

CORSO DI PERFEZIONAMENTO POST LAUREA

*MIGRAZIONE, SALUTE, DIRITTI :
UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE
ALLE RELAZIONI INTERCULTURALI*

Università degli Studi di Firenze – 2016/2017

TESI

CULTURE E SALUTE: MEDIAZIONI E FORMAZIONE NELL'AREA DELL'AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

STEFANIA MAGI (AZIENDA USL TOSCANA SUD EST)

MASSIMILIANO MARCUCCI

(SOCIETA' DELLA SALUTE AREA GROSSETANA)

Premessa

In questo lavoro, presentiamo le linee di un progetto che verrà impegnata l'Azienda USL Toscana sud est, in collaborazione con le Società della Salute dei territori interessati.

In Europa, l'accessibilità ai servizi sanitari e sociali comincia ad essere considerato uno degli indicatori primari del livello di integrazione dei migranti.

L'accesso a servizi sanitari di qualità, è un presupposto indispensabile perché gli individui possano vivere e crescere in salute e di conseguenza contribuire attivamente alla società.

Investire nella salute per tutti e superare le disparità nell'accesso all'assistenza sanitaria, è fondamentale per consentire ai migranti di contribuire alla loro stessa integrazione e coesione sociale e allo stesso tempo, tutto ciò contribuisce a ridurre le disuguaglianze nel campo della salute e a promuovere la salute per tutti.

La salute rappresenta per gli uomini e le donne un bene essenziale ed un diritto fondamentale che consente di essere soggetti attivi della società e cittadini a pieno titolo, indipendentemente dalla provenienza sociale o geografica.

Risulta sempre più chiaro come il complesso e articolato mondo delle "comunità" migranti necessiti non di azioni generiche, ma azioni finalizzate, calibrate e continue per garantire quell'uguaglianza dei diritti tanto teorizzata, ma forse poco praticata in modo adeguato.

Un accesso appropriato ai servizi sanitari, in una doppia logica di efficienza ed efficacia, resta un obiettivo non raggiunto per alcune fasce di popolazione maggiormente a rischio di marginalità sociale. Tra queste la popolazione migrante che è caratterizzata da una condizione di sostanziale svantaggio nell'accesso ai servizi, determinata da difficoltà di tipo linguistico, di comprensione di diversi codici culturali e organizzativi, di attivazione di reti di sostegno in caso di necessità.

Dopo una panoramica generale sulla questione delle migrazioni in tempi recenti, presenteremo alcuni dati demografici e epidemiologici per fornire un quadro generale sulla condizione di salute dei migranti e degli stranieri, in particolare nell'area Toscana sud est.

A questo riguardo si è constatato che non sempre è stato possibile ottenere i dati, a causa della disomogeneità dei sistemi informatici o della semplice incompleta raccolta dei dati stessi.

Per rispondere alle problematiche sopra evidenziate, sono stati ipotizzati tre tipologie di intervento basate sulla mediazione (linguistico-culturale, etnoclinica e di comunità), ovvero pratiche che gettano un ponte tra due soggettività che hanno difficoltà di comprensione e interazione.

Inoltre si evidenzieranno anche strategie formative rivolte in modo specifico agli operatori del settore, basate su moduli di antropologia, di etnopsichiatria e di mediazione dei conflitti, tali da favorire la conoscenza di dinamiche culturali atte ad agevolare quel ponte.

1. Le migrazioni

Il tema delle migrazioni e degli stranieri è oggi uno dei temi più discussi a livello internazionale, nazionale e locale¹.

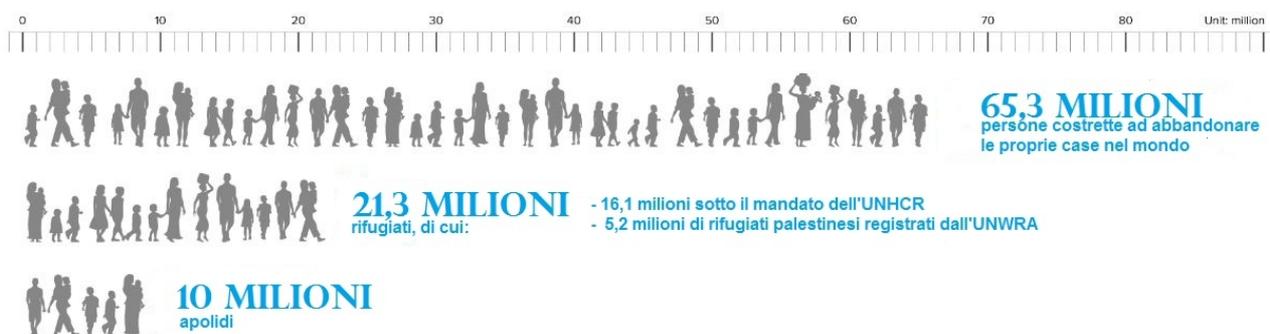
Ma si deve tener presente e soprattutto ricordare ai costruttori di muri – e non di pace - che la storia del mondo è storia di migrazioni.

Una categoria di migranti, i rifugiati, sono tutelati a livello internazionale dalla Convenzione di Ginevra del 1951² (art. 33, comma 1):

“Nessuno Stato Contraente espellerà o respingerà, in qualsiasi modo, un rifugiato verso i confini di territori in cui la sua vita o la sua libertà sarebbero minacciate a motivo della sua razza, della sua religione, della sua cittadinanza, della sua appartenenza a un gruppo sociale o delle sue opinioni politiche”.

Rifugiato (capo I, art 1, comma 1) è definito *“chiunque ... nel giustificato timore d’essere perseguitato per la sua razza, la sua religione, la sua cittadinanza, la sua appartenenza a un determinato gruppo sociale o le sue opinioni politiche, si trova fuori dello Stato di cui possiede la cittadinanza e non può o, per tale timore, non vuole domandare la protezione di detto Stato; oppure a chiunque, essendo apolide e trovandosi fuori del suo Stato di domicilio in seguito a tali avvenimenti, non può o, per il timore sopra indicato, non vuole ritornarvi”.*

“Oggi – riferisce UNHCR - stiamo assistendo ai più elevati livelli di migrazione mai registrati. 65,3 milioni di persone in tutto il mondo, un numero senza precedenti, sono state costrette a fuggire dal proprio Paese. Di queste, circa 21,3 milioni sono rifugiati, più della metà dei quali di età inferiore ai 18 anni. Ci sono inoltre 10 milioni di persone apolide cui sono stati negati una nazionalità e l’accesso a diritti fondamentali quali istruzione, salute, lavoro e libertà di movimento e circa 34.000 persone sono costrette ad abbandonare le proprie case ogni giorno a causa di conflitti o persecuzioni”³.

