingari spesso a sedici anni ci si sposa, si sostiene una famiglia e comunque si ha alle spalle, un'esperienza di vita tale da essere considerati adulti molto precocemente. Ed è innegabile che essi (uomini o donne) siano già in grado di badare a loro stessi in giovanissima età, e non di rado sono indispensabili nell'accudire fratelli e sorelle in assenza dei genitori. Spesso questi soggetti si rivolgono direttamente agli operatori del campo per i loro problemi e reagiscono male quando si richiede loro di venire accompagnati da un adulto.

Adulti

Fra gli adulti si ritrovano, con incidenza diversa, alcune delle patologie riscontrate già nei bambini, vedi malattie della pelle, carie, affezioni respiratorie.

Fra gli adulti di sesso maschile si riscontrano patologie cardiovascolari ed epatiche derivanti da una dieta molto ricca di grassi, spesso da un abuso di alcolici e da contaminazioni dei cibi e soprattutto dell'acqua. Quest'ultimo è uno dei grossi problemi dei campi in quanto le fontane sono spesso rotte e l'approvvigionamento dell'acqua è effettuato tramite tubi di PVC giacenti in terra, spesso bucati, e portati alla bocca dai bambini per bere, o a contatto con i recipienti per cucinare. Non è raro, soprattutto nei bambini, riscontrare la presenza di parassiti intestinali.

Quello dell'alcol è un problema che riguarda anche giovani e donne, con casi di alcolismo vero e proprio. Il primo contatto dell'équipe medica con gli adulti spesso è motivato da un controllo della pressione arteriosa come a voler controllare le proprie condizioni, ma senza cambiare le proprie abitudini alimentari. Molti, uomini e donne, hanno problemi collegati al tabagismo. Fra i giovani si riscontra qualche caso di uso di stupefacenti, in particolare cocaina, ma nessuno ha mai contattato il personale sanitario dichiarando questo problema. Numerosi sono i casi di malattie veneree, anche se si rivelano solamente in fase già avanzata e con l'aumento della confidenza tra gli operatori sanitari e l'utenza.

Dalle donne arrivano numerose richieste di invio a visite ginecologiche. Spesso si tratta di donne con numerose gravidanze alle spalle, non di rado a 25 anni hanno già 4 o 5 figli. Sono state richieste informazioni riguardanti pratiche contraccettive e aborti terapeutici, anche se su questo punto ci sono grosse resistenze culturali soprattutto da parte degli uomini.

In generale, sia gli uomini che le donne, invecchiano molto precocemente e ci sono pochissimi anziani che superano 65 anni.

Anziani

Le condizioni di vita in cui versano i residenti dei campi fanno sì che la stragrande maggioranza degli anziani, presenti problemi osteo articolari. Ciò si riscontra anche nei soggetti relativamente più giovani. E non è un caso che la richiesta di anti infiammatori sia altissima e diffusa in fasce di età diverse come panacea di tutti i mali, ma soprattutto di tutti i dolori. Si riscontrano spesso anche insufficienze respiratorie (bronchiti croniche e asma) e un caso accertato di tumore al polmone. Per il resto le patologie più diffuse sono quelle tradizionali legate all'età, diabete, ulcere, malattie dell'apparato digerente e di quello urogenitale.

Come si può vedere da questo breve riassunto della casistica riscontrata nei ultimi mesi, gli abitanti dei campi visitati incominciano a capire che hanno sia il bisogno, sia il diritto all'assistenza socio-sanitaria. Quando è necessario richiedono visite specialistiche e riescono a compiere tutto l'iter. C'è stato un notevole sforzo da parte degli assistenti sociali ad agevolare l'approccio iniziale con le strutture sanitarie, sia a livello informativo, sia a livello logistico (dando indicazioni sugli indirizzi, informazioni sui mezzi pubblici, istruzioni su come e quando arrivare agli appuntamenti. In alcuni casi è lo stesso assistente sociale a prendere gli appuntamenti e ad accompagnare l'utente, quando ad esempio non parla o non capisce la nostra lingua, o nel caso di anziani in difficoltà o privi di familiari che possano accompagnarli).

È evidente che la progettazione d'interventi mirati alla prevenzione primaria dovrebbe prendere in considerazione sia il profilo dell'utente tipico, sia le problematiche riscontrate più frequentemente.

A questo scopo importantissimo è il lavoro degli assistenti sociali, che visitando quasi quotidianamente i campi possono individuare i soggetti o le famiglie che necessitino di supporto. Spesso questo tipo di intervento nasce durante gli stessi contatti giornalieri per le

visite ambulatoriali effettuate sul camper, dal momento che l'assistente sociale è costantemente presente. Altre indicazioni e segnalazioni arrivano dagli operatori stessi dell'Opera Nomadi, che grazie alla maggiore frequentazione delle comunità Rom possono mettere in evidenza altre situazioni su cui intervenire.

Nella Figura 2 sono indicati i motivi per il ricorso all'assistenza sanitaria da parte dell'utenza complessiva, non separata per fasce di età.

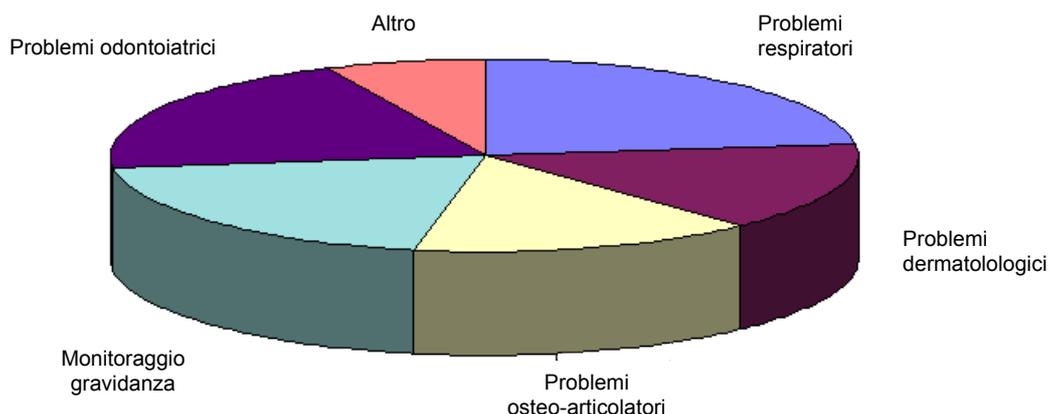


Figura 2. Problemi tipici portati dall'utenza (dati forniti dalla ASL RM B nel 2000)

Conclusioni e suggerimenti

L'importanza dello sviluppo della competenza culturale all'interno d'interventi come questo diventa fondamentale allo scopo del loro successo. Con una buona comprensione e rispetto della cultura d'appartenenza, l'ambiente in cui funziona il progetto sanitario è diventato molto più caldo, accogliente e funzionale. In più gli operatori del progetto stanno diventando un punto di riferimento nelle comunità, almeno per un certo tipo di problematiche, svolgendo anche un primo servizio di pronto soccorso effettuato dagli infermieri che si alternano nei vari campi.

Parallelamente alla crescita delle conoscenze sul nostro bacino d'utenza cresce anche la possibilità di promuovere una maggiore cultura a livello d'educazione sanitaria, igienica e preventiva. Ma questa opera di divulgazione rimane nella sfera individuale piuttosto che collettiva. Sia a livello d'igiene personale che collettivo, il bisogno di linee di guida che possano indirizzare l'utente ad usare semplici regole (es. non usare vestiti di chi ha funghi o scabbia) è fondamentale. Al tempo stesso va sottolineato che qualsiasi depliant o poster informativo mirato alla prevenzione primaria dovrebbe essere il più possibile iconografico evitando l'uso del linguaggio scritto (es. donna incinta con sorriso, donna incinta con sigaretta in bocca cancellato da una croce rossa, ecc.). Sarebbe opportuno organizzare incontri, soprattutto con donne e giovani, nei quali vengono date informazioni elementari: pratiche contraccettivi, igiene personale, nozioni elementari di puericultura, prevenzione dei tumori al seno per le donne e così via.

Tra gli operatori del progetto sanitario e l'utenza dei campi c'è ormai una certa familiarità che si estende anche a numerosi impiegati della ASL RM B ormai abituati ad avere contatti con i Rom. Nonostante questo, quando deve affrontare appuntamenti con specialisti in strutture diverse da quelle usuali (camper sanitario o ambulatori di zona) la nostra utenza ha grossi problemi di approccio sia per difficoltà linguistiche che culturali. In questa fase è importante la presenza di un mediatore culturale rom appositamente preparato, o almeno di un operatore, come quelli che nel nostro progetto sono forniti dall'opera nomadi; operatori in grado, pur conoscendo poco il *romanes*, di mediare i rapporti fra l'équipe sanitaria e gli zingari. Nelle strutture socio-sanitarie cui le comunità rom fanno abitualmente riferimento, il personale è abituato a comunicare e trattare con essi. Viceversa nelle strutture specialistiche e negli ospedali dove minore è la conoscenza delle problematiche relative ai nomadi, spesso essi sono trattati con diffidenza e pochi tentativi vengono compiuti per agevolarli, comprenderli e assisterli.

Sarebbe necessaria una rete tra ASL d'appartenenza, ospedali e altri servizi collegati per far sì che gli utenti rom possano avere qualcuno con un minimo di preparazione a cui rivolgersi in ogni struttura. A questo fine si potrebbero sensibilizzare gli impiegati che devono far fronte alle richieste dei Rom fornendo loro le informazioni necessarie sulle difficoltà culturali e linguistiche dei nostri utenti e chiedere ad ogni ente di provvedere ad un referente a cui essi possano rivolgersi.

Inoltre sarebbe utile disporre per casi particolari un servizio di trasporto (svolto es. dall'opera Nomadi), per tutti coloro privi dei mezzi per arrivare a questi appuntamenti. Questo servizio è attualmente svolto a livello personale e fuori orario lavorativo dagli operatori dell'Opera Nomadi con la collaborazione e il supporto degli assistenti sociali della ASL. Ma è evidente che la via da seguire non può essere questa, basata sulla disponibilità degli operatori.

Inoltre molti utenti hanno difficoltà a sostenere le spese per i medicinali in fascia C (in particolare gli anziani e bambini nella prima infanzia per i quali anche medicine importanti come antibiotici pediatrici sono a pagamento). L'ASL RM B ha provveduto per quanto possibile a fornire i medicinali fondamentali per l'attività del camper sanitario.

Inoltre sarebbe utile organizzare raccolte periodiche, se non addirittura trovare sponsor (es. associazioni professionali come quella dei farmacisti, la Camera di Commercio, grosse distribuzioni alimentari), non solo di medicinali ma anche di generi tipo pannolini, latte artificiale per neonati ecc. pochissimo usati nei campi per via del costo. Infine pensiamo sia opportuno cominciare a prendere in considerazione l'idea di portare in ogni campo non attrezzato, un container o una struttura fissa con docce per i residenti. Potrebbe essere perfino un servizio a pagamento, con cui verrebbero contenuti i costi di gestione e pagato il personale Rom che si potrebbe occupare e responsabilizzare per la manutenzione e la pulizia. Spesso le idee più peregrine sono le più semplici ed efficaci. Come quella suggerita qualche mese fa di occuparsi dei cani randagi (problema evidentemente sottovalutato da molti) che avrebbe evitato le epidemie in corso in questo periodo, e forse con il costo di qualche doccia non si avrebbero più neanche scabbia e patologie simili.

Considerazioni finali

Alla luce di tutto ciò risultano evidenti alcune considerazioni. Innanzitutto la bontà del progetto di medicina preventiva in quanto unico modo per evitare il degenerare della situazione nei campi sosta. Ma la cosa più evidente è che se anche non fosse valido un discorso di solidarietà nei confronti di chi vive in queste condizioni, il progetto esercita una ovvia funzione di controllo e di abbattimento dei costi sociali, evitando che la situazione possa degenerare, con conseguenti oneri maggiori a carico del sistema sanitario nazionale (es. per ricoveri ospedalieri

e altro). Inoltre viene esercitata una funzione di controllo di patologie che altrimenti potrebbero espandersi nel tessuto sociale della città, come risulta evidente nel caso dell'epidemia di tigna e scabbia a Via di Salone. Grazie alla presenza nel campo dell'équipe medica è stata individuata e sono state adottate misure come il blocco della frequenza scolastica, che evitano l'espandersi dell'epidemia nel territorio cittadino.

Risulta altrettanto evidente come sia assurdo operare in una condizione in cui da una parte si cura la gente e dall'altra non si riescono ad eliminare le condizioni di degrado ambientale che provocano queste patologie. La situazione igienico sanitaria dei campi è stata più volte segnalata con particolare riferimento, oltre ai cumuli di spazzatura, alla situazione dei cani e dei topi. Se queste indicazioni fossero state recepite qualche mese fa, probabilmente ora non si parlerebbe di epidemie, di rischi per la città e soprattutto non ci sarebbero un centinaio di bambini costretti ad allontanarsi dalla scuola. Occorre creare una sinergia di interventi fra tutti gli operatori del settore, e le istituzioni direttamente responsabili (USI, Assessorati della sanità e delle politiche sociali, ecc.) per evitare che vengano sprecate risorse umane e economiche. In data 26/2/2001, le condizioni di campi come quello di Via di Salone, viste le cifre spese, o almeno come tali dichiarate dagli esponenti del comune, sono la dimostrazione del fallimento di questo modo di operare senza collegamenti e solo per fronteggiare l'emergenza. I soldi spesi ogni anno sarebbero sufficienti a risolvere in gran parte il problema abitativo dei gruppi presenti nei campi di sosta, con la creazione di campi attrezzati come quelli istituiti recentemente, permettendo lo smantellamento dei campi della vergogna presenti nel territorio.

BIOETICA, DIRITTI UMANI E MULTIETNICITÀ

Roberta Rondini

Facoltà di Scienze Sociali, Università Pontificia "San Tommaso d'Aquino"

Presentazione generale

La ricerca si prefigge di studiare i problemi teorici e pratici che sorgono in ambito sanitario, e più in generale bioetico, dal mescolarsi delle etnie che sempre più caratterizza le società avanzate e in particolare il nostro Paese. Fine della ricerca è acquisire strumenti teorici per elaborare proposte operative da offrire all'attenzione delle forze politiche e degli operatori socio-sanitari.

Alla ricerca collaboreranno due distinti gruppi di lavoro. Il primo gruppo, operante presso la facoltà di giurisprudenza della II Università degli Studi di Roma, acquisirà i dati teorici del problema, con particolare attenzione alle diverse "scuole" che in bioetica si contendono il terreno e ai particolari problemi politici e giuridici che da esso derivano.

Il secondo gruppo, che fa capo alla Facoltà di Scienze Sociali di questa Università ed è diretto dal prof. Francesco Compagnoni decano della facoltà, avrà lo scopo di rilevare come le strutture medico-sanitarie italiane rispondono alle esigenze di cura e prevenzione degli stranieri e dei nomadi presenti sul territorio nazionale, con particolare riferimento alle esigenze di mediazione culturale connesse alla fruizione dei suddetti servizi. La ricerca avrà un respiro triennale, ha infatti preso l'avvio nel dicembre del 1999 e si concluderà nel novembre del 2002.

Secondo gruppo di lavoro

Obiettivi

La ricerca si pone, dunque, l'obiettivo generale di rilevare come le strutture medico sanitarie rispondono alle esigenze di cura e prevenzione degli stranieri immigrati presenti sul territorio italiano, con particolare riferimento alle questioni di mediazione culturale connesse alla fruizione dei suddetti servizi.

Obiettivi più specifici dell'indagine sono:

1. La rilevazione delle modalità con cui le strutture pubbliche e private d'assistenza sanitaria rispondono in maniera differenziata alle esigenze di cura e prevenzione degli stranieri immigrati e dei nomadi.
2. La rilevazione delle esigenze di prevenzione e cura dei vari gruppi etnici rimaste tuttora inevase e di quelle cui si riesce a dare risposta in modo diffuso e sostanziale.
3. L'individuazione delle cause che impediscono agli stranieri di fruire degli stessi servizi socio sanitari offerti ai cittadini italiani (con particolare attenzione a variabili come il linguaggio, le modalità di comunicazione, la disponibilità e l'accessibilità dei servizi, l'eventuale inadeguatezza della normativa e/o della sua applicazione).
4. L'individuazione d'eventuali aspetti problematici, che si configurano come aree di gravi violazioni dei diritti umani, come le mutilazioni genitali femminili.

5. L'individuazione delle possibili risposte per quanto riguarda il miglioramento dell'organizzazione di servizi medico - sanitari di cura e prevenzione fruiti dagli stranieri immigrati e dai nomadi.

Ipotesi

Abbiamo ipotizzato perciò che, nel corso dell'ultimo decennio:

- il variare numerico e qualitativo dei flussi migratori e l'evoluzione della normativa in questo settore ha prodotto una trasformazione dell'intera fenomenologia socio sanitaria;
- questa trasformazione è stata caratterizzata da un progressivo emergere della presenza del servizio sociosanitario pubblico e da un parallelo cambiamento del ruolo delle strutture del volontariato.

In questa prima fase dell'indagine, appena conclusa (dicembre 2000), si è proceduto alla costruzione dello schema di intervista, per la conduzione dei colloqui con i testimoni privilegiati.

Sono state enucleate, a tale proposito, le aree tematiche ritenute significative, che riguardano aspetti alquanto diversificati tra di loro. I seguenti aspetti hanno assunto rilevanza:

- In primo luogo, la conoscenza delle trasformazioni intervenute negli ultimi anni a livello quantitativo ha consentito di individuare le comunità straniere più rappresentate nel nostro paese e quindi ha indirizzato il percorso di ricerca secondo direttrici significative.
- In secondo luogo, la strategia metodologica ha tenuto in grande considerazione la complessità dell'interazione dei fattori culturali e l'incidenza di questi nel favorire o deviare la comunicazione tra pazienti stranieri di differenti nazionalità e culture e operatore sanitario. Per tale motivo, nella strutturazione e nella formulazione delle domande ci si è soffermati sui diversi aspetti legati alla comunicazione, in particolare a quelli collegati alle difficoltà terapeutico relazionali che si presentano nel corso del rapporto tra paziente straniero e operatore sanitario.
- In terzo luogo, l'analisi del tema della "mediazione culturale", aspetto che le riflessioni e i contributi scientifici relativi all'immigrazione non hanno ancora sufficientemente analizzato e valutato negli effetti delle sue applicazioni in campo sanitario.

In parallelo alla costruzione dell'intervista, sono stati scelti i testimoni privilegiati all'interno di macro categorie di riferimento:

- associazioni di comunità straniere e di nomadi;
- esperti;
- istituzioni ed enti locali;
- organizzazioni di volontariato e strutture del privato sociale;
- strutture sociosanitarie pubbliche.

All'interno di queste tipologie sono stati individuati organismi rappresentativi, disseminati geograficamente al Nord, al Centro, e al Sud.

Pur non trattandosi di una indagine quantitativa, con la necessità quindi di una rappresentazione campionaria ben distribuita, si è cercato, compatibilmente con le dimensioni della ricerca, di garantire una certa rappresentatività, in particolare per quanto riguarda le strutture sociosanitarie e le organizzazioni di volontariato e del privato sociale.