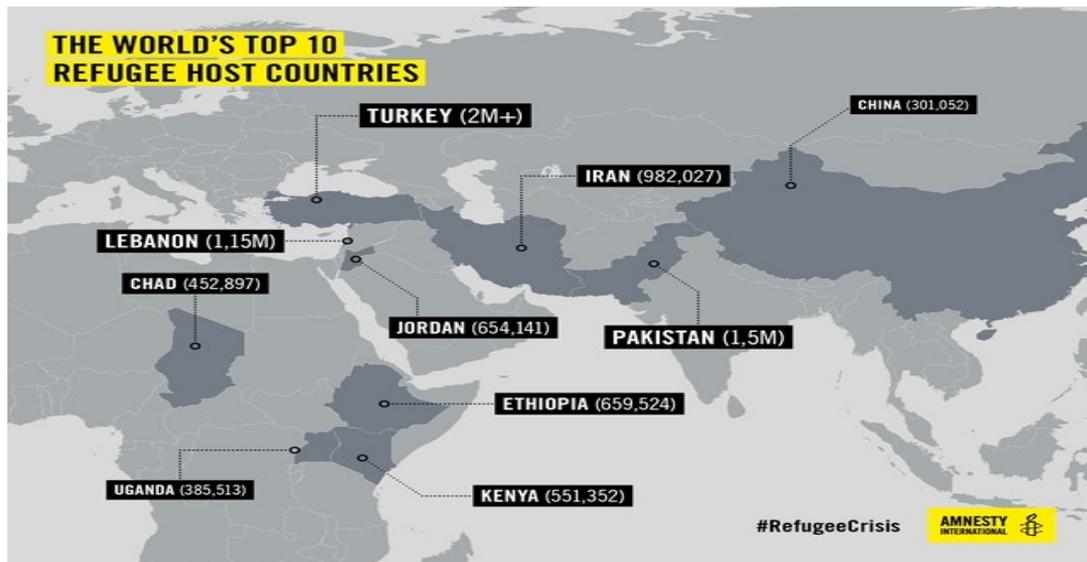


Amnesty International ci fornisce un grafico per la visualizzazione dei paesi più accoglienti (dati 2015): la Turchia, il Libano e il Pakistan risultano le nazioni che hanno il maggior numero di rifugiati, in quanto situate in prossimità di zone di guerra (Medioriente, Afghanistan).

1 Non a caso il primo atto del nuovo presidente statunitense Donald Trump è stato relativo alla presenza di stranieri, in particolare messicani, nel territorio USA.

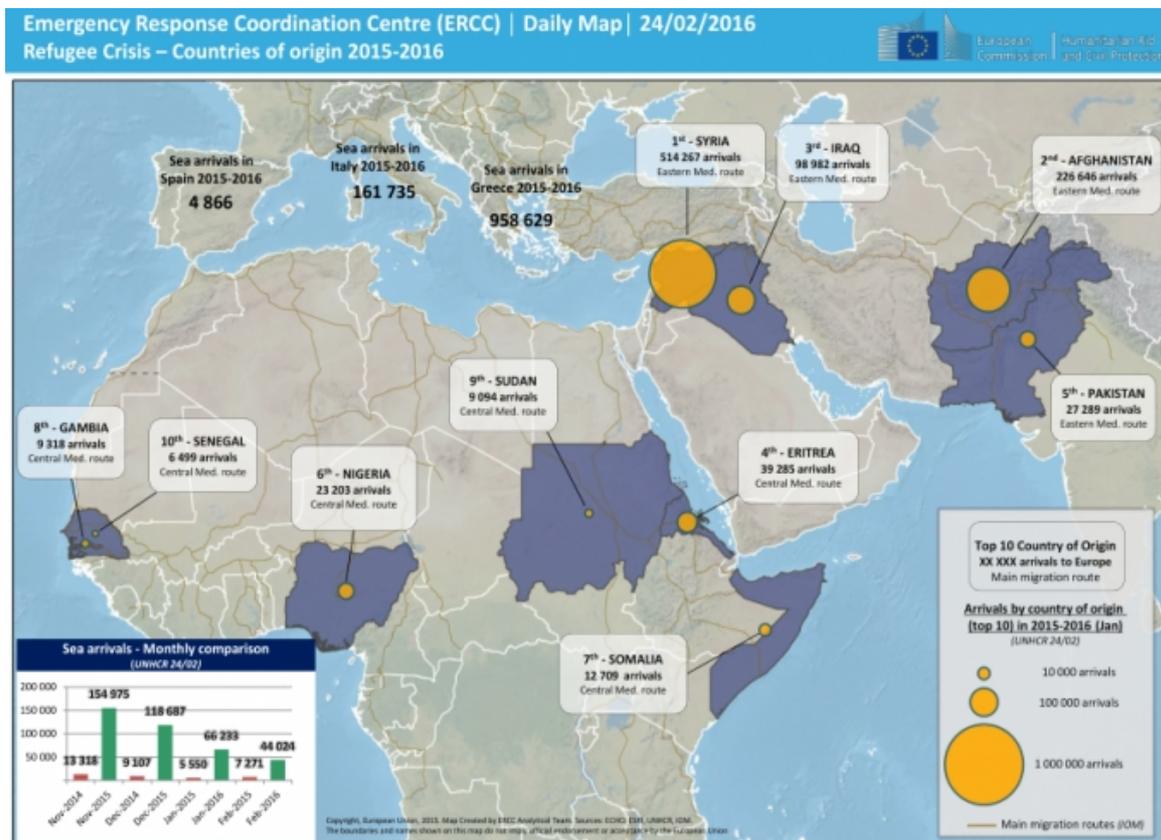
2 https://www.unhcr.it/wp-content/uploads/2016/01/Convenzione_Ginevra_1951.pdf