L'attenzione è stata concentrata in particolare su due realtà geografiche, Roma e Bologna, perché si ritengono queste città significative per molti aspetti. Roma è una realtà metropolitana che assieme a Milano raggruppa il numero più consistente di immigrati nel nostro paese, mentre

Bologna si è dimostrata negli ultimi anni, e per molti versi, all'avanguardia nell'ambito delle decisioni e delle scelte relative alle politiche sanitarie locali.

Tale scelta, in effetti, è stata dettata anche da un altro motivo che, a nostro avviso, ha rafforzato ulteriormente la significatività della scelta: una certa differenza nella situazione sociosanitaria delle due città, quasi un capovolgimento nelle scelte e nelle fenomenologie che, sia pure in una prima analisi ricognitiva, ci è sembrato di cogliere. Mentre nell'area metropolitana c'è la presenza storica e il ruolo di faro assunto dalle organizzazioni di volontariato, nella realtà bolognese si è assistito, invece, a un certo primeggiare dell'attività della struttura pubblica sanitaria, spesso ben appoggiata dall'Ente locale.

Sono state condotte 45 interviste, nel periodo 1 febbraio - 30 marzo 2000, e sono in fase di avanzata elaborazione le informazioni relative alle risposte fornite dai testimoni privilegiati.

Nella seconda fase dell'indagine, saranno realizzati 12 studi di caso su strutture che operano fornendo servizi sociosanitari agli immigrati e ai nomadi. L'individuazione delle strutture da sottoporre a studio di caso risponderà a criteri di distribuzione geografica: nel Nord, nel Centro e nel Meridione.

A conclusione dell'indagine, verrà organizzato un convegno per la presentazione pubblica e la prima diffusione dei risultati della ricerca.

L'AMSI E L'ASSISTENZA SANITARIA AGLI STRANIERI

Foad Aobi

Associazione Medici Stranieri residenti in Italia, Roma

Nel mese di aprile dell'anno 1999, dalla felice intuizione di alcuni colleghi stranieri, alcuni dei quali già da molto tempo residenti nel nostro Paese e cittadini italiani a tutti gli effetti, è nata l'Associazione Medici Stranieri residenti in Italia (AMSI).

Nonostante avessero già risolto i propri problemi e iniziato la loro carriera nel settore medico, questi colleghi non si sono dimenticati delle difficoltà che avevano incontrato al loro arrivo in Italia, provenendo da luoghi con lingua, cultura e tradizioni a volte così diverse da quelle del paese che li aveva accolti e quindi, animati dal desiderio di mettere la propria esperienza a disposizione di altri con problemi simili a quelli che loro stessi avevano dovuto affrontare nel passato, hanno deciso di fondare l'AMSI.

Tale associazione, senza scopo di lucro, ha tra le sue caratteristiche principali quella di essere apolitica e di non fare al suo interno alcuna discriminazione razziale: i soci dell'AMSI sono esclusivamente dei professionisti nel settore sanitario che, lavorando fianco a fianco e in pieno spirito di collaborazione fra loro, portano avanti le iniziative dell'associazione, indipendentemente dal luogo nel quale sono nati.

Lo statuto costitutivo prevede, tra le varie finalità, la tutela degli iscritti, informandoli, consigliandoli e aiutandoli ad inserirsi in campo lavorativo, azioni mirate al riconoscimento di titoli di studio conseguiti all'estero, l'iscrizione agli ordini dei medici per i nuovi laureati, lo sviluppo dell'interscambio scientifico e culturale tra l'Italia e i paesi d'origine e l'aggiornamento professionale tramite l'organizzazione di congressi e convegni.

Fin dall'inizio della sua attività l'associazione ha incontrato un interesse che è andato ben al di là di qualunque aspettativa, facendo sì che, in poco più di 1 anno dalla sua fondazione, il numero di soci raggiungesse la ragguardevole cifra di più di 300 iscritti e con un trend in costante aumento.

Inoltre, l'interesse suscitato da questa iniziativa, con recensioni sui maggiori quotidiani nazionali, su importanti testate internazionali e su mensili specializzati in campo medico, si è rapidamente diffuso ad altre parti del Paese. Per rispondere alle richieste alcuni soci sono stati incaricati di rappresentare l'associazione in altre città italiane, tra le quali Milano, Venezia, Verona, Firenze, Bari e Cagliari.

Le motivazioni e gli obiettivi alla base della fondazione dell'AMSI hanno da subito ricevuto l'interesse delle istituzioni e di figure importanti e rappresentative della politica italiana tra cui ministri e assessori i quali hanno sempre manifestato il proprio apprezzamento alle varie iniziative dell'associazione intervenendo personalmente o tramite propri rappresentanti ai convegni che abbiamo organizzato ogni volta con messaggi di augurio, sostegno e ampia disponibilità per ogni forma di collaborazione. Abbiamo inoltre avuto il piacere di ospitare in varie occasioni ambasciatori e rappresentanze consolari provenienti da ogni parte del mondo.

Nell'ambito dei rapporti ormai consolidati vorrei citare, quello con l'Ordine dei Medici di Roma, che ci ha gratificato offrendo patrocinio alle nostre iniziative e che ci ha consentito di conseguire uno dei nostri più importanti risultati: la possibilità da parte di medici stranieri di poter effettuare l'iscrizione all'ordine di Roma, di conseguenza permettendo loro, concretamente, di poter iniziare l'attività professionale. Il nostro Presidente, inoltre, è stato nominato consulente dell'ordine, permettendoci così di offrire un ulteriore servizio informativo

e di supporto ai nostri soci e a tutti coloro che, indipendentemente dall'appartenenza alla nostra associazione, si rivolgono a noi, mentre cinque soci dell'AMSI sono entrati a far parte della neo-costituita commissione "iscritti stranieri o d'origine non italiana".

Altra collaborazione importante cui dobbiamo accennare è quella con la ASL RM B di Roma, che ha patrocinato le nostre iniziative, in particolare con l'ospedale "Sandro Pertini", che ci ha fornito la propria sala conferenze e il supporto tecnico e logistico per poter realizzare i cinque incontri in cui si è articolato, durante tutto l'anno 2000, il "1° corso di aggiornamento internazionale e interdisciplinare". L'iniziativa didattica ha visto alternarsi nella trattazione scientifica figure illustri del panorama medico italiano e la partecipazione di più di 1000 iscritti, con unanime apprezzamento per la qualità degli interventi e la serietà dell'organizzazione.

Dal punto di vista del funzionamento interno dell'associazione desideriamo sottolineare come tutte le decisioni vengano prese dal consiglio direttivo (composto dai soci fondatori) in assoluta trasparenza e democrazia: per quanto riguarda invece i soci, questi ultimi vengono suddivisi in tre categorie:

- i *soci fondatori*: coloro che hanno firmato lo statuto contribuendo alla nascita dell'associazione;
- i *soci ordinari*: medici d'origine straniera, con o senza cittadinanza italiana, regolarmente iscritti all'ordine;
- i *soci benemeriti*: medici italiani (in modo particolare coloro che sono in possesso di titoli di studio conseguiti all'estero), medici stranieri non iscritti all'ordine dei medici, studenti stranieri di medicina, infermieri, fisioterapisti e altre figure paramediche, fondazioni, istituti pubblici e privati che, con il loro prestigio e sostegno, contribuiscono allo sviluppo delle iniziative dell'associazione.

Inoltre in seguito al rapido allargamento delle nostre attività, abbiamo sentito la necessità di costituire alcune commissioni responsabili di settori specifici come, ad esempio, quella che si occupa dell'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri o quelle dedicate ai medici donna o ai dentisti, oppure altre la cui sfera d'azione riguarda la medicina alternativa o il riconoscimento di titoli di studio conseguiti all'estero. Dal giorno della nascita dell'AMSI la mole di lavoro svolta è stata notevole e vorremmo qui citare alcune fra le nostre più importanti iniziative in corso di svolgimento o già portate a termine:

- la realizzazione, a Santa Severa, del progetto "Soccorso in spiaggia" e della serie di convegni sul tema "la prevenzione dei tumori al seno" in collaborazione con la locale sezione della Croce Rossa Italiana;
- la collaborazione con "la Misericordia di Santa Marinella" per il servizio di guardia medica nell'ambito del programma di pronto intervento cittadino;
- la collaborazione con la sezione riconoscimento titoli del Ministero della Sanità;
- l'organizzazione in Sardegna di una giornata di aggiornamento in odontoiatria svoltasi presso la sede dell'Ordine dei Medici di Sassari;
- la convenzione con l'Associazione Dopolavoro Ferroviario (DLF) di Roma per la realizzazione di corsi d'informatica per i soci dell'AMSI

Per quanto riguarda i nostri prossimi obiettivi vorrei segnalare, tra i programmi che riteniamo prioritari, il servizio che i medici dell'AMSI, in collaborazione con la ASL RM B, stanno svolgendo in alcuni ambulatori per garantire l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri non in regola con la legge, la partecipazione alla gestione dell'ambulatorio creato dalla stessa ASL in seno all'ospedale "Sandro Pertini" e all'analoga iniziativa che da qui a poco prenderà forma presso la ASL di Civitavecchia.

Inoltre, durante l'arco dell'anno 2001, organizzeremo il "2° corso di aggiornamento internazionale e interdisciplinare", articolato in 4 incontri, che tratterà, argomenti scientifici appartenenti a branche specialistiche raggruppate per affinità.

Per ultimo, nell'ottica di poter costituire un trampolino tra l'Italia e i Paesi rappresentati dai colleghi che fanno parte della nostra associazione, desideriamo sottolineare l'importanza del viaggio che una delegazione dell'AMSI, insieme con alcuni membri dell'ordine dei medici, dell'ospedale "Sandro Pertini", della facoltà di Medicina dell'Università La Sapienza" e della scuola del Diploma Universitario per Infermieri dell'Ospedale Forlanini, compirà nel prossimo mese di dicembre nello Yemen, per rafforzare e ampliare una collaborazione oramai di lunga data.

PERCORSI DI INTERVENTI SOCIO-SANITARI PER MINORI STRANIERI

Carmine Di Gesù, Nadio La Gamba, Nicolò Ales, Monica Giorgi, Vanessa Bucchi, Mariam Khosrovi,
Germano Rago
Caritas di Roma, Area Sanitaria

È possibile rappresentare i percorsi socio-sanitari degli adolescenti stranieri, ospiti dei CPIM (Centri di Pronto Intervento per Minori della Caritas) con la fin troppo facile metafora della corsa ad ostacoli, là dove questi ultimi sono costituiti dalla rigidità del sistema sanitario nazionale, nonché dall'incontro – scontro tra rappresentanze culturali diverse come quella di provenienza e quella di accoglienza. L'elemento socio-culturale risulta centrale, in quanto registriamo un'utenza nell'area dell'immigrazione che rappresenta il 92% del totale delle accoglienze, correlato agli aspetti giuridico amministrativi della condizione di immigrati. Stiamo parlando di ragazzi provenienti, principalmente, dall'Albania, dalla Moldavia, dalla Romania, dall'Africa mediterranea.

Il primo elemento culturale che entra in dissonanza con quello che, nel nostro contesto socio-culturale, riteniamo un mero elemento di normalità, consiste nel non afferire regolarmente a strutture sanitarie di base, nell'ottica di una prevenzione e cura che segua l'individuo nel suo sviluppo psicofisico dalla nascita (o prima) fino alla tarda età, se non in situazioni di estrema necessità e urgenza. Definiamo questo elemento culturale perché, pur correlato con elementi economici e politici dei paesi di provenienza, assume una valenza simbolica affatto trascurabile. La cura verso il proprio corpo e la sua salute non vengono considerati, così come ormai implicito presso il nostro significato della cura di sé e dell'altro, un diritto e un dovere dell'individuo e della società. La quasi totalità dei ragazzi da noi accolti presso i CPIM non ha mai effettuato una visita dentistica e oculistica. L'inizio del percorso diagnostico e, a volte, terapeutico implica reazioni da parte dei minori stranieri a volte imprevedibili con lo l'emergere di ansie e timori certamente più riconoscibili nelle tappe evolutive dell'infanzia piuttosto che tra adolescenti, spesso vicini alla maggiore età.

Questo corpo “rimosso” o comunque non considerato dall'ambiente di provenienza comporta situazioni paradossali, tenendo conto di quel particolare stadio evolutivo che è l'adolescenza. Le trasformazioni somatiche tipiche di quest'età, con tutte le implicazioni che comporta sul piano anche psichico. I cambiamenti a volte così repentini non procedono di pari passo con la trasformazione dell'immagine e dello schema corporeo che l'adolescente ha di sé. Le fantasie sulla propria morfologia e il proprio organismo che si sviluppano durante questa fase evolutiva assumono connotati quasi magici, richiamando quindi, ancora una volta, ai segni delle fasi evolutive precedenti. Anche il rapporto con i farmaci ha spesso una valenza magica, con l'aspettativa di una potenza risolutiva dello stesso, come nel caso di quel ragazzo rumeno che si era portato un antibiotico dalla terra d'origine, utilizzandolo per qualsiasi malessere che gli occorreva, dall'influenza al semplice mal di testa. In quest'ottica diventa facilmente comprensibile come il rapporto degli adolescenti in questione verso le cure mediche sia mediato da proiezioni e aspettative inverosimili sulle stesse, in un insieme di significati dal sapore affettivo (possiamo citare quei casi, diversi, per cui i ragazzi chiedono farmaci non per un effettivo bisogno di queste ma come semplice traduzione di una richiesta affettiva di attenzione e accoglienza).

Sempre in quest'ottica può essere letto il dato della maggiore incidenza di affezioni patologiche di tipo dermatologico presso gli adolescenti stranieri: tutto ciò ci richiama alla mente una fin troppo facile associazione di significato relativo a problemi di "contatto" con l'ambiente. Tra le varie affezioni patologiche quelle relative all'ambito dermatologico rappresentano una delle casistiche maggiormente correlate ad una eziologia psicoaffettiva. Il dato oggettivo è sicuramente da ascrivere alle condizioni di senza fissa dimora in cui versano questi minori prima di essere accolti presso i nostri centri: molti di loro vivono in casolari abbandonati e dormono nei parchi per alcuni mesi. L'elemento-ponte tra il dato oggettivo e quello simbolico è probabilmente rappresentato da quelle affezioni quale la scabbia che viene contratta da quel veicolo di comunicazione e condivisione sociale costituito dallo scambio di vestiti, modalità assai diffusa presso alcune comunità etniche.

Dalla nostra esperienza psicodiagnostica rileviamo inoltre un frequente, forse lapalissiano, disagio di questi ragazzi nel contatto con il nuovo ambiente e contesto socio-culturale: questo imbarazzo si traduce dal punto di vista comportamentale in difficoltà di socializzazione in contesti non protetti e comunque espressione di scarsa autostima e forte senso d'inadeguatezza. L'ambiente è vissuto come persecutorio e ogni offerta rischia di essere interpretata come ulteriore richiesta di un ambiente al quale non ci si sente mai sufficientemente adeguati.

L'ambiente rinforza questo messaggio di lontananza attraverso una politica di diversa fruibilità e utilizzo delle strutture pubbliche e private. Nonostante negli interventi sanitari la preferenza degli operatori vada, in linea di principio alle strutture pubbliche, vengono utilizzate, tranne che nei casi di emergenza, le strutture private (esclusivamente legate ad associazioni religiose) per una maggiore disponibilità e flessibilità negli interventi. Il medico di base, da intendersi come medico di famiglia, emerge come la necessità irrisolta negli interventi in questione. In questo senso il termine "famiglia" diventa la metafora che può aiutare la reale integrazione di questi ragazzi nel nuovo tessuto culturale.

ESCLUSIONE E MARGINALITÀ NELL'ETA' ADOLESCENZIALE

Maria Cristina Vanzetto, Michela Barbato, Maria Maddalena Santoro, Rosanna Rodinò
ANVER cooperativa sociale, Roma

Negli ultimi anni si è moltiplicato l'interesse, la preoccupazione e la varietà di interventi verso gli adolescenti per prevenire il disagio giovanile con i rischi di marginalità, devianza e psicopatologia. Sempre più gli adolescenti affrontano le loro problematiche al di fuori del contesto familiare fermandosi ad un confronto con coetanei, che non risulta esaustivo e risolutivo rispetto alle loro problematiche.

Il Servizio Integrato per Adolescenti attivo presso l'ambulatorio dell'ANVER è finalizzato a favorire l'evoluzione positiva delle problematiche adolescenziali del singolo e della sua famiglia non solo attraverso l'informazione, ma anche attraverso la formazione, la diagnosi e la terapia, là dove ve ne fosse la necessità.

La cooperativa sociale ANVER opera dal 1993 nel territorio di Roma, al Tiburtino Sud, e ha creato:

- un punto di riferimento “stabile” per gli adolescenti che possono essere seguiti fino alla risoluzione del problema;
- un luogo dove le famiglie possono confrontarsi con specialisti che siano di supporto ai loro interventi educativi;
- un servizio che si prende cura dell'adolescente nella sua globalità, grazie ad un approccio integrato.

L'approccio integrato rappresenta sia una metodologia di lavoro che un percorso formativo permanente degli specialisti ANVER. Infatti, l'adolescente che fa la richiesta di prestazione specialistica medica è accolto in co-presenza dal medico e dallo psicologo proprio per garantire un'attenzione articolata sugli elementi che causano malessere, marginalità, esclusione. Inoltre, quando si presentano situazioni particolari di cui il nucleo familiare non è a conoscenza e anche quando l'adolescente è restio al coinvolgimento della famiglia, si propone un percorso di sostegno che lo aiuti ad accettare e reputare importante che anche i genitori siano informati del suo malessere e diventino un riferimento di aiuto educativo e affettivo.

L'équipe che si occupa degli adolescenti è composta da diverse figure professionali: specialisti medici, psicologi-psicoterapeuti e un pedagogo che si incontrano ogni quindici giorni per confrontarsi sugli adolescenti presi in carico e, spesso, seguiti da più professionisti; per esempio dal ginecologo o dal dietologo e anche dallo psicologo, oppure l'adolescente seguito individualmente dallo psicologo e i genitori seguiti dallo psicoterapeuta della famiglia.

L'ANVER, con l'attivazione del Servizio Integrato per Adolescenti, si occupa di:

- prevenzione, diagnosi e cura delle patologie e psicopatologie adolescenziali;
- prevenzione delle gravidanze indesiderate;
- prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse;
- sostegno ai genitori nell'ambito delle problematiche educative.

Gli adolescenti possono accedere direttamente al Servizio Integrato per Adolescenti e usufruire gratuitamente di:

- a) visite mediche specialistiche (ginecologia, dietologia);
- b) consulenze psicologiche;
- c) psicoterapie.

Inoltre, i genitori degli adolescenti sono contattati sempre quando i figli hanno un'età compresa tra i 12 e i 16 anni, mentre per gli adolescenti dai 17 ai 20 anni il coinvolgimento dei genitori è subordinato al tipo di problema e soprattutto dalla valutazione effettuata dagli specialisti dell'importanza di contattare i genitori affinché possano divenire un valido supporto nel superamento della difficoltà del/la figlio/a.

Gli adolescenti che accedono al Servizio Gratuito per Adolescenti necessitano di ascolto, di consigli, vogliono conoscersi meglio, oppure sentono il bisogno di segnalare situazioni particolari a livello familiare. Essi seguono l'itinerario loro proposto, che sia medico, psicologico o di entrambi, con impegno e costanza. Gli adolescenti che invece accedono con poca convinzione o scetticismo, magari "per provare", solitamente dopo il primo appuntamento non proseguono.

Alcuni dati

Dal novembre 1993 al novembre 2000 presso il Servizio Integrato per Adolescenti sono afferiti 386 adolescenti con una media annuale di 47 e una distribuzione del 90% (350) di femmine e del 10% (36) di maschi.

Per quanto riguarda la motivazione, il 68% (263) degli adolescenti ha richiesto una prestazione medica (visita ginecologica, visita dietologica) e il 32% (123) una prestazione psicologica. Il totale delle prestazioni gratuite è stato di 3173 con una media annuale di 396.

Le prestazioni nei confronti dei genitori degli adolescenti, per il periodo 1998-1999-2000, sono state 108. Il totale delle famiglie che ha effettuato un percorso di trattamento psicoterapeutico è stato di 34. A tal proposito si precisa che, pur avendo sempre prestato attenzione ai genitori, soltanto dal 1998 abbiamo provveduto alla raccolta sistematica dei dati che, purtroppo, mancano per il periodo 1993-1997.

Alcune considerazioni

La nostra esperienza ci consente di fare delle riflessioni sul tipo di approccio da avere con gli adolescenti e sui contenuti delle loro problematiche.

Contrariamente alla loro esuberanza e capacità relazionale, spesso si sentono soli con il loro problema e unici nella difficoltà, ossia già all'interno del contesto familiare non percepiscono la facilitazione nel comunicare il problema o nel richiedere l'aiuto. Di contro, nel gruppo dei pari, preferiscono evitare di proporsi come colui/lei che ha un problema specifico che rischierebbe di creare un precedente di differenziazione dal gruppo stesso; meglio sintonizzarsi sulle problematiche condivise dal gruppo.

La tipicità relazionale dell'epoca adolescenziale rende molto selettivi nel rapporto con l'altro e contribuisce ad allungare le distanze piuttosto che accorciarle. Pertanto, il confronto con professionisti che abbiano un'esperienza delle problematiche adolescenziali e soprattutto che si propongano con una metodologia di lavoro e una visione integrata rende possibile un intervento che aiuta a risolvere il problema o, in altri casi contribuisce ad evitare che peggiori.

Spesso l'aspetto economico rende difficile agli adolescenti l'accesso ai luoghi di assistenza e cura ed è in virtù di ciò che l'ANVER ha ritenuto opportuno istituire un servizio specifico che si caratterizzasse, oltre che per la specificità di competenze, anche per la gratuità. Inoltre, l'attenzione da noi posta alla famiglia dell'adolescente consente di spostare l'attenzione da un disagio del singolo ad un disagio della micro-collettività: la famiglia. Molte famiglie hanno bisogno di essere aiutate a superare la convinzione che gli unici "veri" problemi siano rappresentati dall'handicap, dalla malattia fisica o comunque da disfunzioni organiche e di conseguenza che tutto quanto esuli da queste categorie sia di importanza secondaria.

Occuparsi degli adolescenti e delle loro famiglie significa poter proporre servizi di facile accesso, in cui le liste d'attesa non siano lunghe e all'interno dei quali gli operatori siano in grado di proporre interventi specialistici differenziati ma guidati dalla forza centrifuga di recupero delle risorse dell'individuo e della famiglia, per la promozione di benessere fisico, psichico e di valori.

Bibliografia di riferimento

Nanni W, Vecchiato T. *La rete spezzata*. Milano: Feltrinelli; 2000.

Santoro MM, Vanzetto M, Rodinò R, Barbato M (Ed.). *Un approccio integrato alle problematiche dell'adolescente*. Sinno Editrice; 1998.

Vanzetto M, *et al.* Un ambulatorio integrato per i problemi dell'adolescente all'Università Cattolica. *Rivista di Ginecologia consultoriale* 1993;4:287-99.

Vanzetto M, Rodinò R, Santoro MM, Frascarelli T. Un servizio integrato per adolescenti a Roma. Un anno di attività. *Medicina e Morale* 1994;6:1173-85.

Vanzetto M, Rodinò R, Santoro MM. Impostazione di un Servizio Integrato per Adolescenti al Tiburtino Sud. In: Scardino M, Barbato M (Ed.). *L'adolescenza e i suoi linguaggi*. CIC Edizioni Internazionali; 1995. p. 113-5.

Vanzetto M, Rodinò R, Frascarelli T, Battaglia E. Dati preliminari di un Servizio Integrato per Adolescenti al Tiburtino Sud. In: Scardino M, Barbato M (Ed.). *L'adolescenza e i suoi linguaggi*. CIC Edizioni Internazionali; 1995. p. 117-22.

ATTIVITÀ DELLA FONDAZIONE “IL FARO”

A. Palombi, Armanda Salvucci
Fondazione “Il Faro”, Roma

La Fondazione “Il Faro”, eretta in ente morale con DM del 12 luglio 1997, dispone di servizi per l’assistenza sociale e socio-educativa in favore di adolescenti e giovani che si trovano in stato di disagio, di bisogno e/o devianza seguendo gli indirizzi socio psicopedagogici più aggiornati e qualificanti. “Il Faro” ha sede a Roma, in Via Virginia Agnelli 21, in un edificio di 4.000 m², immerso in una vasta area verde, completamente ristrutturato e attrezzato secondo le vigenti norme di sicurezza.

Gli interventi della Fondazione ruotano attorno a tre cardini essenziali: accoglienza e residenzialità, sostegno psico-pedagogico, orientamento e formazione professionale.

Caratteristiche qualificanti la Fondazione sono:

- l’accreditamento presso le istituzioni e i servizi sociali presenti sul territorio;
- capacità di valorizzare le potenzialità dei giovani e di rispondere alle loro molteplici aspettative;
- la possibilità di instaurare relazioni fiduciarie con le imprese coinvolte nel progetto;
- l’attenzione alla dimensione internazionale e all’intercultura in relazione ai mutamenti sociali connessi ai fenomeni migratori.

Il 75% dei ragazzi che frequentano “Il Faro” sono stranieri, provengono da 25 Paesi differenti, i gruppi più numerosi giungono dall’Albania, dal Bangladesh, dall’Ecuador, dall’Etiopia, dal Perù e dall’Ucraina.

Nei suoi primi anni di attività, la Fondazione ha promosso numerose iniziative di formazione e di orientamento scolastico e professionale, volte a facilitare l’inserimento lavorativo e la riqualificazione professionale di giovani dai 16 a 25 anni, provenienti da contesti di disagio.

Nell’anno 2000 le attività de “Il Faro” hanno coinvolto circa 500 ragazzi.

Dei ragazzi formati presso i laboratori della Fondazione 40 hanno trovato lavoro nel settore alimentare, mentre 30 nel settore artigianale.

Le attività della Fondazione sono strutturate in cinque aree operative:

1. accoglienza e sostegno sociale;
2. artistico-culturale;
3. orientamento e preformazione;
4. formazione professionale;
5. inserimento e accompagnamento al lavoro.

L’offerta formativa prevede corsi professionali e corsi espressivi.

I ragazzi accedono alle attività de “Il Faro” inviati da altre organizzazioni di accoglienza pubbliche e private (Centri di pronta Accoglienza, Istituto Sacra Famiglia, CpiM-Caritas, Centro Italiano Rifugiati, Città dei ragazzi, Case Famiglia, ecc.) o vi giungono spontaneamente sulla base di informazioni ricevute in modo informale.

La prassi circa l’inserimento degli allievi nei singoli corsi prevede per ciascuno:

- una fase propedeutica, finalizzata all’omogeneizzazione delle conoscenze per uniformare il livello di partenza dei corsisti;

- un orientamento iniziale, che consente un inserimento formativo mirato evitando facili demotivazioni da parte degli allievi;
- una fase cognitiva dell'intera struttura e dei singoli laboratori (1-2 settimane).

La scelta del corso, o dei corsi da frequentare, viene considerata sulla base delle abilità o predisposizioni emerse.

I corsi professionali, concepiti come ambiti di avviamento alle diverse arti, prevedono ciascuno la partecipazione di 6/10 allievi e una durata media di 3-6 mesi.

Sono strutturati su tre livelli:

- di base (di introduzione);
- intermedio (di apprendimento);
- finale (di perfezionamento).

Specifici dei corsi è anche la trasmissione di competenze trasversali quali: lingua e cultura italiana, informatica, inglese, gestione della comunicazione e sviluppo delle capacità relazionali, orientamento al lavoro e imprenditorialità.

All'apprendimento didattico nei laboratori de "Il Faro" può seguire, per i più meritevoli, un periodo di stage nelle imprese del territorio.

Si è consolidata una rete di partenariato con il coinvolgimento di attori-chiave (servizi pubblici, associazioni, centri di formazione professionali, aziende) con i quali condividere la missione del "Il Faro".

L'obiettivo è individuare percorsi per nuovi profili professionali e organizzare lo stage dei ragazzi presso aziende con la possibilità di un riconoscimento formale per le realtà che aderiscono al programma come Infostrada, Ferrero, Unisys.

In quest'ottica è da leggersi anche il protocollo d'intesa siglato con FIPE-Confcommercio: la finalità di solidarietà sociale che sottende al protocollo, è quella di combattere ogni forma di sfruttamento dei cittadini extracomunitari e di assicurare alle imprese il prezioso apporto di giovani in corso di formazione o già formati per le specifiche necessità imprenditoriali.

Programma educativo

Il programma educativo è rivolto ad adolescenti di diverse etnie di età compresa tra i 16/18 anni e provenienti dai Centri di Pronta Accoglienza del territorio (Spis-Cpim Caritas-Ipab Sacra Famiglia).

L'obiettivo finale dell'intervento è il superamento della condizione di marginalità in cui si trova il ragazzo, con l'offerta di un programma di socializzazione che sia reintegrativo sul piano psicologico e formativo su quello professionale.

Il progetto è strutturato su due fasi:

- di *permanenza* presso il centro della Fondazione "Il Faro" dove i ragazzi accolti seguono un percorso didattico-ricreativo che consente loro di costruire un'identità relazionale e professionale;
- d'*inserimento* lavorativo o di rimpatrio assistito dei beneficiari dell'intervento nel relativo paese d'origine, con forme di supervisione a distanza e di monitoraggio in loco in collaborazione con organismi internazionali.

Permanenza presso il centro “Il Faro”

I ragazzi sono accolti presso “Il Faro” da un’*équipe* composta da psicologi, pedagogisti ed educatori professionali che si avvale della collaborazione di volontari con competenze necessarie per la realizzazione delle diverse attività che la struttura offre. All’arrivo in struttura ogni ragazzo è accolto dall’educatore responsabile. L’operatore per garantire l’inserimento del ragazzo nella struttura e nel gruppo, opera in modo tale da rispettare l’equilibrio psico-fisico del ragazzo stesso.

Particolare attenzione è rivolta allo stato di salute dei giovani accolti, che vengono sottoposti sia a visite mediche generali per accertare lo stato di salute, sia a visite mediche specialistiche per verificare la loro idoneità al laboratorio professionale scelto.

Al fine di valutare le aspettative dei giovani beneficiari del progetto e le loro esigenze formativo attitudinali si procede alla somministrazione di un questionario semplice, strutturato in items, che risulta utile anche ai fini di una valutazione delle attitudini, delle scelte vocazionali, e dei successivi risultati dell’apprendimento.

I ragazzi frequentano corsi a modularità breve di formazione professionale nei laboratori della Fondazione, per apprendere uno o più mestieri richiesti dal mercato italiano e praticabili al rientro in patria. In questo modo i ragazzi acquisiscono competenze professionali che permettono il reinserimento a pieno titolo nel contesto lavorativo locale, sia alle dipendenze, sia con attività in proprio.

L’offerta formativa della Fondazione prevede corsi nelle diverse aree così specificate:

- area professionale *alimentare*
(cucina, pizzeria, gelateria, cioccolateria, pasticceria/panificazione);
- area professionale *artigianale*
(tappezzeria, serigrafia, falegnameria, sartoria, parrucchiere);

Il programma formativo/professionale proposto è arricchito da alfabetizzazione informatica e linguistica (inglese, italiano, informatica di base, internet) oltre che da iniziative di socializzazione nell’area artistico culturale (teatro, danza, cineforum e musica).

Nel tempo libero ai ragazzi è offerta l’opportunità di:

- visite artistiche e archeologiche guidate alla scoperta della città di Roma e dintorni;
- pomeriggi al cinema e a teatro già attivi nella struttura della Fondazione dove i ragazzi sono ospiti.

Finalità delle diverse attività culturali è quello di favorire nei giovani coinvolti un recupero della propria “coscienza” storica e culturale attraverso una rete di esperienze concrete e di relazioni partecipate con la realtà contestuale di riferimento ospitante.

Cronogramma delle attività

I ragazzi destinatari dell’intervento sono ospitati dalla Fondazione “Il Faro” per un periodo dai 6 mesi ad un anno; accolti in struttura i giovani vengono seguiti pedagogicamente dagli operatori.

La settimana è articolata in modo da alternare momenti ricreativi a momenti di attività organizzata. Per una adeguata pianificazione delle attività, i ragazzi vengono suddivisi in gruppi operativi per consentire loro una migliore e più controllata partecipazione alle attività proposte.

I gruppi formati seguono ciascuno un calendario didattico specifico.

L’obiettivo è di prevedere giornalmente la frequenza:

- nell’arco della mattinata di un laboratorio professionale per una durata complessiva di 4 ore;
- nell’arco del pomeriggio dei laboratori espressivi ed educativo conoscitivi per una durata complessiva di 3 ore (italiano, inglese, bricolage, disegno, fotografia, grafica al computer).

Negli spazi non destinati alle attività formative i ragazzi frequentano la palestra della struttura per seguire un programma di allenamenti sotto il costante controllo di personale specializzato.

I ragazzi condividono gli ambienti a disposizione nella struttura quali la biblioteca, il cinema e la sala TV, nonché i momenti distensivi previsti nel fine settimana come le gite turistiche, le visite guidate e i pomeriggi a cinema e a teatro.

Hanno inoltre la possibilità di coinvolgersi nell’organizzazione del Centro, sotto la supervisione di un operatore, per rafforzare l’autonomia, la decisionalità e il grado di responsabilità di ciascuno di essi.

Inserimento lavorativo e/o rimpatrio assistito

L’équipe della Fondazione collabora con una rete di realtà esterne volte a facilitare la formulazione di programmi che favoriscano, mediante la conoscenza diretta di ogni singolo individuo e delle sue vocazioni, l’orientamento professionale, il sostegno nella ricerca e nell’avvio al lavoro. La dimensione operativa volta all’orientamento è sia di gruppo che individuale.

La metodologia adottata è la seguente:

- rivelazione dei dati dell’utenza;
- ascolto e conoscenza reciproca;
- colloquio e scambio empatico;
- ri-costruzione della propria identità;
- ri-costruzione del percorso di studio e di formazione;
- individuazione del proprio progetto di vita e all’interno di esso, del senso e del significato attribuiti al lavoro;
- autovalutazione sulle modalità di fronteggiamento;
- schede di verifica.

I ragazzi dopo aver svolto il percorso formativo presso “Il Faro” hanno la possibilità di fare uno stage presso le aziende partner della Fondazione a seconda del settore di specializzazione (F.lli Aquilani, Orlo rapido, Keaton, Cavar, Ferrero, De Santis, I Sargassi).

Si ha inoltre la possibilità di effettuare inserimenti mirati presso:

- Aldobrandini Catering;
- Runner Pizza;
- Medi-Call Ass. Ospedaliera;
- Aziende ristorative associate a Fipe-Confcommercio.

Nel programma educativo de “Il Faro” è prevista anche l’attività di rimpatrio; infatti molti ragazzi dopo un periodo di tempo mostrano il desiderio di tornare al paese di origine o sono costretti a farlo essendo impossibilitati a regolarizzare la loro permanenza nel paese di accoglienza.

La Fondazione attiva una serie di iniziative con organismi internazionali/intergovernativi, governativi e ONG – quali l'OIM (Organizzazione Internazionale per le Migrazioni), il Servizio Sociale Internazionale e il Comitato Minori Dipartimento Affari Sociali – per realizzare programmi di assistenza per il rimpatrio. I programmi prevedono sia il rientro dignitoso che la reintegrazione nel paese di origine.

Metodologia dell'intervento

Il programma si compone delle seguenti fasi:

- accoglienza e sistemazione degli stessi in struttura con consulenza medica e psicologica,
- programma integrato di attività finalizzate alla reintegrazione psico socio culturale e all'acquisizione di competenze professionali con momenti di verifica intermedi e finali;
- inserimento dei ragazzi nel mondo del lavoro italiano o rimpatrio assistito.

Il programma svolto in struttura rivolge la sua attenzione su tre aspetti che procedono parallelamente:

- *riabilitativo*, attraverso attività di espressione corporea e linguistica e di sviluppo creativo con l'ausilio di tecniche e strumenti psicologici;
- *formativo*, attraverso sia laboratori artigianali funzionali all'acquisizione di competenze e abilità professionali, sia corsi educativi funzionali all'apprendimento di conoscenze nozionistiche;
- *ricreativo*, attraverso momenti distensivi dedicati all'attività ginnica, ai giochi di gruppo e alle gite organizzate.

La scelta metodologica didattica è quella dell'apprendimento cooperativo (*co-operative learning*).

Nei processi di apprendimento tale scelta si rivela efficace perché stimola processi motivazionali che immettono un valore aggiunto al percorso formativo e poiché costruisce condizioni di agio evitando l'insorgere di un'eccessiva competizione, rischio molto presente in comunità con la presenza di più etnie.

Nelle singole aree di laboratorio sono utilizzate nello specifico le seguenti metodologie, modulate rispetto ai differenti campi d'intervento e ai bisogni individuali e di gruppo:

- lezioni teorico/documentative con visione, lettura e commento di materiale didattico;
- esercitazioni nei laboratori allestiti;
- prove pratiche effettuate come rafforzamento addestrativo dell'apprendimento;
- produzione e confezionamento di prodotti finiti;
- valutazione dei lavori realizzati.

Il recupero delle eventuali carenze nel processo di apprendimento viene realizzato sul piano individuale attraverso il sostegno e l'affiancamento dell'operatore all'allievo.

Modalità e strumenti di valutazione e controllo del processo di apprendimento

La complessità dell'intervento formulato impone in fase di progettazione la previsione di momenti di verifica intermedi e finali che siano adeguati alla dimensione dell'azione proposta.

Il processo di valutazione e controllo prescelto intende verificare i risultati ottenuti nelle sfere:

- *relazionale*, nel senso del saper essere intra e inter-personale;
- *cognitiva*, nel senso di saperi e conoscenze;
- *professionale*, nel senso di competenze e abilità.

Considerando che la finalità ultima dei laboratori espressivo terapeutici e dei corsi educativo professionali progettati è suggerire al singolo ragazzo un modello comportamentale, che sia regolativo e prescrittivo di un suo ipotizzabile agire sociale, l'attività valutativa deve necessariamente prevedere ambiti di indagine diversificati. Si procede così ad accertare l'avvenuta acquisizione:

- dei contenuti concettuali e metodologici presentati, previa somministrazione di questionari semistrutturati di verifica con differenti modalità di risposta, del tipo domande a scelta multipla, domande a scelta limitata (vero/falso) e domande aperte, e previe discussioni guidate di valutazione analitica e globale delle varie fasi del percorso educativo;
- delle abilità professionali specifiche da mettere in atto nelle condotte di lavoro, attraverso esercitazioni teorico-pratiche, proposte come *problem solving* ed esperite singolarmente e in gruppo; sia delle capacità relazionali, mediante prove di *role playing* formale e informale.