3 <https://www.unhcr.it/risorse/statistiche>

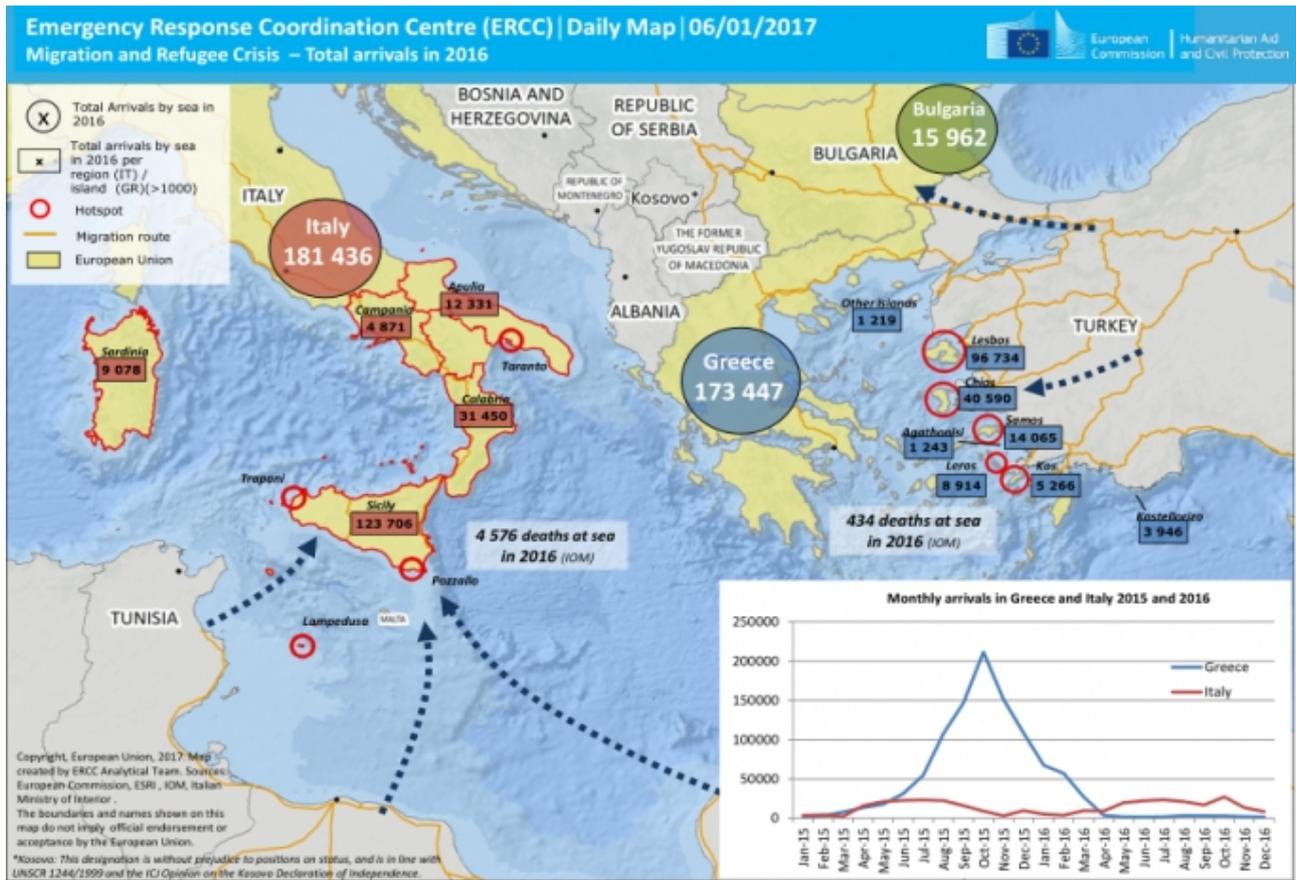


Si noti che fra i primi 10 paesi non c'è alcuna nazione europea.

Le nazioni di origine dei rifugiati risultano essere (dati 2016) la Siria, l'Afghanistan, l'Iraq, l'Eritrea e il Pakistan (fonte UE – ERCC).



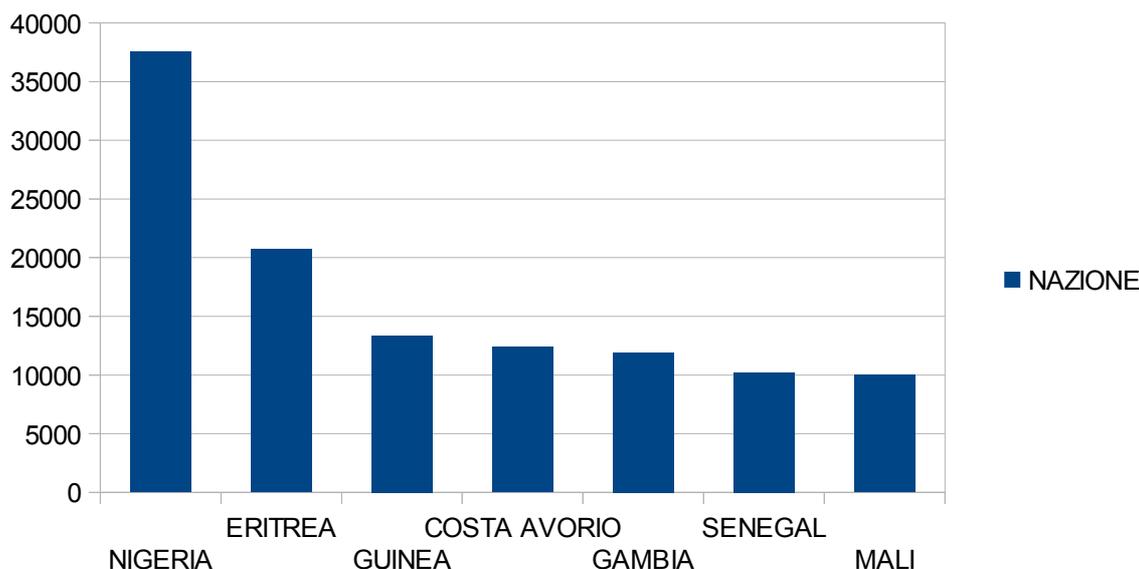
Sempre la stessa fonte ci fornisce un dettaglio sui paesi europei, affacciati sul Mediterraneo, che hanno accolto i migranti, Italia e Grecia in primis.



Le nazionalità approdate nel nostro paese nel 2016 (fonte Ministero dell'Interno) sono elencate nella tabella seguente; nettissima la prevalenza africana, in particolare dalla fascia subsahariana.

NAZIONE	NUMERO
Nigeria	37551
Eritrea	20718
Guinea	13342
Costa d'Avorio	12396
Gambia	11929
Senegal	10327
Mali	10010
Sudan	9327
Bangladesh	8131
Somalia	7231
Altre	40424
totale	181436

In un grafico le principali nazionalità di origine.



1.1 I richiedenti asilo

Il “richiedente asilo è un cittadino straniero o apolide (privo di cittadinanza) che cerca protezione fuori dal Paese di provenienza e, ha manifestato la propria volontà di chiedere asilo ed è in attesa di una decisione definitiva delle autorità competenti su tale istanza. Ai fini dell'esame della domanda di asilo, è valutata la possibilità di protezione che il soggetto potrebbe ricevere nel Paese di origine, vale a dire se in questo vi siano adeguate misure per impedire che possano essere inflitti atti persecutori o danni gravi, come la presenza di un sistema giuridico effettivo che sia accessibile al richiedente asilo e permetta di individuare, perseguire penalmente e punire gli atti che costituiscono persecuzione o danno grave”⁴.

In Italia il “diritto d'asilo”⁵ è tutelato dalla Costituzione⁶ (art. 10 comma 3):

“Lo straniero, al quale sia impedito nel suo paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana, ha diritto d'asilo nel territorio della Repubblica, secondo le condizioni stabilite dalla legge”.

A seguito di direttiva comunitaria, due sono le forme di protezione assicurate, “protezione internazionale” e quella “sussidiaria”.

Mentre il beneficiario di protezione internazionale è definito “rifugiato”, quello di protezione sussidiaria è definito, dal Dlgs 19 novembre 2007, n. 251, come “cittadino straniero che non possiede i requisiti per essere riconosciuto come rifugiato ma nei cui confronti sussistono fondati motivi di ritenere che, se ritornasse nel Paese di origine, o, nel caso di un apolide, se ritornasse nel Paese nel quale aveva precedentemente la dimora abituale, **correrebbe un rischio effettivo di**

4 https://www.unhcr.it/wp-content/uploads/2016/01/1UNHCR_manuale_operatore.pdf

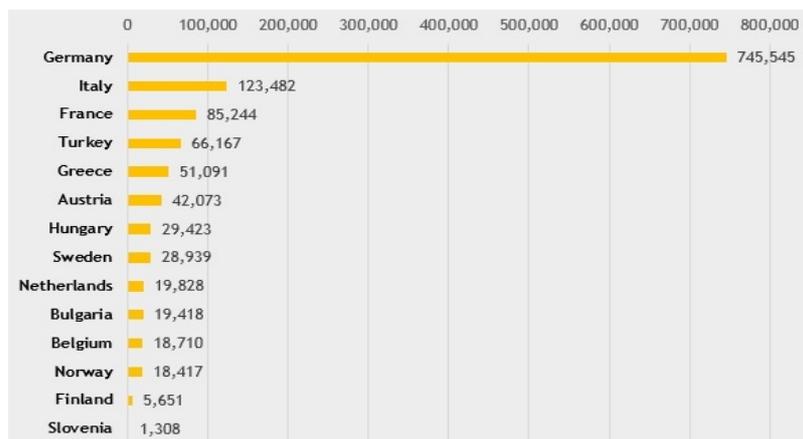
5 “Nato come forma di accoglienza e ospitalità nella tradizione dei popoli nomadi e di molte società antiche, sviluppatosi come nozione di luogo sacro o santuario inviolabile nella tradizione greco-romana, divenuto poi istituzione religiosa nella tradizione cristiana e atto umanitario da parte di principi, sovrani, repubbliche e liberi comuni nei dieci secoli del Medioevo, l'asilo, con l'inizio dell'Età Moderna, perde progressivamente i suoi connotati religiosi per diventare espressione della sovranità dello Stato e rivendicazione del principio di supremazia territoriale” (Giovanni Ferrari) - https://www.unhcr.it/wp-content/uploads/2016/01/9giovanni_ferrari_lasilo_diritto_internazionale.pdf

6 https://it.wikipedia.org/wiki/Costituzione_della_Repubblica_Italiana

*subire un grave danno*⁷ come definito dal presente decreto e il quale non può o, a causa di tale rischio, non vuole avvalersi della protezione di detto Paese”⁸.

Nell'ordinamento italiano vi è una terza possibilità, la “protezione” umanitaria, qualora “ricorrono seri motivi, in particolare di carattere umanitario o risultanti da obblighi costituzionali o internazionali dello Stato italiano”⁹.

La situazione in Europa relativa ai dati sui richiedenti asilo (2016) vede una netta preponderanza della Germania (con 745.545 richieste) sull'Italia (123.482 richieste)..



In Italia (Fonte Ministero dell'Interno) nel 2016 la maggior parte delle richieste sono assolve da cittadini della Nigeria (27289), poi Pakistan (13660), Gambia (9040), Senegal (7723), Eritrea (7472), Costa d'Avorio (7459) e altri per un totale di 123.600 richiedenti.

Le decisioni delle Commissioni territoriali (Fonte Parlamento) nel 2016 sono state 91.102 con i seguenti esiti:

- 4.808 riconoscimenti di status di rifugiato (5 per cento),
- 12.873 riconoscimenti di status di protezione sussidiaria (14 per cento),
- 18.979 riconoscimenti di status di protezione umanitaria (21 per cento),
- 51.170 non riconosciuti (56 per cento),
- 3.084 irreperibili (4 per cento)
- e 188 altri esiti (0 per cento).

La maggioranza degli esiti negativi relativi allo status di una qualunque protezione pone problemi sociali e sanitari rilevanti¹⁰.

⁷ Il danno grave è definito come: a) la condanna a morte o all'esecuzione della pena di morte; b) la tortura o altra forma di pena o trattamento inumano o degradante ai danni del richiedente nel suo Paese di origine; c) la minaccia grave e individuale alla vita o alla persona di un civile derivante dalla violenza indiscriminata in situazioni di conflitto armato interno o internazionale (art. 14).

⁸ Il permesso di soggiorno per asilo rilasciato ai titolari dello status di rifugiato ha validità quinquennale ed è rinnovabile. 2. Ai titolari dello status di protezione sussidiaria e' rilasciato un permesso di soggiorno per protezione sussidiaria (con validità quinquennale) rinnovabile previa verifica della permanenza delle condizioni che hanno consentito il riconoscimento della protezione sussidiaria. Tale permesso di soggiorno consente l'accesso al lavoro e allo studio ed è convertibile per motivi di lavoro, sussistendone i requisiti (Dlgs 19 novembre 2007, n. 251, art. 23).

⁹ Così nel Testo Unico sull'immigrazione (Dlgs 286/1998): Il rifiuto o la revoca del permesso di soggiorno possono essere altresì adottati sulla base di convenzioni o accordi internazionali, resi esecutivi in Italia, quando lo straniero non soddisfi le condizioni di soggiorno applicabili in uno degli Stati contraenti, salvo che ricorrano seri motivi, in particolare di carattere umanitario o risultanti da obblighi costituzionali o internazionali dello Stato italiano (art. 5, comma 6).

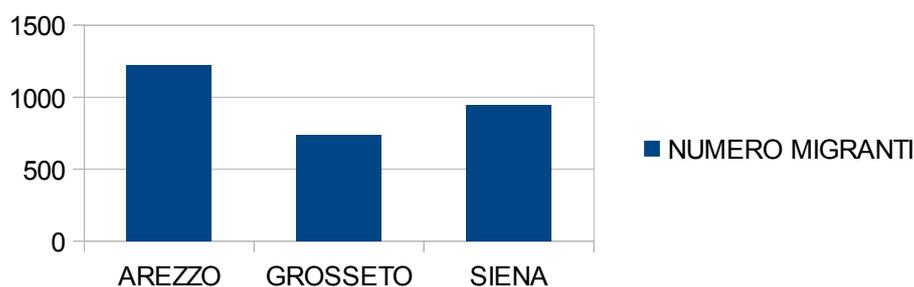
¹⁰ L'esito può essere impugnato in sede giurisdizionale per il ricorso davanti al giudice; le modalità introdotte dal cd Decreto Minniti (17 febbraio 2017) – convertito con la L. n. 46 del 13 aprile 2017– eliminano il grado di appello alla decisione avversa del Tribunale di primo grado competente per territorio (il decreto istituisce infatti presso alcuni

In Toscana accolti nelle strutture SPRAR¹¹ o CAS¹² toscane, risultano essere 12.380 migranti (a marzo 2017).

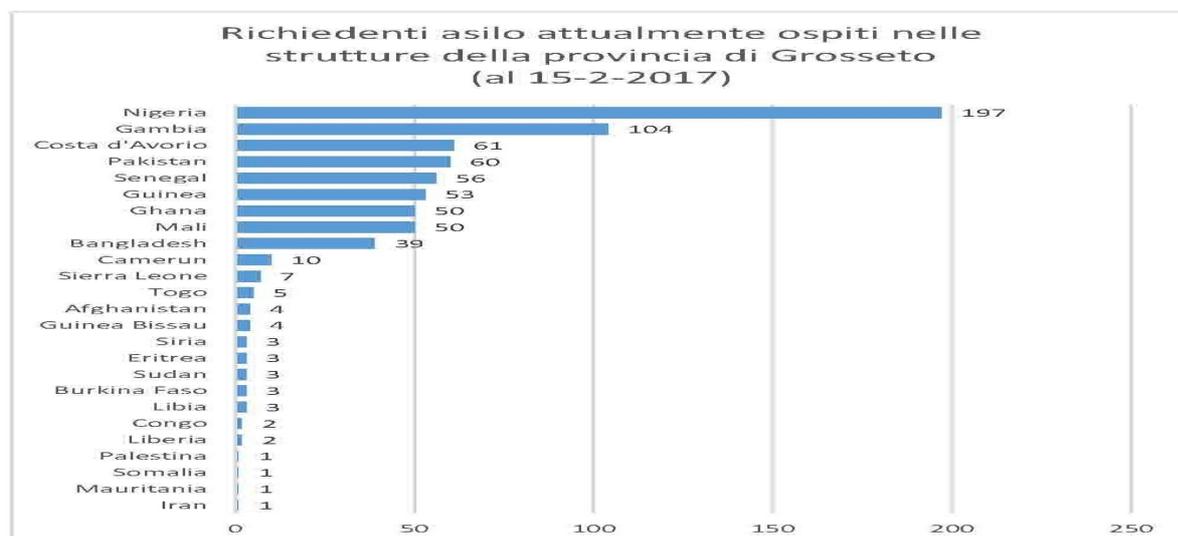
Così nell'area dell'Azienda USL Toscana sud est:

PRESENZE MIGRANTI NELLE STRUTTURE AL 1 MARZO 2017

Provincia	Migranti CAS	Migranti SPRAR	Totale CAS+SPRAR	% su totale Toscana	abitanti	% su abitanti
AREZZO	1169	50	1219	10%	346661	0,35%
GROSSETO	739	0	739	6%	225098	0,33%
SIENA	927	21	948	8%	270817	0,35%
TOTALE	2835	71	2906	23%	842576	0,34%
TOSCANA	11922	908	12380		3750511	0,33%



Ad esempio, le nazionalità nella Provincia di Grosseto



Tribunali ordinari, tra cui anche Firenze, “sezioni specializzate in materia di immigrazione, protezione internazionale e libera circolazione dei cittadini dell'Unione europea”). Tali sezioni specializzate possono giudicare la validità del ricorso anche solo avvalendosi della registrazione audio-video del colloquio presso la Commissione Territoriale (non è quindi necessario il dibattito in presenza).