CENTRO DI OSSERVAZIONE E RIABILITAZIONE PER GIOVANI DISABILI

Andrea Fonda

Centro di Osservazione e Riabilitazione, ASL RM C, Roma

Il Centro di Osservazione e Riabilitazione, attivo da ottobre 1996, ha finalità sia diagnostica che riabilitativa, è rivolto ad adolescenti e giovani adulti disabili prevalentemente con ritardo mentale lieve, medio e medio grave dei distretti VI e IX, “nell’ambito di un progetto globale di riabilitazione, in stretto collegamento con il Dipartimento Materno Infantile, TSMREE e la UO Riabilitazione Handicappati Adulti, avvalendosi della consulenza neuropsichiatrica e psicologica di questi servizi”.

Obiettivi e attività

Gli obiettivi sono quelli indicati nella Legge n. 104/1992 e nello specifico: individuare le possibilità residue e sviluppare le potenzialità; fornire indicazioni utili per il processo riabilitativo in corso; sperimentare nuovi e più efficaci modelli di intervento:

- *intervento rivolto ai ragazzi*: attività di percezione corporea immagine di sé, orientamento spazio temporale rapporti interpersonali, autonomia, manualità.
- *intervento rivolto ai genitori*: lavoro di confronto, crescita, partecipazione.

L’impegno maggiore è stato posto sul sé, le relazioni, l’autonomia.

Il sé

L’intervento sul sé è fondamentale e difficile, teso com’è tra disillusione, desiderio di fare, fantasie irrealizzabili. È un cammino accidentato tra toccarsi, riconoscersi, individuare difficoltà e capacità, impegnarsi, nella difficoltà di accettarsi e farsi accettare.

È un intervento che parte dal ragazzo così com’è, per rimandargli un’immagine reale, positiva, nel tentativo di ricomposizione di un sé spezzettato da rifiuti, disconferme vuoti, discontinuità di interventi. È riconoscimento, comunicazione, simpatia, esperienza affettivamente significativa. È un cammino che non si ferma, come affermiamo nella scheda di una ragazza “[...] permangono difficoltà, ma con forte voglia di affrontarle, di sperimentarsi... di esplorare strade nuove [...]”.

Le relazioni

Pensiamo che la gran parte dei risultati conseguiti vadano cercati nelle dinamiche del gruppo dei pari, in quanto riconoscimento, confronto, stimolo, desiderio e contrasto, luogo di amicizie, affetti, innamoramenti. Va ricordato, in giovani che vengono da situazioni di rifiuto e isolamento, di tentativi frustrati, da famiglie “avvitate sull’handicap”.

Ora alcuni di loro sono diventati amici, fanno gruppo fuori dal Centro, si telefonano, si vedono, si organizzano per fare cose assieme. Forse è poco, riguarda solo alcuni e i più lievi e

autonomi; ma è tanto se riportato al prima, è solo l'inizio, è una linea di tendenza che investe tutti, perché forse è il passaggio necessario per arrivare agli altri.

L'autonomia

La stessa autonomia, non semplice somma di abilità, ma percorso ricco di esperienze, non prescinde dal gruppo, ma anzi si interseca con esso, legata com'è allo stimolo delle relazioni. Non si cresce da soli, ma con gli altri. in dialettica continua, nell'impegno, nella responsabilità, nelle singole capacità.

Emblematica l'affermazione di R. ad anni di distanza, "ho imparato a prendere i mezzi da E."; e quella di Ev. "sono andata a Informagiovani grazie a El."; e ancora, V. "la prima volta ho sbagliato fermata, ma ho chiesto a un signore e ho ritrovato la strada". Non sono semplici affermazioni, ma la comunicazione di un mondo esperienziale.

Il lavoro con i genitori

C'è uno spazio riservato ai genitori, le riunioni di gruppo ogni due mesi, momento di confronto sulle nostre attività e di comunicazione tra le loro esperienze. C'è soprattutto il riconoscersi parte di uno stesso progetto di cui si vedono i risultati, per il quale ci si impegna assieme, dal quale si parte per orizzonti più ampi. È un modo positivo di socializzare il problema, di non vergognarsi, di uscire fuori.

Tutto ciò non è successo per caso, ricordo che tra le idee guida al momento del progetto c'era anche la visione, al di là di tutte le contraddizioni, dell'energia positiva dei genitori.

In tutto questo il ruolo positivo che il Centro sta avendo "come stimolo per reagire all'emarginazione, uscire dall'isolamento, tessere fili verso gli altri.

L'organizzazione

Il Centro è coordinato da un responsabile della ASL, in collegamento con neuropsichiatri e psicologi delle unità operative territoriali afferenti. Le attività con i ragazzi sono condotte da operatori di cooperativa convenzionata.

I giovani, ragazze e ragazzi, sono suddivisi in quattro gruppi (da otto dieci), due con ritardo mentale medio e medio grave con quattro assistenti animatori e un conduttore, e due con ritardo mentale lieve con tre assistenti animatori e un conduttore.

La frequenza è bisettimanale pomeridiana, di tre ore per volta.

I laboratori

Le attività sono effettuate tramite i laboratori espressivo e di autonomia; all'esterno, attività di conoscenza del territorio e fruizione delle sue risorse.

Il laboratorio espressivo è nato come laboratorio di musica movimento ritmo, nel quale, con l'aiuto della musica, riconoscere e sperimentare il proprio corpo, nel piacere di esprimersi e costruire assieme. Al suo interno si sono progressivamente strutturate esperienze espressivo teatrali, che ci hanno permesso spettacoli di fine anno, di grande significato per noi e anche di un certo valore artistico, in un crescendo dal teatrino del centro anziani nello stesso stabile, al teatro di una parrocchia a quello di un centro sociale.

Quest'anno vorremmo lavorare a un laboratorio teatrale con attori e registi professionisti, e magari, andare in scena per strada, segno e metafora del nostro percorso.

Il laboratorio di autonomia, quando iniziammo, lo vedevamo molto legato alle autonomie specifiche, funzioni vita quotidiana, denaro, orologio, mezzi di trasporto. Successivamente siamo passati a un intervento più ampio, sulla crescita, gli interessi, l'impegno, la responsabilità, le relazioni, in un percorso dialettico tra il singolo il gruppo, il territorio gli altri; ed ecco il cambio di nome, Laboratorio sociale.

Verifica e programmazione

Il progetto attivato nel 1996, venne fatto collegando le indicazioni della delibera istitutiva del 1987 con le scelte di servizio di quasi dieci anni dopo, e tenendo conto dell'inserimento scolastico dei ragazzi nelle superiori e nella formazione professionale, privilegiando quindi un modello agile con due incontri a settimana. Altrettanta importanza del lavoro diretto con i ragazzi ha avuto sin dall'inizio l'impegno di programmazione e verifica in équipe, e di stretto raccordo con gli operatori delle unità operative territoriali. La riunione di équipe è di singolo gruppo, di tre ore, quindicinale, è coordinata dall'assistente sociale responsabile del Centro, è confronto e verifica sia dei percorsi individuali che di gruppo. Successivamente abbiamo attivato una volta al mese nella riunione di équipe la supervisione con neuropsichiatri o psicologi dell'area.

Il lavoro con il territorio

Sia per precisa scelta, che per stimolo di alcuni genitori, il Centro ha sempre rifiutato l'idea di autoreferenzialità, muovendosi invece in un'ottica di apertura al territorio, sia ideale progettuale che operativa. Il Centro è in una rete: la USL, la cooperativa, i ragazzi e le loro famiglie, le unità operative inserite nei quartieri, gli amici che hanno lavorato con noi, la Circoscrizione; senza questa rete, e in un'ottica sistemica, saremmo fermi alla linea di partenza, altro che Via Monza Club, gruppi di volontari, esperienze integrate!

Il Club è importante, finalmente c'è continuità di intervento, non si cade nel vuoto, si può rinforzare ampliare passare alla riabilitazione sociale.

Insegnamenti

Dal 1996 ad oggi, tra chi è già uscito e chi sta ancora frequentando, abbiamo lavorato con oltre settanta ragazzi.

Pensiamo che il Centro sia un'esperienza estremamente significativa, in controtendenza rispetto all'emarginazione e all'individualismo, in grado di stimolare nuove energie sia al proprio interno che all'esterno, tanto da promuovere collaborazione, impegno, nuovi servizi.

È quindi un'ipotesi valida e tranquillamente riproducibile, purché ci si basi sull'ascolto dell'altro, sulla partecipazione, sul mettersi in gioco, sul coraggio di andare avanti nonostante le difficoltà, spingendo lo sguardo oltre, sicuramente nella scia dell'amore e contro l'odio e il razzismo comunque mascherati.

SERVIZIO PER DONNE IN GRAVIDANZA CON DIFFICOLTÀ

Maria Cristina Vanzetto, Michela Barbato, Maria Maddalena Santoro, Rosanna Rodinò
ANVER cooperativa sociale a r.l., Roma

L'esperienza della gravidanza e della maternità rappresentano due momenti molto importanti nel ciclo vitale femminile e implicano una revisione di ruoli all'interno della coppia ma anche un processo di crescita individuale e di apertura e accoglienza alla nuova vita. Già durante la gravidanza la madre sviluppa una relazione di attaccamento al bambino che crea dei presupposti per la relazione che si instaurerà dopo la nascita biologica.

Pertanto, una buona gravidanza rappresenta una base solida di benessere psicofisico del futuro nascituro.

Ma nella vita quotidiana può verificarsi che la coppia o la donna, si trovino a vivere momenti particolari che contrastano la scelta e l'accettazione di un figlio creando una situazione di marginalità, di solitudine, di rischio, di desiderio d'interruzione della gravidanza.

Per le donne in stato di gravidanza che per motivi sociali, economici, coniugali e razziali si trovano in difficoltà l'ANVER, all'interno del proprio ambulatorio polispecialistico, offre un Servizio di accoglienza sanitaria. Tale servizio eroga prestazioni a donne straniere in difficoltà economiche, donne povere, ragazze madri, donne abbandonate dal partner proprio a causa della gravidanza. Inoltre le donne che chiedono un aiuto spesso hanno alle spalle esperienze di deprivazioni e disagi relazionali, logistici, lavorativi, ecc. Le loro storie vengono segnalate all'ANVER dal responsabile di enti o associazioni di solidarietà sociale e sostegno alla vita che contattano il nostro ambulatorio per segnalare i casi particolari. Le donne, molte volte, al loro primo appuntamento con lo specialista dell'ANVER sono accompagnate da un referente della struttura inviante.

Alcuni dati

Come si può osservare nella Tabella 1, il numero delle donne gestanti con difficoltà di vario genere che ha usufruito di prestazioni sanitarie presso l'ANVER, ha subito un andamento crescente nel corso degli anni a partire dal 1993.

Tabella 1. Prestazioni sanitarie in gravidanza presso l'ambulatorio ANVER (1993-2000)

Anno	Donne	Visite	ECO	CTG	Totale prestazioni
1993	5	30	8	10	48
1994	7	40	13	2	55
1995	12	40	15	0	55
1996	21	46	29	1	76
1997	23	98	64	17	179
1998	38	65	53	11	129
1999	30	121	51	23	195
2000	45	107	74	23	204

La consapevolezza di poter contare su di una struttura e dei professionisti sempre disponibili, sia telefonicamente che personalmente, aiuta la donna a superare il senso di emarginazione e solitudine e a recuperare dentro di sé la fiducia che, malgrado tutto, può farcela sia ad affrontare la gravidanza che il seguito.

Il numero di donne in gravidanza con difficoltà seguite presso il nostro ambulatorio è aumentato nel tempo da 5 (1993) a 45 (2000). Se prendiamo in considerazione le prestazioni sanitarie connesse allo stato gravidico, si è passati dalle iniziali 48 alle 204 del 2000, con una media annuale di 118 prestazioni. Tali prestazioni comprendono: visite ginecologiche e ostetriche, ecografie, monitoraggi cardiotocografici in gravidanza.

Ovviamente a queste prestazioni più “istituzionalizzate” vanno ad aggiungersi le prestazioni telefoniche e gli incontri delle donne con lo psicologo per tutte le situazioni di malessere psicologico o di preoccupazione generalizzata. A questo proposito, molte volte i referenti delle strutture ospitanti le donne sentono il bisogno di contattare gli specialisti ANVER che seguono la donna sia per segnalare dei problemi sia per ricevere un aiuto nell’individuazione dell’approccio più corretto da avere con queste donne.

I dati su riportati, che confrontati con altri potrebbero sembrare esigui, per l’ANVER assumono un significato particolare se si considera che per questo Servizio alle donne in gravidanza con difficoltà la struttura non ha mai beneficiato di nessun finanziamento pubblico.

Alcune considerazioni

Le donne in gravidanza con situazioni di disagio generalizzate, sono molto più esposte, in confronto alle donne che non presentano certe problematiche, a rischi personali, fisici e psichici, nonché a rischi che incidono sulla gravidanza.

Il sistema sanitario assistenziale e di cura, dal canto suo, non sempre riesce ad offrire proposte sanitarie o di sostegno alla persona che siano esaustive nella risoluzione delle problematiche legate alla donna in gravidanza con difficoltà.

In questo contesto di riferimento il Servizio per le donne in gravidanza con difficoltà attivo all’interno dell’ambulatorio polispecialistico della cooperativa sociale ANVER a r.l., vuole essere un esempio concreto di assistenza sanitaria e sostegno alla vita che opera in collegamento e in rete con le strutture territoriali. L’intento è garantire l’assistenza necessaria ad un congruo monitoraggio della gravidanza mediante tutte le indagini e le visite necessarie, indipendentemente dalle possibilità economiche della persona che, altrimenti, la vedrebbe penalizzata ed esclusa o comunque in difficoltà nell’accesso ai circuiti assistenziali personalizzati. Non si propone, pertanto, la risoluzione in toto dei problemi delle donne ma si promuove un contesto di accoglienza alla persona e alla gravidanza mediante interventi sanitari e contatti personali che restituiscano loro il diritto alla dignità di persona.

IVG E PROSTITUZIONE

Giovanna Scassellati

Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma

Avrei piacere a raccontare le difficoltà fra le quali lavoro quotidianamente presso l'ospedale San Camillo nel Dipartimento per la tutela della Salute della Donna e del bambino.

Da qualche mese dirigo il modulo Day Hospital 194 cui è annesso un ambulatorio "Salute riproduttiva" aperto da poche settimane. Solo il 20% delle donne arriva attraverso i consultori. I dati rilevati in una ricerca condotta negli anni 1998-1999 dalla psicologa del dipartimento indicano che solo 600 donne su 3000 provenivano da consultori, le altre da ambulatori di medici privati o da ambulatori di altri ospedali.

È difficile applicare la legge. Le donne se vogliono possono tornare al servizio per il controllo post IVG (interruzione volontaria di gravidanza). Con questa soluzione, soprattutto, possiamo dare informazioni sull'uso dei contraccettivi e aiutarle a scegliere, decidendo insieme quale sia il contraccettivo adatto per la specifica situazione, se sia meglio la IUD o la pillola, nell'ottica di una maternità più responsabile e nella prevenzione delle recidive IVG. Queste ultime sono frequenti in alcune donne provenienti da paesi stranieri, soprattutto dell'Est europeo (Romania, Polonia, Moldavia.)

Per questo scopo abbiamo presentato un progetto per l'assegnazione di una mediatrice o più mediatrici culturali presso il Day Hospital.

Alcuni di noi tra i quali chi vi parla, provengono dal volontariato e precisamente dalla "Casa dei Diritti Sociali", ambulatorio laico istituito nel 1990 prima presso la Centrale del latte e poi in via Giolitti 225. Per anni siamo stati l'unico consultorio del volontariato laico a certificare per la Legge 194 a Roma.

Tra le donne che si rivolgono al Day Hospital, alcune vengono accompagnate da un operatore di "Magliana 80", (gruppo storico di Roma sulla prevenzione del danno) o del consultorio di via Vaiano (quartiere Magliana). Questo servizio è promosso dal Comune di Roma Assessorato alle Politiche per la promozione della salute, e dall'ASL RM D in collaborazione con il CIES e l'associazione "Magliana 80".

PROSTITUZIONE MINORILE, ABUSI SESSUALI: INTERVENTI INTEGRATI

Nadio La Gamba, Carmine Di Gesù, Monica Giorgi, Nicolò Ales
Caritas di Roma, Area Sanitaria

I Centri di Pronto Intervento Minori (CPIM) sono servizi della Caritas Diocesana di Roma che accolgono in emergenza adolescenti rintracciati sul territorio romano. In dodici anni di attività hanno accolto più di 90 ragazze sfruttate con la prostituzione. Alcuni casi riguardavano la prostituzione maschile. Si tratta di ragazzi dai 14 ai 17 anni, di provenienza campana, che “scelgono” di venire a Roma per fare un po’ di soldi. Molti di loro giungono ostentando un raffinato abbigliamento e una accurata igiene (segno che hanno una base di appoggio sul territorio: sfruttatori? “clienti”?), altri sono proprio malmessi. Abbiamo riscontrato una notevole incidenza di uso di sostanze stupefacenti (pasticche e cocaina). Con questi ragazzi è veramente difficile l’aggancio, in quanto decidono di andare subito via. Appaiono come rassegnati a questo stile di vita che considerano provvisorio e fonte di guadagno. Sono scappati da casa e spesso c’è una denuncia di scomparsa da parte dei genitori.

Le ragazze che giungono ai CPIM sono state tutte condotte dalle forze dell’ordine che, in ordinari pattugliamenti si sono trovati di fronte a giovanissime prostitute.

Nei nostri centri trovano un ambiente accogliente che consente loro di tranquillizzarsi, vivendo la normalità delle relazioni interpersonali. Successivamente viene chiesto alla nuova ospite cosa intenda fare rispetto ai propri sfruttatori. Molte ragazze decidono di presentare denuncia.

Il progetto di intervento elaborato dall’*équipe* del Centro, dopo un periodo di osservazione, consiste, in genere, nell’inserire la ragazza in una comunità residenziale dove avrà la possibilità di seguire gli studi, dei corsi di formazione professionale o di lavorare.

Il rimpatrio viene attuato solo nei casi esplicitamente richiesti dalla minore e, comunque, dopo aver provveduto ad effettuare un’indagine sociale, grazie alla collaborazione del Servizio Sociale Internazionale o dei Centri Caritas presenti nei Paesi di provenienza.

Entrare in contatto con queste ragazze significa mostrare una sensibilità e un sincero interesse verso la persona. È importante per noi operatori essere preparati all’impatto emozionale di storie crude e dense di sofferenza: verbalizzando e razionalizzando l’ansia e le paure derivanti da racconti di violenze fisiche e psicologiche subite dalle ragazze; focalizzando i pregiudizi e i luoghi comuni che la nostra cultura ha determinato. Riteniamo essenziale un approccio empatico, con la possibilità di interagire e mostrare i propri vissuti, facendo attenzione a non fare ricorso a commenti o giudizi, ma ad un’autentica e completa accettazione della persona.

La nostra preoccupazione iniziale è quella di creare una valida relazione con la ragazza, provvedendo a tutti i bisogni primari e ad un adeguato sostegno psicologico. Raccontare la propria storia è utile alle ragazze perché è come se si liberassero di un grosso peso “consegnandolo” all’operatore, ritenuto capace di gestire la situazione.