11 E' il Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati, gestito dagli enti locali, sotto l'egida del Ministero dell'Interno.

12 E' la rete dei Centri di Accoglienza Straordinaria, gestito direttamente dalle Prefetture, che ha sopravanzato per numeri lo SPRAR; se sono circa 30.000 i migranti accolti nello SPRAR, sono più di 170.000 quelli accolti nei CAS. Un recente accordo tra ANCI e Ministero dell'Interno dovrebbe riequilibrare, con il tempo, questa evidente sproporzione.

1.2 La condizione del migrante

I migranti vivono o esprimono spesso un traumatico distacco rispetto ai luoghi d'arrivo e anche quando provano un'adesione convinta al nuovo paese, si lasciano facilmente accompagnare dal pensiero del ritorno.

Questo produce un'oscillazione tra il desiderio di abbandonare ciò che hanno raggiunto, percorrendo a ritroso il viaggio e immaginando l'annullamento delle sofferenze, e quello di staccarsi definitivamente dall'origine, dal senso di stringente responsabilità e dalla nostalgia, che può generare un sentimento di inadeguatezza per la terra di origine e quella di arrivo.

“Colpa, colpevolizzazione e autocolpevolizzazione. Accusa e autoaccusa: ecco quanto fonda indissolubilmente la condizione dell'emigrato e la condizione dell'immigrato”, scrive Sayad.

Fino a pochi anni fa una buona salute rappresentava per gli immigrati l'unica certezza su cui investire il proprio futuro.

Questo fenomeno era definito “effetto migrante sano” ed era dovuto ad un'autoselezione di chi decideva di emigrare.

Oggi sempre più spesso al “migrante sano” si sovrappone il “migrante esausto” (Bollini-Siem), ovvero vittima di violenze premigratorie, migratorie e postmigratorie, che aumentano il rischio di disturbi mentali.

Il patrimonio di salute in dotazione all'immigrato, inoltre, sempre che giunga integro all'arrivo in Italia, si dissolve sempre più rapidamente per una serie di fattori di rischio:

1. il malessere psicologico legato alla condizione di immigrato,
2. la mancanza di lavoro e reddito,
3. la sottoccupazione in lavori rischiosi e non tutelati,
4. il degrado abitativo in un contesto diverso dal paese d'origine,
5. l'assenza del supporto familiare, il clima e le abitudini alimentari diverse che spesso si aggiungono ad una condizione di status nutrizionale compromesso,
6. la difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari.

Alle violenze sopraevidenziate¹³, quindi si aggiungono i traumi identitario-culturale e familiare, da lutto migratorio, che diviene multiplo a causa della perdita degli affetti, della lingua, della cultura, dell'ambiente, dello status sociale.

Alle vittime di torture e di altri trattamenti inumani e degradanti¹⁴, può applicarsi la frase di Primo Levi: “chi non morrà, soffrirà minuto per minuto, per ogni giorno, per tutti i giorni”.

13 Farmer parla di “violenza strutturale” con la quale “intende quel particolare tipo di violenza che viene esercitata in modo indiretto, che non ha bisogno di un attore per essere eseguita, che è prodotta dall'organizzazione sociale stessa, dalle sue profonde disuguaglianze e che si traduce in patologie, miseria, mortalità infantile, abusi sessuali, etc”.

14 La tortura è definita da Vignar “un comportamento che intenzionalmente mira a distruggere il credo e le convinzioni della vittima per privarla della struttura dell'identità che la definisce come persona”. Il divieto di tortura e di trattamento inumano o degradante è sancito dall'art. 3 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo; pochi giorni fa il Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa ha notato “con preoccupazione che malgrado le chiare indicazioni fornite dalla sentenza della Corte di Strasburgo, la legislazione italiana non si è ancora ad oggi dotata di disposizioni penali che permettano di sanzionare in modo adeguato i responsabili degli atti di tortura e di altre forme di maltrattamenti vietati dalla convenzione europea dei diritti umani”. Un ddl è ancora in discussione in Parlamento - approvato in Senato il 17 maggio 2017 - (<http://www.senato.it/leg/17/BGT/Schede/Ddliter/45512.htm>) e oggetto di molte critiche da parte delle associazioni umanitarie.

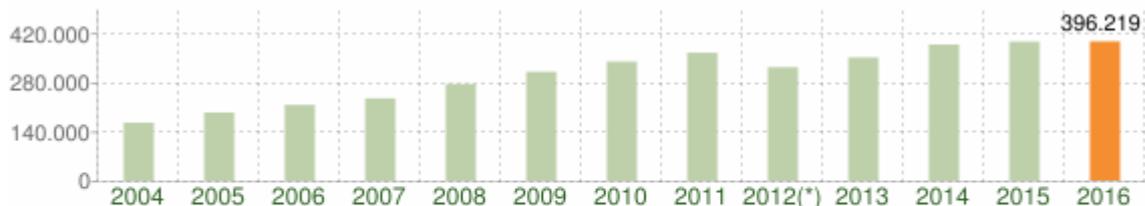
2. La presenza degli stranieri residenti in Toscana e nella USL Toscana sud est

Gli stranieri residenti in Italia al 1 gennaio 2016 sono **5.026.153** e rappresentano l'8,3% della popolazione residente.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 22,9% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (9,3%) e dal **Marocco** (8,7%).

Toscana (dati al 1 gennaio 2016)

Popolazione straniera residente in **Toscana**. Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia.

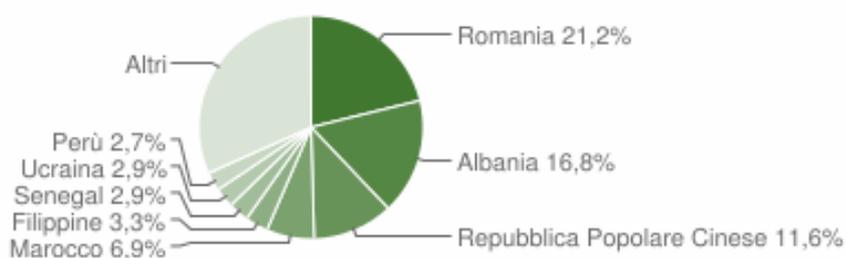


Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2016

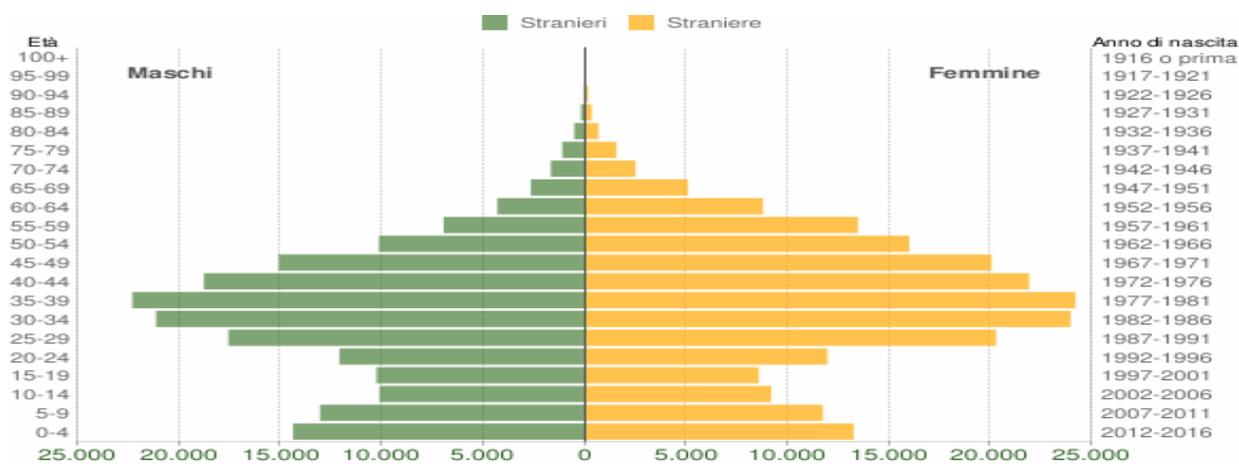
TOSCANA - Dati ISTAT 1° gennaio 2016 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 21,2% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (16,8%) e dalla **Repubblica Popolare Cinese** (11,6%).



Di seguito la distribuzione degli stranieri per età e sesso, in cui è evidente il picco in età adulta giovane (30-39 anni).



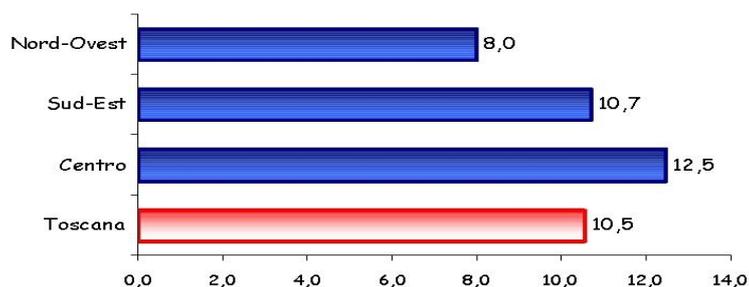
Popolazione per cittadinanza straniera per età e sesso - 2016

TOSCANA - Dati ISTAT 1° gennaio 2016 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Nel grafico di seguito la proporzione della popolazione straniera residente sul totale della popolazione residente per AUSL di residenza e totale.

Popolazione straniera residente in Toscana per Az. USL

Proporzione della popolazione straniera residente sul totale della popolazione residente per AUSL di residenza e totale – anno 2015

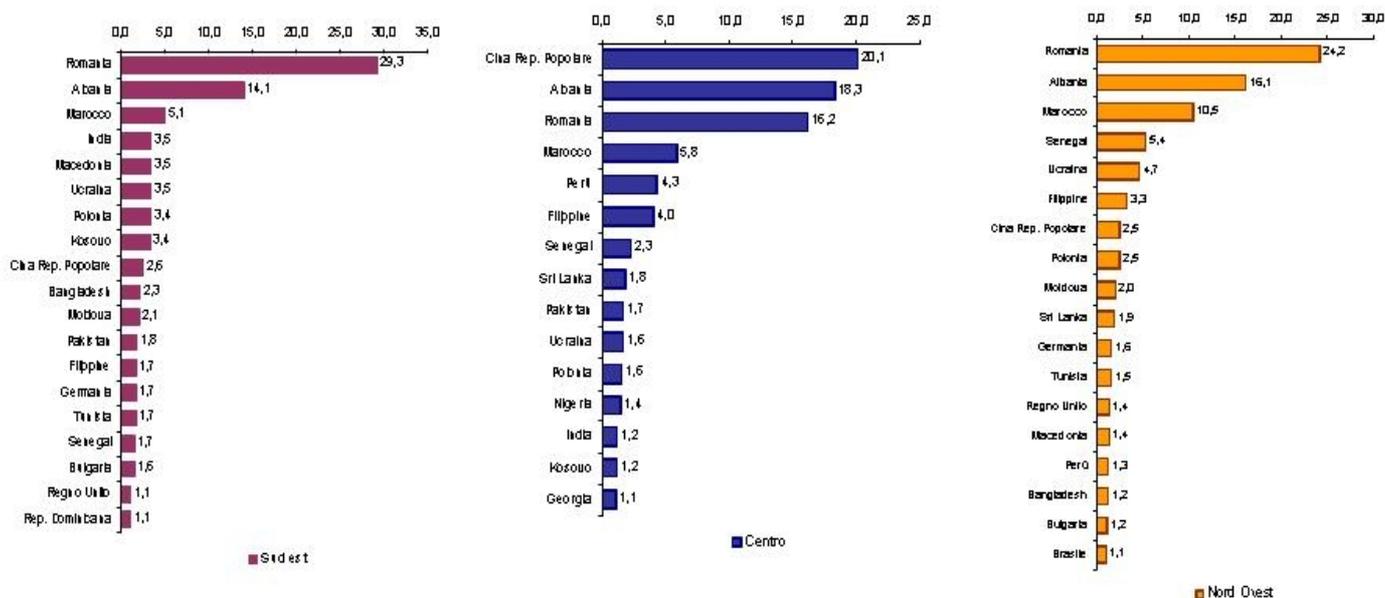


Fonte: Ars su dati Istat 2015



Principali Paesi di provenienza dei cittadini stranieri residenti in Toscana per Az. USL

Distribuzione percentuale degli stranieri residenti in Toscana per Az. USL e cittadinanza – anno 2015



Fonte: Ars su dati Istat 2015



Dalla distribuzione per AUSL, si evince una prevalenza di stranieri residenti di nazionalità romeni (29,3%), seguiti dagli albanesi (14,1%), poi Marocco (5,1%) nella AUSL Toscana sud est.

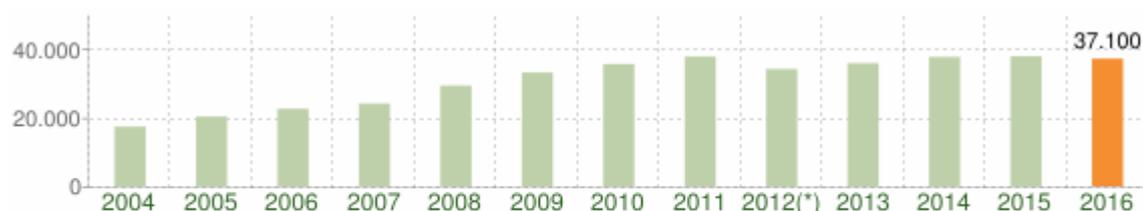
L'area della AUSL Toscana sud est si estende per 11561,90 Km, assai maggiore di quella dell'area Toscana Centro (5042 Km²) e Toscana nord ovest (6389 Km²), addirittura di ben 8 regioni italiane!

Ora vediamo in analitico i dati provincia per provincia nell'area sud est.

Provincia di Arezzo

Gli stranieri residenti sono **37.100** e rappresentano il 10,8% della popolazione.