C’è il bisogno esplicitato di riuscire ad avere nuovamente fiducia in altre persone; quello che è accaduto una volta, proprio perché *abnorme*, non può succedere di nuovo. C’è il desiderio di riscattarsi da una realtà che ha schiacciato ogni forma di rispetto verso la persona. Le ragazze ribadiscono che si può mantenere una forma di libertà nel pensare ed essere lontane da quello che sta succedendo al proprio corpo. Questo scorporare l’esperienza mentale e quella fisica è

forse l'unica difesa che si può mettere in atto. Oppure c'è la falsa convinzione che parlando con il cliente prima dei rapporti sessuali, si possa ricreare un rapporto umano che contenga degli affetti. Pesano le violenze fisiche e le minacce ricattatorie da parte dei propri sfruttatori, utilizzate come "contratto" capestro per impedirne la fuga o la denuncia.

La famiglia da cui provengono le ragazze è costituita in genere da un padre che lavora e da una madre casalinga; le madri delle ragazze provenienti dalla Bulgaria lavorano tutte.

L'ambiente familiare è caratterizzato da relazioni conflittuali con le figure genitoriali; ciò costituisce spesso il motivo dell'allontanamento dal nucleo. I conflitti hanno origine da maltrattamenti fisici e psicologici e più in generale, da un atteggiamento molto oppressivo. Il padre, quasi sempre assente, torna a casa ubriaco, ma come "maschio", ha il potere decisionale su tutti i membri della famiglia.

Alcune ragazze provenienti dalla Bulgaria si sono trasferite nel nostro Paese con la piena consapevolezza di prostituirsi, attratte dai facili guadagni. La loro attività è condotta in modo indipendente, in quanto dichiarano di non aver mai avuto un protettore a cui dare una parte del loro guadagno.

Le ragazze soffrono per l'allontanamento dal loro Paese e, pur avendo precari rapporti con le famiglie, ne sentono la mancanza. È forte in loro il richiamo della terra d'origine dove sperano di ritornare per ricongiungersi ai loro affetti, pur essendo consapevoli della carenza di opportunità lavorative.

Le ragazze albanesi dicono di essere state "raggirate", giacché giungono in Italia con la speranza di trovare un lavoro e di poter mettere da parte dei soldi. Si trovano al contrario di fronte alla prostituzione. Subiscono frequentemente maltrattamenti da parte dei propri sfruttatori. In alcuni casi, questi ultimi, ricattano le ragazze minacciando di fare uccidere i loro cari.

Le ragazze albanesi sono concordi nel definire drammatiche le condizioni di vita in Albania, dove, alla carenza di mezzi di sopravvivenza, si aggiunge una mancanza di tranquillità dovuta alla presenza di bande senza scrupoli che sequestrano donne indifese e le vendono come prostitute. Facendo riferimento alle dichiarazioni delle ragazze, la tratta delle donne risulta essere una pratica molto diffusa in questo Paese, dove la donna è considerata un essere inferiore, soggetto alla volontà dell'uomo. La cultura albanese sancisce la discriminazione fra uomo e donna. Quando chiediamo alle ragazze di parlarci dei diritti e dei doveri della donna, nella maggior parte dei casi, riferiscono che il ruolo della donna è limitato esclusivamente a quello di madre e moglie. È normale per una donna essere picchiata dal marito e non ci sono strutture pubbliche a cui rivolgersi per denunciare i maltrattamenti subiti.

Ad eccezione di quelle sequestrate, solitamente le ragazze albanesi giungono in Italia con il fidanzato, con il progetto di trovare un lavoro e costituire una famiglia. Il fatto stesso di essersi allontanate da casa le condiziona perché secondo la tradizione albanese una ragazza deve sposare l'uomo con cui si allontana da casa, altrimenti al suo ritorno non sarà più considerata.

In Albania "l'opinione uccide" e le ragazze accettano qualsiasi prova d'amore con la speranza di potersi unire in matrimonio al loro fidanzato. Sono plagate dai loro uomini che le convincono a fare le prostitute per poco tempo nell'attesa di tempi migliori. In realtà i loro uomini, sin da prima della partenza sanno come si guadagneranno da vivere in Italia, ma lo dichiarano solo quando le donne sono lontane da casa, vulnerabili e impaurite dalle continue minacce di morte dei loro familiari.

Ben presto le ragazze si rendono conto dell'inganno, vedono sfumare i loro progetti di matrimonio e si fa sempre più chiara in loro la consapevolezza di essere sfruttate per soldi. Così la vita si fa sempre più drammatica, le alternative sono poche: se decidono di tornare a casa, tutti sapranno del loro passato di prostitute, se decidono di ribellarsi al loro sfruttatore, ricevono solo ulteriori maltrattamenti.

Molte di queste donne non sono consapevoli dei loro diritti e non sanno a chi rivolgersi per denunciare le violenze subite. In un Paese straniero è difficile trovare qualcuno che le aiuti, talvolta sono proprio i loro clienti che le convincono a cambiare vita invitandole a fuggire.

Alcune hanno il coraggio di rivolgersi alla polizia, ma purtroppo i loro sfruttatori restano in carcere per poco tempo e quando tornano liberi non è possibile evitarli.

Sia per le albanesi che per le bulgare, la vita di strada è piena di pericoli. Frequentemente hanno subito maltrattamenti da parte dei clienti che le hanno picchiate e costrette a trattenerci con loro più del pattuito. Talvolta sono state derubate.

Nessuna di queste donne è orgogliosa del proprio passato, sostengono di aver commesso degli sbagli, ma non hanno mai pensato ad un'alternativa alla vita di strada. Per uno straniero che non ha la padronanza della lingua non è semplice trovare un lavoro e, pur trovandolo, non consentirebbe la conduzione di una vita agiata.

Ricordando i primi giorni trascorsi per strada, le ragazze sono accomunate da un forte senso di vergogna per gli sguardi curiosi e sprezzanti delle persone. Spesso pensavano ai loro genitori, a quanto avrebbero sofferto vedendole in quelle condizioni.

Parlando dei loro clienti, uomini di tutti i tipi e di tutte le età, le ragazze si soffermano molto su quelli abituali che le pagavano per restare a parlare con loro dopo il rapporto sessuale.

Nell'animo di queste donne vi è un profondo desiderio di cambiare, tutte vogliono condurre una vita normale e desiderano impegnarsi per un futuro migliore.

Quasi tutte le ragazze accettano o chiedono spontaneamente di sottoporsi a visite ginecologiche e ad accertamenti sierologici per i test che riguardano le malattie sessualmente trasmissibili. Ciò è reso possibile grazie alla collaborazione con le strutture pubbliche del territorio e con i medici volontari dell'Ambulatorio.

Il nostro percorso privilegiato permette di intervenire in tempi rapidi:

1. si chiede agli uffici amministrativi della ASL di assegnare un codice regionale STP (Straniero Temporaneamente Presente);
2. le ragazze vengono accompagnate al consultorio della ASL RMB di via delle Canapiglie (l'associazione sociale prende l'appuntamento direttamente con la ginecologa);
3. per le MST sono indirizzate anche al servizio del San Gallicano;
4. per le ecografie all'Ambulatorio Caritas di via dei Gonzaga per ridurre i tempi di attesa che nel pubblico sono lunghi;
5. parallelamente si procede con l'intervento sociale, coinvolgendo le ambasciate per i documenti di identità;
6. si segnala la situazione al Giudice Tutelare che provvede ad aprire una tutela al Sindaco di Roma, con la quale si potrà richiedere il rilascio del permesso di soggiorno e quindi l'iscrizione al servizio sanitario nazionale;
7. si provvederà ad inserire la ragazza in una struttura comunitaria protetta e se possibile (è successo solo in due casi, visto che le ragazze hanno un'età media di 16 anni) all'affidamento familiare.

Un punto critico rispetto agli interventi integrati riguarda il sostegno psicologico specializzato di cui queste ragazze presentano un forte bisogno: conosciamo poche strutture del pubblico e del privato che offrono assistenza psicologica con personale con competenze e approccio transculturale.

I casi di abuso sessuale sono trattati in collaborazione con strutture specializzate (Tetto Azzurro e Centro del Bambino Maltrattato privato sociale in convenzione), tribunale per i minorenni, servizio sociale territoriale.

VIVERE CON IL GENITORE ALCOLISTA: QUALE DIALOGO?

Rosanna Marchetti

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

Introduzione

Nella famiglia alcolista i legami affettivi e le dinamiche al suo interno, non sono il risultato di introiezioni precostituite, ma la modificazione di queste derivanti dal comportamento sia del singolo sia dell'insieme del nucleo familiare. Si manifestano sotto l'influenza di messaggi e suggestioni tipici nella condizione di alcolismo (sia attivo sia pregresso) di uno o più dei suoi componenti. In tale contesto il dialogo si arresta davanti a situazioni sempre più difficili da sostenere: all'interno della coppia genitoriale, nella diade genitori/figli, tra fratelli (fratelli/sorelle). Difficoltà al dialogo possono essere già presenti nel momento del costituirsi della famiglia se l'alcolismo è già presente nella coppia o nelle famiglie di origine di questa, oppure evidenziarsi in futuro con il sopraggiungere e l'affermarsi di comportamenti alcolemici, o comunque condizioni di dipendenza da sostanze. È da sottolineare che la maggior parte degli alcolisti proviene da famiglie dove l'alcol con il suo effetto destabilizzante è già presente e per famiglia vanno intese anche le tipologie di estesa e/o multipla, e il parentado in generale. Difficoltà al dialogo e quindi all'autoaffermazione possono caratterizzare i momenti significativi di questi soggetti, propri di tutte le tappe importanti che ognuno di loro è inevitabilmente chiamato a vivere e i percorsi che sicuramente percorreranno come: nascita, adolescenza, inserimento sociale/lavorativo, matrimonio, vecchiaia, morte.

La ricerca

Nello scritto che seguirà, si è cercato di avviare delle ipotesi di ricerca tracciando degli interrogativi importanti sul tema proposto, analizzando il contenuto di alcune testimonianze e ponendoci dapprima alcune riflessioni. Perché è persistente la precarietà comunicativa in questi soggetti? Perché la vita degli alcolisti e soprattutto quella dei loro figli è sempre e inevitabilmente influenzata dallo stato di alcolismo del genitore? Perché la vita sociale e affettiva di questi ragazzi porta sempre al raffronto con la difficile vita familiare e agli impedimenti sulle opportunità che questa favorisce? Perché la società non è in grado di decodificare i messaggi emessi dal loro stato di disagio, trasferendo ogni forma di frustrazione su chi appunto è debole, spesso aggrappato a supporti che appaiono labili, incerti, o addirittura non riconoscibili? Lo svolgimento del lavoro cercherà di dare delle possibili risposte a quanto sopra esposto, prendendo in considerazione le dinamiche e il vissuto di alcuni giovani figli di alcolisti.

Materiali e metodi

La rilevazione è stata effettuata durante un seminario di alcologia svoltosi presso una scuola media superiore collocata nei pressi di Roma, dove appartenenti ai gruppi di Figlio Alcolista Adulto (FAA) hanno partecipato fornendo appunto le loro esperienze e raccontando il loro vissuto.

La struttura del campione anche se in scala ridotta riflette l'universo sociale che effettivamente frequenta i gruppi di FAA nel comprensorio di Roma, tenuto anche conto che la continuità delle presenze è estremamente labile, con episodi di fluttualità e intermittenza.

Una variabile importante che determina la struttura del campione è rappresentata dalla maggior partecipazione delle ragazze rispetto ai ragazzi, questo è correlabile a fattori culturali in quanto la componente femminile dell'universo "alcol" è più sensibile e più vulnerabile di quella maschile alle problematiche e alle vicissitudini interne alla famiglia alcolista.

Si riscontra invece un'elevata percentuale di padri alcolisti rispetto alle madri, questa variabile presente nel campione, rispecchia la reale situazione attualmente riscontrabile nel sociale, anche se nel futuro si prevede una maggior percentuale di donne alcoliste (e quindi madri) rispetto a quella riscontrata in un passato piuttosto recente.

Il materiale utilizzato si riferisce a testimonianze fornite da figli di alcolisti, sul tema delle possibili difficoltà di dialogo con il genitore alcol dipendente e sugli aspetti del loro vissuto determinato da questa difficile convivenza.

L'argomento a tema è stato da questi giovani liberamente espresso, i nomi usati sono fittizi.

L'analisi qualitativa è stata effettuata sulle testimonianze fedelmente trascritte nelle loro espressioni originali. Tale tipo di approccio fra i metodi più utilizzati nella ricerca sociologica, consente all'intervistato/a di esprimere appieno le problematiche trattate spesso vissute in prima persona, arricchendole di tutti quei sentimenti e stati d'animo che situazioni gravose come quelle che andiamo a descrivere suscitano, al ricercatore di osservare direttamente l'espressività di chi parla, cercando di cogliere meglio quello che quasi sempre viene sottaciuto o detto "tra le righe", della gestualità del corpo e dalla espressività del volto.

Francesca, padre alcolista, anni 22, nubile, studentessa universitaria

"Non esisteva dialogo – lui è nato nell'alcol – quando sono nata io era già alcolista, in quel periodo c'era crisi in famiglia che poi si è risolta in una separazione... quando ho cominciato a frequentare FAA ho cambiato la situazione dentro di me anche se ancora siamo chiusi, è cambiato il mio modo di vederlo, ho ancora dei risentimenti anche se gli voglio bene... in passato ho trovato modi di uscire dalla realtà, molto subdoli. Per uscire dalla realtà io mi sento come un alcolista anche non bevendo, probabilmente mi sento molto spesso come mio padre ... non è colpa mia degli atteggiamenti di mio padre, ora ho un dialogo con lui molto interiore e penso che lui lo senta, anche se un dialogo vero e proprio non c'è".

Analisi sociologica

La famiglia come matrice d'identità, plasma e modella il comportamento dei suoi componenti, in particolare i figli. Di conseguenza se sono presenti situazioni disfunzionali, anche i singoli membri ne risentono,

Il senso di appartenenza alla famiglia, si forma nel bambino con il suo adattamento e appropriazione di modelli comportamentali soprattutto dei genitori, anche quando questi presentano patterning disturbati dall'alcol-dipendenza.

La presente testimonianza evidenzia molto la mancanza di dialogo costruttivo per una progettualità all'interno della famiglia, ma anche timidi tentativi per iniziare un nuovo modo di concepire la solidarietà tra genitore alcolista e figli.

Raffaella, padre alcolista, anni 27, nubile, Diploma universitario, lavoro igienista dentale

“Non sono un'alcolista, ma sono passata per altre dipendenze tropiche ... non riesco a parlare con persone che non hanno vissuto il mio problema di figlia di alcolista volevo uccidere mio padre, non riesco a controllare la mia vita, avevo una rabbia incontrollata contro mio padre, contro il mondo, contro tutti ... ora che frequento l'associazione FAA ho imparato ad amarlo, prima, non riesco ad affrontare il mondo esterno, ora posso parlare con persone che come me hanno vissuto una vita di sofferenza perché mio padre mi mancava, per la sua aggressività, prima sopravvivevo, ora sono viva perché sto bene con me stessa ... lui continua a bere, ancora non ha raggiunto il suo fondo Sto imparando a vivere con mio padre due momenti separati: nel lavoro che ho con lui mi relaziono e poi mi distacco quando lui beve, sta male, perché non è più lui, perché l'alcol ha un effetto devastante, diventa una persona che non è più in grado di ragionare”

Analisi sociologica

Nella testimonianza la giovane intervistata parla di due momenti separati: il primo quello del dialogo e della solidarietà, la cui complicità e sostegno in campo professionale sono espresse in tutta la loro positività e creatività, una convergenza di potenzialità tra persone che in realtà si vogliono bene; il secondo quello dell'incomunicabilità, quando al dialogo della diade padre/figlia, subentra il momento disfunzionale del singolo correlato all'emergere di situazioni difficili quando tutta la rilevanza emotiva affiora allora nella sua totale drammaticità, nel momento in cui la giovane vive i rapporti “faccia a faccia”.

Sono frangenti in cui si manifesta tutto ciò che fino ad allora si era sottilmente controllato, s'ingigantisce la difficoltà a sostenere situazioni difficili e gli aspetti relazionali tra i soggetti acquistano una caratura drammatica.

L'incapacità nell'affrontarli e risolverli positivamente, mostra gli aspetti psicopatologici che sono l'espressione di difficoltà esistenti in situazioni difficili.

Valentino, padre, nonni, zii alcolisti, anni 17, celibe, studente scuola media superiore

“Sono stato sette anni senza parlare con mio padre ... ho tutti gli atteggiamenti dell'alcolista, ho vissuto di riflesso l'esperienza di mio padre ... il relazionarmi con altri ragazzi che hanno vissuto il mio problema mi fa sentire bene ... mio padre ed io avevamo delle battaglie psicologiche a chi si faceva più del male, anche quando ero piccolo lo fronteggiavo, poi durante l'adolescenza rimasi solo senza amici e con mio padre eravamo separati in casa... Prima cosa che si fa si nega ed io ho negato l'alcolismo di mio padre, la paura che avevo era quella di essere giudicato sulla mia famiglia, perché nella mia famiglia ci sono altri componenti alcolisti ed era facile affrontare il problema scappando ... Poi gli amici del gruppo FAA mi hanno aiutato a capire che io di mio padre me ne sono altamente fregato per anni, quando aveva la sbornia secca non riuscivo a capire e a perdonare, ora so che prima devo cambiare io e poi influenzerò i miei genitori ... ora quando sto con mio padre rido e scherzo”.

Analisi sociologica

La giovane età del paziente appena 17 anni, richiede una attenzione particolare proprio perché si trova in una fase della vita di transizione estremamente importante, quella del passaggio dall'età adolescenziale a quella adulta.

Occorre quindi la massima comprensione per le paure che inevitabilmente e forse inconsciamente tentano di ostacolare le relazioni interpersonali e l'inserimento sociale causate dalla "vergogna" che egli prova per l'alcolismo attivo presente nella famiglia allargata, visto che la dipendenza è presente anche nei nonni e negli zii.

Potremmo dire che essa è il prototipo della famiglia alcolista, una famiglia che trasmette alle nuove generazioni modelli comportamentali alcolemici in quanto essi fanno parte del loro bagaglio sia culturale che comportamentale.

Il giovane esprime molto bene questo stato di angoscia, egli letteralmente dice: "scappando" perché si ha paura di essere giudicati per cose di cui in realtà non si ha colpa, ma che inequivocabilmente etichettano agli occhi della società come persone devianti da tenere lontane.

Nell'intervista si riscontrano comunque, anche delle positività, il ragazzo grazie anche alla frequenza nel gruppo FAA ha imparato a confrontarsi con le proprie difficoltà senza più colpevolizzarsi per una condizione di alcolismo di cui non deve rispondere in prima persona.

Inoltre ha trovato o cerca di ritrovare un dialogo con il padre, inteso anche come un "bisogno di sicurezza", un modo di riappropriarsi degli anni vissuti da "separati in casa", un desiderio di rinsaldare quegli affetti per troppo tempo assopiti.