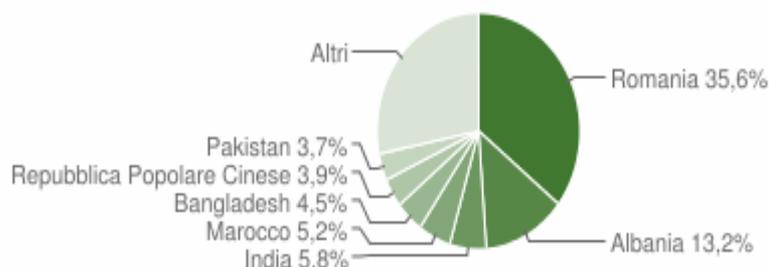
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 35,6% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (13,2%) e dall'**India** (5,8%).



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2016

PROVINCIA DI AREZZO - Dati ISTAT 1° gennaio 2016 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento



Così per zone distretto (per semplicità evidenziamo le prime tre nazionalità di ogni zona):

Citta_des	AR_Aretina			% sul totale citt.estera
	Maschi	Femmine	Totale	
Romania	2103	3336	5439	37,3%
Albania	777	734	1511	10,4%
Bangladesh	841	514	1355	9,3%

Citta_des	AR_Casentino			% sul totale citt.estera
	Maschi	Femmine	Totale	
Romania	1174	1375	2549	61,3%
Macedonia	142	122	264	6,4%
India	89	96	185	4,5%

Citta_des	AR_Val di Chiana Aretina			% sul totale citt.estera
	Maschi	Femmine	Totale	
Romania	962	1392	2354	40,3%
Albania	454	444	898	15,4%
Marocco	223	210	433	7,4%

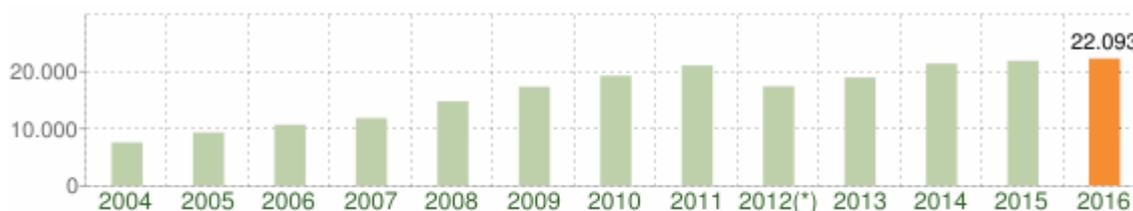
Citta_des	AR_Val Tiberina			% sul totale citt.estera
	Maschi	Femmine	Totale	
Romania	167	388	555	18,7%
Albania	229	190	419	14,1%
Marocco	161	177	338	11,4%

Citta_des	AR_Valdarno			% sul totale citt.estera
	Maschi	Femmine	Totale	
Romania	827	1501	2328	24,4%
Albania	1022	972	1994	20,9%
India	900	672	1572	16,5%

Provincia di Grosseto

Gli stranieri residenti sono **22.093** e rappresentano il 9,9% della popolazione.

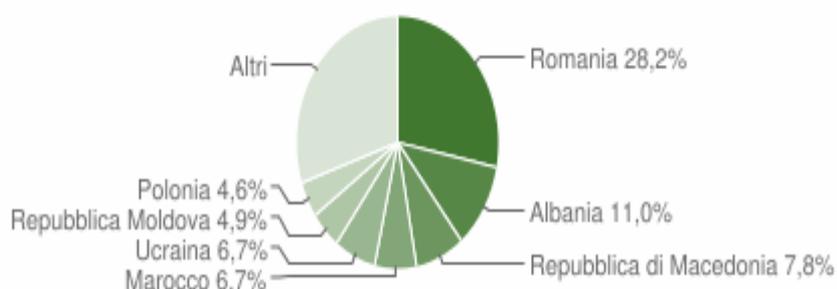
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 28,2% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (11,0%) e dalla **Repubblica di Macedonia** (7,8%).



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2016

PROVINCIA DI GROSSETO - Dati ISTAT 1° gennaio 2016 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento



Citta_des	GR_Amiata Grossetana			% sul totale citt. estera
	Maschi	Femmine	Totale	
Romania	218	374	592	21,3%
Albania	233	213	446	16,1%
Marocco	141	140	281	10,1%

Citta_des	GR_Colline dell'Albegna			% sul totale citt. estera
	Maschi	Femmine	Totale	
Romania	862	1165	2027	47,9%
Moldova	151	186	337	8,0%
Albania	123	97	220	5,2%

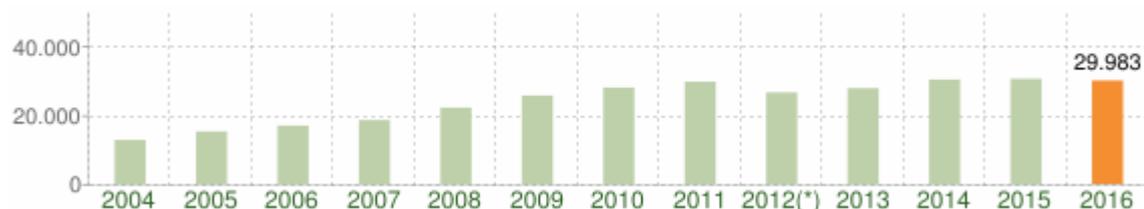
Citta_des	GR_Colline Metallifere			% sul totale citt. estera
	Maschi	Femmine	Totale	
Romania	443	567	1010	21,5%
Macedonia	536	320	856	18,3%
Ucraina	131	482	613	13,1%

Citta_des	GR_Grossetana			% sul totale citt. estera
	Maschi	Femmine	Totale	
Romania	975	1626	2601	25,0%
Albania	645	595	1240	11,9%
Marocco	445	323	768	7,4%

Provincia di Siena

Gli stranieri residenti sono **29.983** e rappresentano l'11,1% della popolazione.

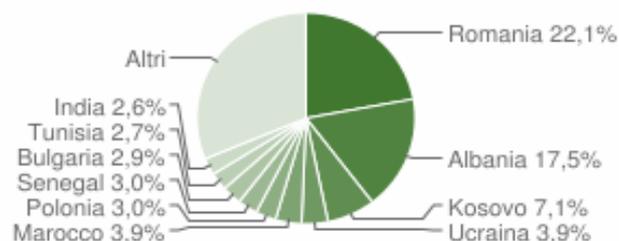
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 22,1% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (17,5%) e dal **Kosovo** (7,1%).



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2016

PROVINCIA DI SIENA - Dati ISTAT 1° gennaio 2016 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento



Così per zone distretto (per semplicità evidenziamo le prime tre nazionalità di ogni zona):

Citta_des	SI_Alta Val d'Elsa			% sul totale citt.estera
	Maschi	Femmine	Totale	
Albania	835	827	1662	24,0%
Romania	476	762	1238	17,9%
Senegal	528	246	774	11,2%

Citta_des	SI_Amiata Senese e Valdorcia			% sul totale citt.estera
	Maschi	Femmine	Totale	
Romania	295	506	801	48,1%
Marocco	53	59	112	6,7%
Polonia	25	76	101	6,1%

Citta_des	SI_Senese			% sul totale citt.estera
	Maschi	Femmine	Totale	
Albania	1320	1275	2595	17,9%
Romania	754	1601	2355	16,2%
Kosovo	957	847	1804	12,4%

Citta_des	SI_Val di Chiana Senese			% sul totale citt.estera
	Maschi	Femmine	Totale	
Romania	900	1344	2244	32,6%
Albania	483	447	930	13,5%
Bulgaria	162	249	411	6,0%

Incrociando i dati sulla popolazione delle singole zone distretto e i dati di salute, possiamo ipotizzare anche interventi mirati sui singoli territori, che rappresentano zone molto vaste.