Bruno, madre alcolista, anni 25, celibe, titolo di studio Maturità, disoccupato

"Mia madre frequenta l'associazione Alcolisti Anonimi da dieci anni ... il periodo in cui mia madre beveva mio padre se n'è andato di casa, mia sorella era violenta e mio nonno reagiva umiliandola ... quando mia madre beveva e poi vomitava io facevo l'infermiere, sorreggendola l'accudivo ... il clima con i vicini era di omertà ... i ruoli erano completamente invertiti, io svolgevo con mia madre il ruolo che avrebbe dovuto svolgere mio padre ... con il tempo ho avuto un crollo psicologico e le dipendenze con le canne e mi ubriacavo, ... se non iniziavo a frequentare FAA avrei ripetuto la storia di mia madre, ora invece riesco a vedere dall'esterno il problema ... il problema dell'alcolismo non sconvolge solo l'alcolista, ma tutta la famiglia e i figli sono dei potenziali alcolisti, ora ho un alto senso del dovere".

Analisi sociologica

Nella famiglia alcolista c'è sempre chi si assume l'onere di svolgere ruoli non propri, questo per colmare quel vuoto lasciato da chi si è disinteressato della propria famiglia rifiutando in toto proprie responsabilità.

Potremmo dire che colui che si "preoccupava" è il "designato", che la famiglia demanda come chi deve affrontare e risolvere i problemi, l'adulto per eccellenza.

Questo è una equazione a sostegno del tipico sistema presente nella famiglia alcolista, che in effetti mantiene la disfunzione dei ruoli al suo interno.

La famiglia come sistema socio-culturale aperto, dovrebbe invece accettare e stimolare i cambiamenti al suo interno in modo appropriato, assegnando ad ogni membro il ruolo più consono al sesso, all'età, alla posizione civile e culturale che normalmente gli compete.

Nei casi in cui è presente la dipendenza da sostanze, in questo caso l'alcolismo, il rifiuto al cambiamento migliorativo, è correlato all'elaborazione di una serie di contro reazioni tanto da consolidare comportamenti di rigidità e chiusura che bloccano l'alternativa.

La frequenza presso le associazioni di auto-aiuto, sembrano aver dato ai protagonisti della vicenda narrata la possibilità di poter evolvere dalla situazione gravosa in cui vivevano, un possibile percorso di recupero, che probabilmente faciliterà la trasformazione del sistema familiare un tempo imbrigliato nel suo assetto monolitico disfunzionale.

Manuela, padre alcolista, anni 22, nubile, studentessa universitaria

“Sono figlia di un alcolista ... prima che entrassi a far parte dell’associazione, i rapporti all’interno della famiglia erano assolutamente guasti, mentre all’esterno si riflettevano in maniera assolutamente mascherata .. il dialogo con gli amici e il vicinato era inesistente, io fingevo, avevo paura di domande , la gente s’impiccia (si interessa) ... le scenate dentro casa dovevano finire lì, le urla, le grida, io non riuscivo a rapportarmi con gli altri e davo la colpa agli altri che non riuscivano a capirmi, io ero al centro dell’universo o una nullità, pur avendo delle amicizie, le rifiutavo ... per quanto riguarda i ragazzi io cercavo quello che riuscisse a colmare i miei vuoti e mi sono sempre relazionata con ragazzi che avevano sostituito mio padre, anche loro erano alcolisti”.

Analisi sociologica

Il comportamento estremamente ambivalente che assume l’intervistata è purtroppo molto diffuso tra chi fa parte di famiglie alcoliste.

La condizione di vergogna che si prova per lo stato che si vive in casa, inevitabilmente si riflette all’esterno delle mura domestiche, determinando quel senso d’insicurezza proprio di chi fugge da situazioni disfunzionli, spesso di tipo paradossale, e/o rimuove, negando purtroppo l’oggettiva incisività in tali situazioni delle cause, le cui conseguenze sono comunque inevitabili.

Fra queste vanno prese in considerazione: uno sviluppo nevrotico della personalità, un sé indistinto, l’elaborazione di una doppia personalità, fino allo sviluppo di un percorso psicotico definitivo.

Inoltre il farsi carico da parte dei figli della condizione in cui si trova la famiglia alcolista in particolar modo del genitore dipendente, è peraltro sempre più frequente perché questi giovani vivono criticamente il proprio sé, convinti di non essere in grado di far valere le proprie aspirazioni e progetti per un futuro migliore, sicuri della propria inferiorità sociale oltre che caratteriale, con un abbassamento della propria auto-stima spesso difficile da colmare.

Si riscontrano spesso tra le figlie di alcolisti comportamenti simili o che eguagliano quelli materni, in questo caso “avere storie” con partner alcolisti, questo consente di “espiare” colpe mai commesse, come quelle di non essere stati in grado di farsi amare dai propri genitori e soprattutto convinti di non meritare il loro amore.

Paola, padre alcolista, anni 22, nubile, diploma, lavoro dipendente

“Sono orgogliosa di essere nel gruppo FAA che mi ha dato la possibilità di vivere la mia vita ... i miei erano separati già quando io ero molto piccola e ho imparato ad essere una donna di casa a 9 anni ... avevo in casa un padre attivo e senza mia madre che era stata cacciata io vivevo una vita diversa come se non avessi mai vissuto, dovevo controllare i miei fratelli, mio padre praticamente non ha vissuto ... ho iniziato diversi tipi di scuole ma mai finite, gli amici tanti ma nessuno in realtà ... non mi sono mai messa in discussione, con quella situazione così gravosa potevo mettere in discussione me stessa? ... cercavo di controllare la vita degli altri non la mia! ... per grazia di Dio a 15 anni sono andata a vivere da sola con

un'amica, è stata la salvezza, ho avuto la possibilità di guardare quanto la mia vita fosse un disastro ... era un disastro, non c'era un rapporto che fosse stato da me tenuto in maniera sana ... poi sono andata a vivere con mia madre e questo mi ha confortata, anche se mi rendo conto quanto le somiglio perché nel rapporto a due, cerco ragazzi che sono uguali a mio padre...ora sto con un ragazzo alcolista che frequenta FAA.”

Analisi sociologica

Questo caso rientra fra quelli tipici di coppie separate anche con figli, dove è frequente proprio la condizione della dipendenza, che favorisce la crisi del matrimonio fino alla separazione della coppia genitoriale, con gravi conseguenze nell'educazione dei figli e nel loro inserimento nella vita sociale, oltre che nella loro vita privata e fondamentalmente nell'affettività complessiva.

Come spesso accade è sempre la figlia maggiore a dover assumersi il ruolo lasciato vuoto dalla madre, quando come in questo caso il periodo è quello pre adolescenziale e adolescenziale che richiede attenzione e protezione e non il contrario, un “ruolo” che purtroppo implica un'incapacità di fondo a svolgere compiti tipici di un adulto.

L'inesperienza che per definizione caratterizza questo periodo della vita, lo smarrimento e lo sconforto che si sperimenta, fanno sì che le regole sociali proprie della comunità di appartenenza vengano messe in pratica in maniera errata.

Poiché non si è in grado di far fronte non solo alle situazioni di particolare difficoltà, ma anche a quelle più semplici (cioè di routine per un adulto) per l'inadeguato uso delle regole e delle errate modalità di scelta, ne consegue un disagio profondo, che caratterizza per molto tempo il proprio vissuto.

Tra questi aspetti vanno ricordati anche gli abbandoni scolastici molto frequenti, che sono anche sintomatici.

Nel caso in esame è presente l'imitazione del modello comportamentale materno nel tipico modo che “non appaga”, anzi delimita ancor di più le proprie potenzialità, che talora rimangono inesprese definitivamente.

Isabella, madre alcolista, anni 32, nubile, diploma, lavoro dipendente

“il figlio di alcolista prova vergogna per quello che si prova in casa, si nega il problema, non accetta la situazione, ... mia madre era il mio punto di riferimento ed io non volevo ammetterlo, anche se all'interno della famiglia si viveva molta violenza fisica, non solo mia madre era alcolista, ma ho anche due fratelli tossico dipendenti, ... io non me ne accorgevo ma all'esterno della famiglia si viveva un clima di negazione ... poi mi sono ammalata di depressione e quindi ho bevuto, mi sono fatta proprio del male, ero calata a 35 kg, non mangiavo più, ... mi hanno preso per i capelli”.

Analisi sociologica

Dall'intervista emergono tre temi estremamente significativi per l'argomento trattato. Essi caratterizzano il profondo solco dell'esperienza vissuta dall'intervistata all'interno del proprio nucleo familiare.

In sostanza si tratta di quanto segue:

- il processo d'identificazione con il genitore dello stesso sesso che ogni individuo sperimenta durante il periodo adolescenziale giovanile;
- la presenza delle polidipendenze in più componenti della famiglia;

- l'insorgenza della depressione e di uno stato psicologico tipico che si ritrova spesso nelle giovani donne appartenenti a famiglie disfunzionali e in particolare in quelle alcoliste.

L'identificazione e quindi l'assimilazione di modelli comportamentali genitoriali, (in questo caso la madre), che l'adolescente fa propri, implicano condotte devianti, che sono le sole legittimate dalla subcultura cui si fa riferimento.

Questa "appropriazione" spesso rivela una sfida, in forma di autolesionismo al sistema sociale indifferente alle tragedie familiari.

La presenza di polidipendenze tra i figli di alcolisti è il proseguimento del tragitto intrapreso con l'accettazione del modello comportamentale del genitore disfunzionale. La conseguente imitazione, come regola, legittima la disfunzionalità presente, definendo l'assetto all'interno della famiglia in modo granitico.

In questo caso la depressione sperimentata dalla giovane, appare reattiva al disagio scaturito dal clima invivibile per la presenza di episodi ripetuti di violenza.

Alessia, padre alcolista, anni 28, nubile, diploma universitario in fisioterapista, lavoro dipendente

“In passato mi sono attaccata a delle situazioni che non erano sane, nell'associazione FAA ho sentito come un abbraccio che mi ha aiutata a vivere fuori come persona, ... ho iniziato a frequentare il gruppo per aiutare la mia famiglia nei momenti di crisi, mio padre è stato estremamente violento nei confronti di mia madre, questo ha favorito in me forti crisi depressive, volevo che mia madre frequentasse i gruppi perché era quella che soffriva di più ... quando ho cominciato a frequentare FAA mi sono trovata con persone che condividevano con me la stessa esperienza, mentre con gli altri mi trovavo male e scaricavo il mio malessere interiore su di loro ... questa liberazione e condivisione mi hanno aiutata per capire i problemi di questa malattia e ho scoperto che non, mi amavo, non mi rispettavano, non ho mai scelto ... ho vissuto difficili situazioni e rabbia verso mio padre che non riuscivo a comprendere e a perdonare, l'ho aggredito e ingiuriato, non ho avuto mai nessuna risposta da lui, mi sono resa conto che tutti i miei tentativi non servivano a niente, mio padre è malato, se lui non capisce questa situazione io non posso farci niente ... ora ho una specie di rinascita e godere di quelle piccole storie che prima non conoscevo, ora il mio atteggiamento è cambiato, mio padre deve vivere le sue crisi da solo, deve capire e questo avverrà solo quando è arrivato il suo fondo, questa è una condizione soggettiva, quando si è soli con se stessi nei momenti di crisi ... l'ho fatto ricoverare più volte, ma lui continua a bere ... ora è nata in me una comprensione del problema e l'accettazione.”

Analisi sociologica

La violenza, presente anche in questa testimonianza, è alla base dello stato di alterazione emotiva e dell'angoscia derivante dal vissuto critico dell'interno di un nucleo familiare decisamente patologico.

Ne è espressione in modo particolare anche il comportamento che il soggetto in esame adotta all'interno e all'esterno delle mura domestiche.

L'aver in seguito accettato l'alcol dipendenza paterna come una malattia con la conseguente elaborazione di un comportamento all'insegna del distacco emotivo, sono senz'altro elementi positivi che gioveranno alla ragazza per un futuro meno angosciante e sicuramente più progettuale.

Monica, padre alcolista, anni 27, nubile, diploma, lavoro nell'attività di famiglia

“Il disagio più grande che ho trovato tra la vita precedente e quella di adesso è questo grande cambiamento di ruolo ... In FAA da circa 3 anni sto cercando veramente di prendere in mano la mia vita che prima era proiettata solo ed esclusivamente su: dove, come, quando, l'alcolista beveva ... Ho fatto da madre a mia madre e da padre a mio padre, mi sono occupata dell'intera famiglia e per una figlia non credo sia un ruolo normale ... io ho fatto tanto per mio padre che ha il problema (alcolismo) gli sto sempre dietro, gli risolvo tutti i problemi, gli do i consigli, .. di più.. di più.. ma questo a cosa ha portato? All'annullamento di quello che è la mia vita ... la mia vita non andava perché era colpa dell'alcolista o lo credevo, ma a me ha fatto bene sapere che la persona alla quale voglio più bene al mondo è un malato, non era un vizio, io quando ho sentito parlare di malattia è stato un grande sollievo ... qui nell'associazione ho imparato a scindere il bene che voglio a mio padre e la malattia, sono e devono essere due cose separate ... io avevo mischiato le due cose e la malattia aveva preso il sopravvento e provavo nei suoi confronti rabbia e ostilità, non me ne rendevo conto, fuggivo da me stessa cercando di prendere in mano la sua vita ... ora ho capito”.

Analisi sociologica

Nel racconto, emerge l'adozione di ruoli non propri: “il sostituirsi, il prendersi carico di...”, l'offrirsi in “supplente” in situazioni, per altro già di per sé difficili, prevalgono sullo sviluppo della propria identità ed è reso ancora più gravoso da un vissuto che comunque rimane legato ad una violenza costante nel tempo.

Nella fase successiva il processo elaborativo determina la finalizzazione della propria affettività: voler bene al proprio genitore non significa legare la propria vita “al servizio della negazione”, ma bensì distanziandosi nettamente dalla disfunzionalità che l'abuso di alcol produce nel genitore dipendente e dal sistema più generale di tipo francamente psicopatologico della famiglia alcolista.

Senza affrontare le varie tematiche correlate come: la mancanza di auto stima e di iniziativa che di fatto la nostra società favorisce, quando forza le potenzialità della condizione umana.

Molto di quanto detto sul problema alcol e sugli atteggiamenti negativi che si assumono nei ritardi degli alcolisti e dei loro familiari è dovuto sia alla mancata informazione sui gravi problemi sia ciò, che l'abuso procura nel gruppo dei conviventi e sui pregiudizi che gravano attorno la dipendenza da sostanze.

Risultati

In tutti i casi qui analizzati, le testimonianze esprimono:

- lo stato di disagio all'interno del gruppo dei conviventi causato dalla presenza di uno o tutti e due i genitori alcolisti;
- le ragazze vivono con maggior emozionalità e precarietà in quanto sono più coinvolte dal punto di vista emozionale la loro condizione di figlie di alcol-dipendente;
- nonostante la situazione di svantaggio anche per la disegualianza culturale, esse reagiscono con maggior vigore e concretezza nella riappropriazione del proprio ruolo sia all'interno della famiglia sia nel sociale.

Conclusioni

Le testimonianze prodotte in questa indagine, hanno messo in evidenza un vissuto difficile, aggravato da situazioni spesso insostenibili, soprattutto per i figli i quali vivono la fanciullezza, un periodo di vita tra i più vulnerabili per ogni essere umano, in un'atmosfera caratterizzata da assenze piena di paure e angosce.

La fenomenologia caratterizzata da difficoltà e da conseguenti richieste di aiuto, dovrebbe interessare le istituzioni prime fra tutte la scuola.

La struttura e gli insegnanti dovrebbero garantire particolare attenzione al vissuto pregresso dei bambini/adolescenti/giovani, di famiglie alcoliste con programmi d'intervento mirati per una corretta prevenzione.

Una particolare attenzione non significa "etichettare", o "ghettizzare", ma semplicemente rilevare, evidenziare e comprendere la solitudine, spesso mal celata, e la necessità di un modello di riferimento funzionale per chi non ha scelto di nascere in una famiglia alcolista, dove il dialogo quasi sempre è inesistente o più semplicemente impossibile.

Soprattutto una efficace Educazione alla salute in fatto di dipendenze da sostanze, e in particolare riguardo problematiche alcol correlate, trova giustificazione in un fenomeno sempre più in crescita tra i giovani di ambo i sessi.

Bibliografia di riferimento

- Bettelheim B. *Un genitore quasi perfetto*. Milano: Feltrinelli; 1998.
- Brown S. *Alcolismo, terapia multidimensionale e recupero*. Trento: Erickson; 1997.
- Cancrini L. *Date parole al dolore*. Milano: Euroclub Italia Spa; 1997.
- Cancrini L. *Il vaso di Pandora*. Roma: La nuova Italia Scientifica; 1992.
- Fox R. Children in the alcoholic family. In: Bier WC (Ed.). *Problem in addiction*. New York: 1962.
- Kohut H. *La guarigione del sé*. Torino: Boringhieri; 1987.
- Laing RD, Esterson A. *Normalità e follia nella famiglia*. Torino: Einaudi; 1970.
- Minuchin S. *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio; 1976.
- Minuchin S. *Quando la famiglia guarisce*. Milano: Rizzoli; 1993.
- Morpurgo E, Egidi V. *La solitudine forme di un sentimento*. Milano: Franco Angeli; 1995.
- Papoulos DS, Papoulos J. *La depressione: una porta sempre aperta*. Milano: Ed. Ferro; 1989.
- Sarteschi P, Maggini C. *Manuale di psichiatria*. Noceto (Pr): Ed. SBM; 1990.

UN INTERVENTO DI *COUNSELLING* TELEFONICO RIVOLTO A CITTADINI STRANIERI

Laura Camoni, Anna Colucci, Anna D'Agostini, Pietro Gallo, Anna Maria Luzi, Rudi Valli
Istituto Superiore di Sanità, Roma

In Italia, l'immigrazione, da evento transitorio si è trasformato, in questi ultimi anni, in fenomeno permanente, ottenendo l'attenzione sia del mondo politico, sia di quello sociosanitario. I provvedimenti legislativi, sanitari e assistenziali adottati, infatti, hanno come obiettivo quello di predisporre interventi di prevenzione e di educazione alla salute in grado di raggiungere le popolazioni migranti, spesso in difficoltà a causa di informazioni insufficienti sulle possibilità di assistenza e di cura offerte dai Servizi territoriali (governativi e non).

In questo ambito opera il Telefono Verde AIDS (TVA) del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità, un Servizio di *counselling* telefonico, anonimo e gratuito, particolarmente utile per i cittadini stranieri, che ha lo scopo di:

- dare informazioni sull'infezione da HIV/AIDS scientifiche aggiornate e personalizzate, anche in lingua inglese e francese;
- favorire l'individuazione del "reale problema" e prospettare insieme possibili soluzioni;
- facilitare l'accesso ai servizi territoriali, talvolta poco utilizzati dagli stranieri;
- individuare le risorse del territorio (servizi pubblici e del privato sociale) per un invio mirato;
- offrire supporto in situazioni di disagio psico-sociale per favorire modifiche comportamentali e decisionali, tenendo conto delle diversità culturali e religiose.

Il presente lavoro riguarda i dati relativi all'attività di *counselling* telefonico rivolta a utenti stranieri dal 29 novembre 1995 al 15 novembre 2000. In questi anni sono pervenute al TVA un totale di 1.420 telefonate da parte di utenti stranieri: 415 (29,2%) da cittadini europei (181 di queste da cittadini non appartenenti all'Unione Europea e 234 da cittadini dell'Unione Europea); 430 (30,4%) da cittadini africani; 426 (30,0%) da cittadini americani; 121 (8,5%) da cittadini asiatici e 28 (1,9%) da cittadini che provengono dall'Oceania (Figura 1).

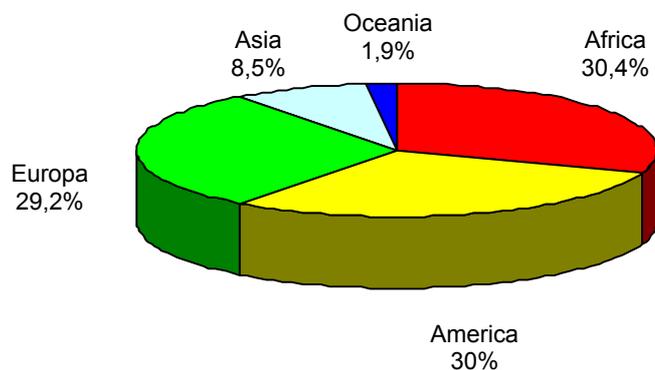


Figura 1. Distribuzione percentuale delle telefonate di utenti stranieri per Paese d'origine

Sono pervenute 851 (59,9%) telefonate da utenti di sesso maschile e 569 (40,1%) da utenti di sesso femminile.

Le fasce di età più rappresentate sono quelle comprese tra i 25-29 anni (27,5%) e i 30-34 anni (30,0%).

Le aree geografiche di provenienza delle chiamate risultano essere: Nord 705 (49,7%); Centro 585 (41,2%); Sud 90 (6,3%), Isole 24 (1,7%) e Non Indicato 16 (1,1%).

I gruppi di utenti più rappresentati risultano essere gli Eterosessuali (50,5%), i Non Fattori Di Rischio (NFDR) (19,3%), i Sieropositivi (8,9%), gli Omo-bisessuali (7,0%) (Figura 2).

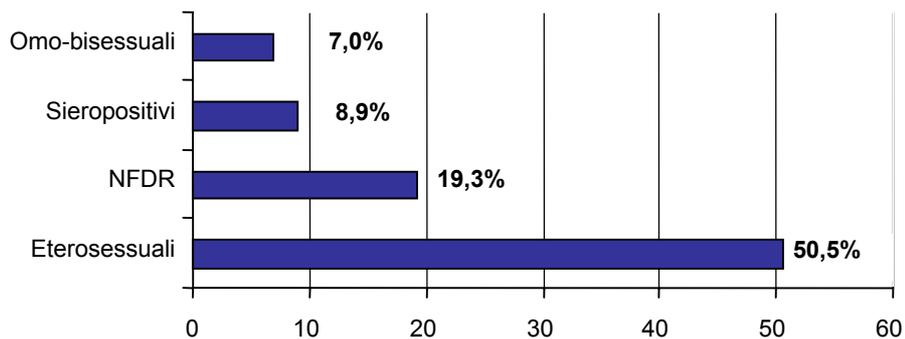


Figura 2. Distribuzione percentuale delle telefonate di utenti stranieri per gruppi più rappresentati

Dai 3.653 quesiti posti risulta che l'89,2% di questi riguarda cinque argomenti specifici: Informazioni sul test (36,1%); Modalità di trasmissione (24,6%); Aspetti psicosociali (15,9%); Disinformazione (7,6%) e Prevenzione (5,0%) (Figura 3).

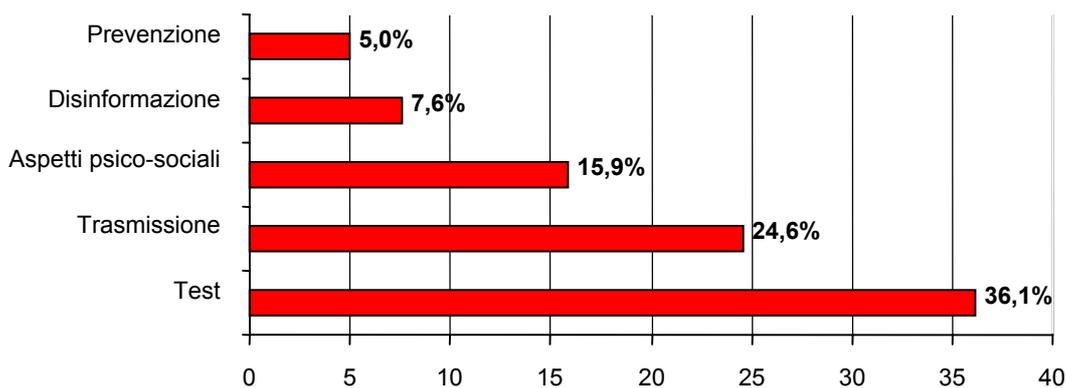


Figura 3. Distribuzione percentuale dei quesiti più frequenti posti dagli utenti stranieri

Considerazioni

Dall'elaborazione dei dati è stato possibile tracciare un profilo dei cittadini stranieri che si rivolgono al TVA, così caratterizzato:

- *Paese di origine*: Africa (30,4%);
- *classe di età*: 30-34 anni (30,0%);
- *tipologia di esposizione*: eterosessuali (50,5%);
- *provenienza*: Nord Italia (49,7%)

Inoltre, l'analisi delle domande rivolte al TVA permette di definire i bisogni informativi degli utenti stranieri, che riguardano soprattutto quesiti relativi al test (dove farlo, in che cosa consiste, dopo quanto tempo è necessario effettuarlo, ecc.) e alle modalità di trasmissione. Ciò indica la necessità di interventi preventivi mirati che affrontino tali tematiche in modo scientifico ponendo particolare attenzione alle differenti realtà linguistiche, sociali e culturali.

Bibliografia di riferimento

Geraci S (Ed.). *Approcci transculturali alla salute. Argomenti di medicina delle migrazioni*. Roma: Edizioni Anterem; 2000.

Luzi AM, *et al.* Le popolazioni migranti e il *counselling*: un approccio transculturale. In: Bellotti GG, Bellani ML (Ed.). *Il counselling nell'infezione da Hiv e nell'AIDS*. Milano: Mc Graw Hill; 1997. p. 633-7.

Morrone A. *L'altra faccia di Gaia*. Roma: Armando Editore; 1999.

Spizzichino L, Gattari P, Zaccarelli M, Venezia S, Rezza G. HIV infection among immigrants in Rome: analysis of cross-sectional and follow-up data. The possible role of counselling in reducing risk behaviour. *AIDS Care* 1998;10(4):473-80.

ANALISI DELL'ASSISTENZA ALLE PERSONE DETENUTE SIEROPOSITIVE IN ITALIA

G. Stagnini (a), R. Monarca (a), B. Brunetti (b), S. Babudieri (a), A. Caterini (a), P. Montesanti (b), R. Preziosi (a), F. Ferri (a)

(a) *Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria, Roma*

(b) *Dipartimento Amministrazione Penitenziaria Italiana, Roma*

Esistono diverse modalità di approccio alle problematiche delle persone sieropositive in carcere, da quella sociale a quella clinico da quella epidemiologica a quella legislativa. Ognuno di questi aspetti necessiterebbe di approfondimenti e di analisi specifiche da parte degli esperti di ogni settore; si può comunque tranquillamente affermare che non uno degli aspetti del fenomeno AIDS in carcere sia stato completamente e definitivamente risolto, né forse lo sarà mai visto l'enorme numero di varianti che lo governano.

L'analisi dei numeri ci porta a considerazioni positive a cui tutti vorremmo credere, che l'epidemia è in lento ma costante calo essendo scesi dal 10% del 1990 al 2,5% della popolazione detenuta generale nel giugno 2000 (1548). Il bias maggiore di tale rilevamento è però rappresentato dalla capacità di offerta dei test che non ha mai raggiunto il 50% delle persone detenute (37,5% nel giugno 2000).

Nonostante le lacune dell'attuale sistema di rilevamento, si può comunque, notare una profonda differenza nella distribuzione sul territorio nazionale dell'epidemia da HIV in carcere che, analogamente a quanto accade nel resto della nazione, colpisce con maggior violenza le regioni del nord, con la Lombardia che ha una media di presenze giornaliere di 500 sieropositivi negli Istituti Lombardi (media di accettazione dei test del 21%). Questo deve far pensare ad interventi differenziati nelle varie regioni, secondo progetti che tengano maggiormente presente le singole realtà regionali più di quanto sia stato fatto finora.

L'analisi disaggregata dei dati ci consente inoltre di evidenziare che la percentuale di sieropositività tra gli extracomunitari è inferiore all'1% e anche il confronto tra tossicodipendenti evidenzia un gap tra popolazione italiana ed extracomunitari.

Un altro aspetto da considerare, ormai non più una novità, è l'aumento dei casi sintomatici che rappresentano ormai la maggioranza dei sieropositivi in carcere.

Questi dati, che il Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP) ha iniziato a raccogliere ufficialmente dal 1990, anche se i primi studi sul fenomeno sono stati condotti a partire dal 1984, ha comportato per l'Amministrazione Penitenziaria, il Ministero della Giustizia, l'Italia la necessità di confrontarsi con problematiche di enorme impatto tecnico-giuridico ma soprattutto etico- sociale.

La vetustà delle strutture, l'inadeguatezza della struttura organizzativa, l'esiguità delle risorse destinate al problema dell'AIDS in carcere, l'obbligo costituzionalmente garantito ad assicurare ad ogni cittadino italiano uguali opportunità di cure unitamente alla necessità di non scardinare il regime sanzionatorio per chi comunque si rende colpevole di reati penalmente perseguibili, ha orientato la strategia degli interventi verso un duplice obiettivo:

- indagare tutte le possibili vie per consentire alle persone detenute sieropositive di uscire dal carcere;
- adeguare l'offerta sanitaria all'interno degli istituti penitenziari.

In merito a quest'ultimo punto, nel 1997 è iniziata la ristrutturazione di quattro grandi Centri Clinici Penitenziari per la cura dell'AIDS in carcere, due al Nord (Milano e Genova) e due al Centro Sud (Roma e Napoli).

Tali centri avrebbero dovuto rispondere a tutte le esigenze di carattere assistenziale per i malati di AIDS in carcere, soddisfare le richieste di ricovero provenienti dagli altri istituti penitenziari ed essere accreditati dalle regioni di competenza come reparti ospedalieri di malattie infettive.

Nonostante gli enormi sforzi finanziari dell'Amministrazione Penitenziaria, l'inafferrabilità del fenomeno e la sopravvalutazione sia delle risorse interne che della disponibilità di collaborazione da parte delle Regioni e delle ASL ha fatto sì che ancora oggi le strutture indicate non abbiano, purtroppo raggiunto nessuno degli obiettivi preposti.

L'altro intervento messo in atto, sempre nell'intento di assicurare adeguati livelli di assistenza alle persone detenute in carcere, è stata l'emanazione, nel 1998 di un decreto interministeriale Sanità-Giustizia. Tale disposto legislativo, nato per superare le difficoltà legate alla possibilità di prescrivere in carcere farmaci di fascia H, quali gli inibitori delle proteasi, nel corso dei lavori preparatori veniva notevolmente ampliato nelle sue finalità, che si estendevano alla totale gestione della malattia da HIV in carcere, tramite tre tipologie di convenzioni, da parte delle Unità Operative di Malattie infettive.

Anche in questo campo però, un rilevamento eseguito nel 1999 fa registrare notevoli ritardi nell'applicazione di tali convenzioni con solo 103 istituti convenzionati (o con convenzione in corso di stipula) su un totale nazionale di 210, in maggioranza nel Centro Nord.

Nella stessa indagine del 1999 si è analizzata la quota di detenuti sieropositivi per HIV e malati di AIDS in trattamento con terapia antiretrovirale combinata.

Sono disponibili i dati riguardanti 159 istituti, con un totale di 1195 detenuti sieropositivi, dei quali 172 malati di AIDS. Seicentoseppe risultavano in trattamento con HAART e 299 con solo NRT.

Inoltre recenti osservazioni di Babudieri e i suoi collaboratori (*Jama* 2000) evidenziano come spesso la terapia antiretrovirale, seppur disponibile e correttamente prescritta, non viene assunta dalle persone detenute (sicuramente anche per scarsa aderenza come avviene all'esterno ma principalmente credo per far diminuire purtroppo il numero dei CD4 fino alla soglia di incompatibilità con il regime penitenziario 100/mm³). I risultati dell'indagine, pertanto, unitamente alle osservazioni sopraccitate, impongono una riflessione per valutare se l'offerta sanitaria, e l'attuale legislazione in materia siano effettivamente strumenti efficaci di lotta all'AIDS in carcere.

Il decreto interministeriale 21 aprile 2000 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 25 maggio 2000, di approvazione del progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario, previsto all'articolo 5, comma 2 del Decreto legislativo n. 230 del 22 giugno 1999, dando il giusto risalto alle problematiche di carattere infettivo presenti negli istituti penitenziari, ha sicuramente posto le basi per un buon lavoro in questo particolare settore e costituisce la vera scommessa per il futuro. Sarà però necessario bilanciare tutti gli interventi tecnici sociali, giuridici dei vari enti e istituzioni coinvolte in un progetto di sviluppo maggiormente condiviso di quanto non sia stato finora.

Passando ai disposti normativi che nel corso degli ultimi sette anni hanno regolamentato questa difficile materia, bisogna ricordare come nel 1993 in considerazione di un supposto (quanto immotivato dal punto di vista tecnico) pregiudizio della salute della popolazione detenuta, costituito dal permanere in carcere di soggetti con AIDS conclamato, sotto la spinta di un'opinione pubblica allora particolarmente sensibilizzata al problema, veniva varata la Legge n. 222 del 14 luglio 1993 che disponeva il divieto della custodia cautelare in carcere (art. 286 bis) e il differimento obbligatorio della pena detentiva (art. 146). Dopo una serie di decisioni

della Corte Costituzionale che aveva respinto le richieste di incostituzionalità della norma, nel 1995 con le sentenze n. 438 e 439 si sanciva l'irragionevolezza della stessa la dove affermava di voler salvaguardare la salute collettiva nel particolare contesto carcerario, considerato che il presupposto del rischio di contagio non riguarda certamente il solo stadio di AIDS conclamato o di grave immunodeficienza, ma la presenza del virus in tutte le fasi della malattia.

Nel 1997, al fine di dare soluzioni alle problematiche sovraesposte, e tenendo presenti le indicazioni contenute nelle citate sentenze della Corte Costituzionale, veniva istituita presso il Gabinetto dell'allora Ministero di Grazia e Giustizia una Commissione interministeriale di studio sulle problematiche riguardanti il trattamento processuale penale e penitenziario dei tossicodipendenti, degli alcolodipendenti e delle persone affette da HIV. I lavori della citata Commissione "Lattanti - La Greca" dal nome dei due alti magistrati che si sono succeduti alla Presidenza della stessa, fornivano un importante contributo all'emanazione, nel luglio 1999 della Legge 12 luglio 1999, n. 231 "Disposizioni in materia di esecuzione della pena, di misure di sicurezza e di misure cautelari nei confronti di soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria o da altra malattia particolarmente grave".

Le principali novità contenute nell'articolato riguardano:

- la previsione di analoghi benefici per qualsiasi forma di grave patologia (non solo quindi l'AIDS);
- l'estensione della normativa anche agli internati;
- la possibilità di usufruire di misure alternative alla detenzione (non quindi la sospensione della pena);
- la possibilità di applicare le misure previste dagli art. 47 e 47 ter anche oltre i limiti di pena, per le persone affette da AIDS o grave immunodeficienza che hanno in corso o intendono intraprendere un programma di cura e di assistenza presso le Unità Operative Ospedaliere o Universitarie di Malattie Infettive, previa presentazione di un programma di assistenza da parte della struttura sanitaria.

Quest'ultimo punto fa trasparire la volontà del legislatore di un forte coinvolgimento della struttura sanitaria che da semplice erogatrice di servizi diventa garante nei confronti dell'autorità giudiziaria e della collettività della reale necessità di assistenza sanitaria *extra moenia*.

I provvedimenti di revoca della misura di custodia cautelare in carcere vengono a cessare nel caso in cui:

- siano stati disposti da meno di 1 anno e successivamente revocati;
- il soggetto sia imputato o sottoposto ad altra misura cautelare personale per uno dei delitti di cui all'art. 380, relativamente a fatti commessi successivamente alla concessione del beneficio.

In questi casi il giudice dispone che l'imputato (o il detenuto in caso di condanna passata in giudicato) venga condotto in un istituto dotato di reparto attrezzato per la cura e l'assistenza necessarie.

Mutati infine appaiono rispetto al precedente impianto legislativo anche i criteri clinico-laboratoristici per definire l'incompatibilità con il regime penitenziario così come indicato nel Decreto del Ministero della Sanità:

- indice di Karnofsky < 0 da 60;
- CD4 stabilmente > a 100 mm³ in due successive determinazioni;
- Viral load stabilmente pari o superiore a 30.000 copie/ml.

La presenza di uno solo dei precedenti parametri determina, valutato lo stato della/e patologia/e presente/i, l'incompatibilità con lo stato di detenzione.

PROGETTO EUROPEO AIDS & MOBILITY: POSSIBILI PERCORSI DI COLLABORAZIONE TRA I PAESI DELL'UNIONE EUROPEA PER LA TUTELA DELLA SALUTE DELLE POPOLAZIONI MOBILI

Anna Maria Luzi, Laura Camoni, Anna Colucci, Anna D'Agostini, Pietro Gallo, Daniela Pino
Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

L'immigrazione rappresenta oggi uno dei fenomeni più significativi con i quali i Paesi industrializzati devono confrontarsi, ciò pone esigenze di ordine sanitario e richiede interventi che considerino nuovi aspetti epidemiologici, preventivi, diagnostici, terapeutici e organizzativi.

Per quanto riguarda l'infezione da HIV, l'AIDS e le Malattie Sessualmente Trasmesse (MST), l'estrema vulnerabilità delle popolazioni migranti (lontananza dai luoghi di origine, povertà, lavori a rischio, emarginazione, ecc.), rende gli interventi di prevenzione e di informazione estremamente importanti.

È a tale proposito che nel 1991 la Commissione Europea, Direzione Generale V (DG/V), ha promosso il Progetto AIDS & Mobility.

Il Progetto AIDS & Mobility

Il Progetto Europeo AIDS & Mobility, nato con l'appoggio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha come obiettivo generale quello di realizzare campagne di prevenzione e di informazione sull'infezione da HIV/AIDS e MST rivolte alle popolazioni "mobili" (immigrati, minoranze etniche, rifugiati politici, camionisti, senza fissa dimora, militari, prostitute straniere) nei Paesi dell'Unione Europea. Tale Progetto coordinato dal Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (Olanda), prevede la costituzione in ogni Paese europeo di un National Focal Point (NFP) e risponde principalmente a tre obiettivi specifici:

- ottenere una visione completa della situazione europea, attraverso il confronto tra esperienze diverse;
- rispondere in maniera specifica ai bisogni delle popolazioni mobili nelle differenti nazioni dell'Unione Europea;
- realizzare campagne di prevenzione per le popolazioni migranti sulle MST e, in particolar modo, sull'infezione da HIV e sull'AIDS.

In Italia il National Focal Point (NFP), nato nel 1997, è coordinato da alcuni ricercatori del Telefono Verde AIDS del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che consapevoli dell'importanza di collaborare con Organizzazioni Governative e non e con Associazioni di Volontariato che si occupano di popolazioni mobili, hanno costituito presso l'ISS un gruppo di lavoro permanente che vede la collaborazione dell'IRCCS L. Spallanzani, dell'IRCCS San Gallicano, della ASL RM E, della LILA, della Caritas di Roma,

del Comitato delle Prostitute, del Ministero della Sanità, e dell'Università "La Sapienza". Tali strutture che hanno accettato la proposta di aderire al Progetto AIDS & Mobility hanno ritenuto importante focalizzare l'attenzione sul fenomeno "migratorio" nel nostro Paese particolarmente complesso e in continua evoluzione. Inoltre, tali servizi risultano, pur nella loro diversità, tra quelli che si occupano prevalentemente delle popolazioni mobili e delle esigenze sanitarie ad esse collegate. Molti di questi sono impegnati, infatti, oltre che nell'ambito dell'assistenza psico-socio-sanitaria, anche in attività di ricerca e di formazione, a livello nazionale e internazionale sui temi della prevenzione dell'infezione da HIV e delle MST.

Nei tre anni di lavoro il NFP italiano ha proposto, a livello europeo e nazionale numerosi progetti con l'obiettivo di:

- favorire lo scambio tra le varie Organizzazioni;
- facilitare i percorsi di accesso ai Servizi Territoriali da parte degli immigrati;
- elaborare strumenti comuni di osservazione e di raccolta dei dati epidemiologici;
- formare mediatori linguistico-culturali per un'attività di prevenzione primaria e secondaria sull'infezione da HIV e sulle MST.

Attualmente il gruppo italiano sta conducendo uno studio della durata di un anno in collaborazione con il Portogallo, la Spagna, la Francia e la Grecia dal titolo "Creazione di una rete tra i NFP dei Paesi dell'Area Mediterranea", approvato e finanziato dalla CE-DG/V.

La ricerca ha come scopo censire e mappare le strutture psico-socio-sanitarie che si occupano di popolazioni migranti a rischio di HIV e di MST nei Paesi dell'Area Mediterranea, creare una banca dati informatizzata comune delle strutture psico-socio-sanitarie che si occupano di popolazioni migranti e di creare una rete tra i NFP dei paesi dell'Area Mediterranea.

Per il raggiungimento degli obiettivi sopra descritti è stato predisposto il seguente schema metodologico:

- individuazione delle strutture psico-socio-sanitarie presenti sul territorio nazionale;
- messa a punto di una scheda comune per la raccolta dati condivisa dai partner;
- svolgimento di un'indagine pilota (l'elaborazione dei dati dell'indagine è a cura del TVA);
- invio e stesura definitiva della scheda per la raccolta delle informazioni alle strutture territoriali;
- creazione di un software di data-entry per l'inserimento dei dati (a cura del TVA);
- inserimento e elaborazione dei dati (a cura dei NFP dei Paesi partner e del TVA);
- stesura del Rapporto finale per la Commissione Europea DG/V in collaborazione con i NFP dei Paesi partner;
- presentazione del Rapporto Finale al Coordinatore Olandese e alla Commissione Europea.

Considerazioni

La conoscenza dell'andamento dei flussi migratori e del tipo di richieste formulate può aiutare i servizi territoriali e le Istituzioni a fornire risposte mirate ai "reali" bisogni di tali popolazioni, rendendo più efficaci gli interventi delle strutture psico-socio-sanitarie.

La complessità di tale fenomeno richiede, però, la collaborazione di tutte le parti coinvolte (istituzioni pubbliche, organizzazioni non governative, associazioni di volontariato).

In tal senso il NFP nazionale rappresenta un'esperienza innovativa in Europa dove i NFP sono prevalentemente rappresentati da singole organizzazioni governative e non.

La messa in rete di esperienze, risorse e competenze, direzione in cui si sta muovendo il gruppo italiano, può meglio tutelare gli immigrati e la comunità che li accoglie e può favorire una loro più rapida e consapevole integrazione. In quest'ottica si colloca lo studio promosso e coordinato dal NFP italiano che mira a creare una rete operativa e concreta tra i NFP dei Paesi dell'Area Mediterranea, tutti interessati da fenomeni migratori simili.

Bibliografia di riferimento

Caritas Diocesana di Roma - Dipartimento Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri. *Immigrazione Dossier Statistico 2000*. Roma: Anterem; 1999.

Carballo M, Divino JJ, Zeric D. migration and health in the European union. *Tropical Medicine & International Health* 1998;3(12):936-44.

Colucci A, Covre P, D'agostini A, Gallo P, Geraci S, Luzi AM, Mayer R, Morrone A, Petrosillo N, Spizzichino L, Volpicelli S. Immigration and health: the Italian situation. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 1998;34(4):473-87.

Geraci S (Ed.). *Approcci transculturali alla salute. Argomenti di medicina delle migrazioni*. Roma: Anterem; 2000.

Luzi AM, *et al.* Le popolazioni migranti e il *counselling*: un approccio transculturale. In: Bellotti GG, Bellani ML (Ed.). *Il counselling nell'infezione da Hiv e nell'AIDS*. Milano: Mc Graw Hill; 1997. p. 633-7.

Luzi A.M. and the Italian NFP Working Group, in "HIV/AIDS care and support for migrant and ethnic minority communities in Europe". (Ed.) K. Clarke and G. Broring, *AIDS & Mobility*, Pp.93 – 110, 2000.

Morrone A. *L'altra faccia di Gaia*. Roma: Armando Editore; 1999.

Spizzichino L, Gattari P, Zaccarelli M, Venezia S, Rezza G. HIV infection among immigrants in Rome: analysis of cross-sectional and follow-up data. The possible role of counselling in reducing risk behaviour. *AIDS Care* 1998;10(4):473-80.

Spizzichino L, Gattari P, Zaccarelli M, Valenzi C, Casella P, Rezza G, Visco G. The municipal program for HIV-related harm reduction among immigrants from developing countries in Rome. In: *Proceedings of 10th International Conference on AIDS*. Yokohama, 1994. Vol.1:59 (abs. n.188d).

DISEGUAGLIANZE SOCIALI E STATO DI SALUTE: ANALISI DELLA MORTALITÀ EVITABILE NEL 1995-96 IN UNA ASL ROMANA

G. Capelli (a), A. G. de Belvis (a), F. Bartolozzi (a), F. Brestolli (a), N. Molino (a), M. Fiumanò (b), T. Gori (b)

(a) *Istituto di Igiene, Università Cattolica sacro Cuore, Roma*

(b) *Dipartimento Pianificazione, Sviluppo e Controllo di Gestione, ASL RM E, Roma*

Introduzione

L'analisi della mortalità evitabile, effettuata nella "Relazione sullo stato di salute della ASL RM E 1999", secondo la suddivisione di Ramstein in tre classi (carenza di interventi di prevenzione primaria; carenza di interventi di diagnosi precoce e terapia; assenza di interventi di igiene e assistenza sanitaria), fornisce elementi di valutazione dell'efficienza del "sistema socio-sanitario", a supporto di interventi integrati sul territorio.

Materiali e metodi

Il territorio della ASL è oltre 1/4 della superficie di Roma, con 534.000 residenti. La disomogeneità dei fenomeni, non indicizzabile nel livello circoscrizionale o distrettuale, è stata risolta individuando nelle 35 zone urbanistiche infracircoscrizionali le unità base di analisi.

La "cluster analysis", eseguita con il software SPSS, ha classificato tali zone secondo gruppi omogenei per tasso di istruzione superiore, disoccupazione e quadri professionali.

Gli eventi "morte" – tratti dal Comune di Roma – sono stati verificati, attribuiti alla zona di residenza, trasformati in indici (utilizzando il software "Stata 6.0" attraverso la standardizzazione indiretta su Roma: $SMR > 1$ o < 1), e rappresentati geograficamente per zona urbanistica, circoscrizione, cluster socio-economico e distretto socio-sanitario.

Risultati

Il numero assoluto di morti evitabili, nei due anni in esame e per i tre gruppi prima definiti, è stato rispettivamente di 122, 132, 76 tra le femmine e di 381, 4 e 176 tra i maschi.

Nel primo gruppo, tra gli uomini, è suggestiva l'associazione tra morti evitabili e classe sociale. Nel secondo gruppo si evidenziano, tra le donne, valori significativamente superiori al dato romano (su cui pesa il dato nel distretto socio-sanitario A, circoscrizione XVIII e cluster 4, quello meno qualificato per caratteristiche socio-economiche)

Nel terzo gruppo si evidenzia, tra le donne, il dato della XVII Circoscrizione che presenta un SMR di 1,82 (IC 95%: 1,1-2,8).

Conclusioni

L'analisi e la rappresentazione della mortalità evitabile evidenziano differenti comportamenti degli indicatori di salute tra cluster socio-economici, e orientano verso interventi di prevenzione e di assistenza socio-sanitaria.

Data l'esiguità del periodo e la mancanza di fasatura temporale tra i dati, si è preferito, al momento, non avanzare ipotesi di correlazione tra determinanti socio-economici e stato di salute.

UNA NUOVA CULTURA PER L'ANZIANO DEL TERZO MILLENNIO

Elvira Falbo

Istituto di studi e ricerca per l'assistenza sociale e sanitaria, Roma

Siamo ormai nel terzo millennio e da più parti nel mondo accademico e in quello dei media ci si interroga se occorre pensare ad una nuova cultura per l'uomo di oggi, e per l'uomo di domani, ad un nuovo e più autentico umanesimo. Siamo convinti che la cultura non fa salti e che progredisce molto lentamente, per cui non si possono fare anticipazioni né prevedere quale sarà l'uomo del terzo millennio.

Ci si interroga in ambito accademico su quali prospettive antropologiche e quali opportunità si presentano all'uomo di oggi. Ci troviamo di fronte a saperi sempre più frammentati, sempre più parcellizzati, anche per effetto delle specializzazioni ulteriori che si vanno aggiungendo a quelle precedenti, per cui l'uomo si vede solo con la lente di ingrandimento e per piccole aree, sfugge la comprensione globale dell'uomo e l'approccio olistico all'uomo integrale, per cui si auspicano da più parti ricomposizioni dei saperi per poter avere un qualche orizzonte di senso e di significato sull'uomo e sul suo destino.

Manca purtroppo nei comportamenti dell'uomo di oggi la ricerca della cultura come ricerca di senso e di significato e ci si perde nelle attività sempre più vorticosi e pressanti, sempre più avvolgenti, e si perde il significato dell'esistenza, la teleologia di essa e quale sia il senso profondo della vita che dia significato ad ogni esistenza.

In questo approfondimento sia la cultura laica che quella religiosa trovano punti di convergenza, infatti dai molti saperi ci si attende una ricerca di conoscenza, l'uomo ha bisogno di conoscere sempre di più e meglio se stesso, il mondo a cui appartiene, vuole approfondire sempre di più la ricerca in ogni ambito dalla bioantropologia alla ricerca di un limite sempre ulteriore che vada oltre lo scenario del tempo presente per indagare oltre; si ricercano ancora le relazioni umane, in un mondo robotizzato e di serie, ci si accorge della mancanza di relazioni, di comunicazioni intersoggettive, di scambi interpersonali, si ritrova il senso delle relazioni come appartenenza e come identità, come significato dell'esistenza, l'uomo che non si mette in relazione con gli altri non è persona. Nel mondo delle comunicazioni globali, in cui tutto il mondo entra in casa attraverso il televisore o con accesso ad Internet, ci si accorge che manca un rapporto diretto, intersoggettivo, di relazione interpersonale. Ancora si auspica la ricerca dell'etica, anche nella cultura laica. Non tutto il possibile è lecito e quando la ricerca socio-sanitaria consente di creare la vita in vitro, di effettuare clonazioni, di andare sempre oltre, l'uomo si trova spiazzato e teme di perdere la propria identità per cui si aggrappa a valori etici condivisi, a protocolli etici nelle sperimentazioni, al rispetto della vita umana anche in embrione.

Prendono sempre più consistenza le valorizzazioni delle differenze, sia le differenze di genere (uomo-donna) sia le differenze di razza, di lingua, di cultura, non solo come accettazione e tolleranza, ma come risorsa, come riscoperta dell'altro.

La donna riscopre sempre di più la sua differenza di genere e rifiuta le omologazioni alla cultura maschile, al senso del potere portato avanti dal maschio, anche se il rifiuto della omologazione porta alla esclusione dalla carriera, sia nella impresa che in politica, come ha dimostrato una recente indagine dell'ISTAT.

La donna anziana, oggi, ha realizzato un cambiamento della propria vita attraverso il proprio cambiamento culturale, ha riacquisito la stima di sé e la coscienza del proprio valore e tale processo si allarga coinvolgendo sempre più vasti strati della popolazione femminile, anche se non si è ancora giunti alla piena legittimazione della donna nei posti di rappresentanza, si è ancora ad una scarsissima rappresentanza di donne nelle cariche politiche e ai vertici delle grandi imprese, anche se la donna porta avanti con sempre enorme difficoltà la doppia appartenenza al mondo vitale, degli affetti, della famiglia, e a quello della professione e della politica, appartenenza che è semplice per l'uomo, ma sempre faticosa per la donna per cui si avverte ancora una estraneità dalla politica di una larga fascia di donne, già schiacciate dal peso della famiglia e della professione, nonché dal lavoro casalingo perché sopravvivono ancora stereotipi culturali sulle differenze di genere.

La più alta scolarizzazione, che rimane più alta in assoluto e anche relativamente all'uomo, l'accesso al mondo del lavoro e il controllo della fertilità consentono alle donne di partecipare appieno alla vita sociale, meno a quella politica, nella terza età la donna può tornare solo al privato, quando avrebbe l'esperienza e la disponibilità per dedicarsi al bene comune che è la politica.

Ancora, purtroppo, da più parti si auspica una scuola che dia accesso immediato al mondo del lavoro e che sia finalizzata ad esso. La scuola deve invece formare l'uomo integrale e dare gli strumenti culturali e di formazione permanente, altro è il compito della formazione professionale, che deve essere ricorrente per tutto l'arco della vita comprese le Università della terza età, come la nostra Università "La saggezza", e in situazioni per la continua accelerazione culturale che investe il mondo del lavoro e delle tecnologie, per cui la formazione risulta obsoleta già all'uscita dalla scuola.

La formazione professionale rappresenta l'anello di congiunzione tra mondo della scuola e della cultura come ricerca di senso e di significato delle azioni attraverso lo studio della storia come preparazione al presente e al futuro e la formazione culturale dello studente come persona. Spetta invece alla formazione professionale ricorrente, ciclica e permanente l'aggancio al mondo del lavoro e delle professioni per consentire una osmosi tra ricerca e apprendimento e tra accelerazione tecnologica e adattamento. Risulta quindi estremamente negativo affidare alle università e alle scuole superiori il compito della formazione professionale, oltre che riduttivo perché la scuola deve formare alla ricerca di senso e di significato delle azioni e quindi alla cultura, offrire la formazione di base e permanente per l'esercizio delle professioni, deve essere invece rinviata alla formazione professionale, svolta dove si fa ricerca e dove si realizza l'attività fare formazione professionale che è il completamento e l'aggiornamento della formazione scolastica finalizzata alla formazione specifica e al mondo del lavoro con le sue implicazioni. Il rischio del momento presente è quello di voler ridurre le università a imprese annullando peraltro il valore della formazione professionale presso le imprese e i luoghi della ricerca, presso le scuole di specializzazione nate allo scopo.

Si è alla ricerca di un mondo più giusto e più in pace, valori condivisi da tutte le culture, per cui si auspica una giustizia tra tutti i popoli della terra con l'azzeramento del debito pubblico, con l'aiuto e l'investimento nei paesi più poveri e in quelli in via di sviluppo. Il terzo e quarto mondo reclamano di sedersi al banchetto dei beni della terra come tutti gli altri popoli industrializzanti, ripianando disavanzi, pregressi sfruttamenti, appropriazione da parte di alcuni delle ricchezze della terra.

Si scopre, allora, il gusto e la bellezza di uno stile conviviale, in cui ci si siede tutti a mensa e aumenta la gioia. Non si può godere se altri intorno a noi e sotto i nostri occhi soffrono. Lo sviluppo economico deve diventare uno sviluppo sostenibile e che sia attento all'uomo, che non penalizzi l'uomo. Il progresso è per l'uomo e non contro l'uomo. Non si può cercare solo il

profitto dimenticando il benessere complessivo dell'uomo o danneggiando irrimediabilmente le risorse o creando danni irreparabili all'ambiente.

Nasce così il primato dell'educativo perché occorre educarci tutti al maggior rispetto degli altri, ad una maggiore equità e condivisione ad una più ampia solidarietà. La scuola e la famiglia hanno il compito gravissimo di educare le nuove generazioni ad una vita più solidale e più equa. Ancora non si ha un modello antropologico condiviso che sia parte di un progetto pedagogico comune, troppe disparità insorgono legate a stereotipi culturali, ad ideologie, a diverse visioni del mondo.

Il modello pedagogico orientato alla perfezione del corpo e dell'immagine esteriore che è stato esaltato dalla comunicazione dei media, attraverso il culto dell'immagine, sta cedendo il posto alla ricerca di interiorità, a valori più veri, più autentici, più umani. Il corpo ha il suo valore, ma è anche indispensabile che il corpo abbia un'anima che ci sia equilibrio tra le due componenti anche se è vero il detto latino "mens sana in corpore sano" la moderna medicina psicosomatica ci ricorda che è vero anche il contrario, che ci si ammala di ansia, di paure, di stress, si somatizzano sensi di colpa, difficoltà relazionali, per cui è importante curare lo spirito, la psiche per avere anche un corpo sano.

Mentre ci si avvia al villaggio globale si sperimenta la perdita della dimensione locale: il degrado delle periferie urbane, la crescente indifferenza delle relazioni con gli altri, nei rapporti di lavoro, nelle espressioni di buon vicinato e di solidarietà breve, ci fanno riscoprire il senso e il valore della piazza del villaggio, che si ripropone nelle città attraverso eventi di piazza, giochi, musica, incontri, la ricerca della relazione diventa importante e densa di significato se non vogliamo abdicare alla nostra umanità.

La riscoperta delle emozioni, dei sentimenti, delle sensazioni, vanno ad integrare la pura razionalità, ritenuta l'unica espressione dell'uomo dall'illuminismo in poi, con i danni che ha causato e allora la valorizzazione dei valori, ritenuti femminili, vanno a costruire un uomo più umano, in cui la risorsa della cultura femminile rende l'essere umano più completo, dando significato al valore della reciprocità.

Il compito che attende gli scienziati, in particolare coloro che si occupano di scienze umane: sociologi, filosofi e pedagogisti., non è facile, tracciare il cammino per il terzo millennio vuol dire accendere la speranza e l'uomo di oggi, spesso avvilito e disperato, ha bisogno di un supplemento di speranza, qualcosa in cui credere, da cui trarre entusiasmo e volontà di azione, trovare un senso e un significato all'esistenza: è questo il compito della cultura, in particolare per le persone della terza età.

*Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità
e Direttore responsabile: Enrico Garaci*

*Coordinamento redazionale:
Paola De Castro e Sandra Salinetti*

*Stampato dal Servizio per le attività editoriali
dell'Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena, 299 - 00161 ROMA*

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

Reg. Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Roma, settembre 2001 (n. 3) 13° Suppl.

*La responsabilità dei dati scientifici e tecnici
pubblicati nei Rapporti e Congressi ISTISAN è dei singoli autori*