3. I dati di salute della popolazione immigrata in Toscana

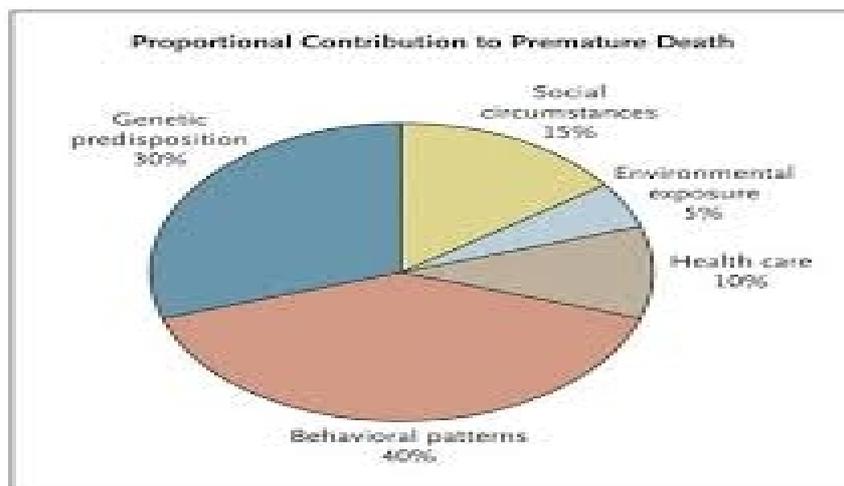
Il concetto dei “determinanti di salute” è posto alla base del modello di intervento che rispetta la definizione di salute data dall’Organizzazione Mondiale della Sanità già nel 1948, ovvero la salute intesa come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità.

In seguito altri documenti internazionali hanno messo in evidenza la multifattorialità dell'elemento salute: “partendo dall’assunto che **la salute è un diritto umano fondamentale**, la Carta di Ottawa mette in evidenza alcuni pre-requisiti necessari: la pace, risorse economiche adeguate, il cibo e l’abitazione, un eco-sistema stabile ed un uso sostenibile delle risorse. Il riconoscimento di questi pre-requisiti sottolinea i complessi legami esistenti tra le condizioni sociali ed economiche, l’ambiente fisico, gli stili di vita individuali e la salute. Questi legami forniscono la chiave per una comprensione olistica della salute, che è fondamentale per la definizione di promozione della salute. Oggi viene riconosciuta sempre di più la dimensione spirituale della salute. Essendo considerata dall’OMS un diritto umano fondamentale, tutte le persone dovrebbero avere accesso alle risorse basilari per la salute. Una comprensione globale della salute implica che tutti i sistemi e le strutture deputate a governare le condizioni socio-economiche e l’ambiente fisico, debbano agire considerando l’impatto che il loro operato avrà sulla salute e sul benessere dei singoli individui e dell’intera comunità”¹⁵.

Nei determinanti, perciò, sono riconducibili molteplici fattori, come mostra il grafico di Dahlgren e Whitehead.



L'incidenza dei fattori è stata così calcolata da McGinnis:



Se la salute si gioca anche su parametri sociali ed economici, risulta evidente che squilibri in tali contesti forniscano elementi di disuguaglianza in termini di salute, all'interno di una nazione e tra nazioni.

La teoria del “gradiente sociale” indica che “all'interno dei paesi, le differenze nelle possibilità di vita sono drammatiche e osservate ovunque. I più poveri dei poveri hanno alti livelli di malattia e mortalità prematura” (Caldes).

Se Marmot spiega con la teoria psico-sociale i gradienti di salute nei paesi ricchi, dove si realizzano forme di deprivazione materiale o di povertà relativa (scarse opportunità di partecipare alla vita sociale, non avere un hobby o un'attività piacevole, non portare i figli in piscina, o non potersi godere le ferie con la famiglia, etc.) che determinano ansietà, insicurezza, isolamento sociale, scarso controllo sulla propria vita, comportamenti rischiosi e depressione, a maggior ragione la disparità di risorse sociali, economiche e culturali tra stranieri e autoctoni provoca radicali differenze di salute¹⁶.

La descrizione quantitativa e qualitativa della salute degli abitanti di un territorio e dei fattori che la influenzano consente di definirne il “profilo di salute”. E' possibile costruire un profilo di salute analizzando le risorse e i bisogni della comunità in studio per poter fornire queste informazioni ai decisori.

L'ultima indagine ARS Toscana¹⁷ fornisce alcune conclusioni:

- La popolazione straniera è mediamente più giovane e più sana di quella italiana.
- Le donne straniere in gravidanza sono sempre più aderenti ai corretti percorsi assistenziali ma presentano ancora una criticità legata all'IVG.
- Da un punto di vista infettivologico è ancora grande la differenza fra le due popolazioni con numeri più elevati fra gli stranieri (in particolare TBC, HIV, AIDS).
- La discrepanza fra il maggior accesso al PS e il minor numero di ricoveri mette in luce l'utilizzo, da parte degli stranieri, del PS come primo interlocutore sanitario e quindi di una carenza nell'accesso ai percorsi territoriali.

Di seguito alcune evidenze che servono per programmare interventi specifici atti a ridurre le disuguaglianze di salute.

¹⁶ Si consulti <http://www.disuguaglianzedisalute.it/>

¹⁷ *Migrare in Toscana: accoglienza, presa in carico e stato di salute (2016):*
<https://www.ars.toscana.it/it/pubblicazioni/collana-documenti-ars/pubblicazioni-2016/3510-migrare-in-toscana-accoglienza-presa-in-carico-e-stato-di-salute-2016.html>

3.1 L'interruzione volontaria della gravidanza

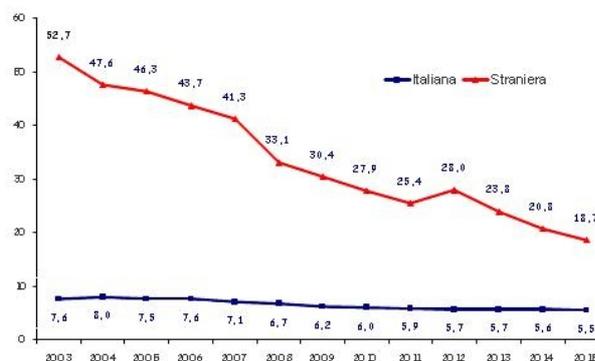
Si nota una diminuzione costante del tasso di IVG nella popolazione straniera, pur sempre comunque più del triplo di quella italiana.

Particolarmente indicativa la percentuale di donne di nazionalità peruviana, dislocate principalmente nella zona fiorentina.

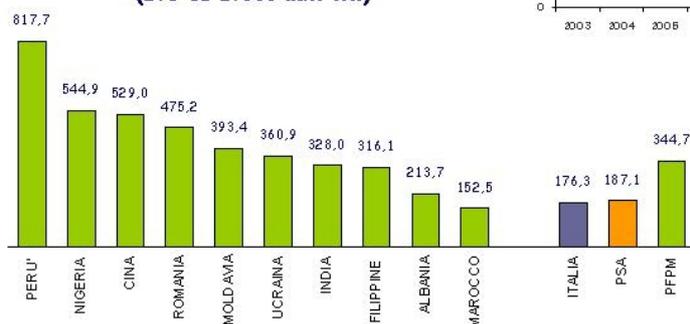
Il rapporto di abortività volontaria degli stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM) è quasi doppia rispetto agli italiani e agli stranieri provenienti da pesi a sviluppo avanzato (PSA).

Interruzione volontaria di gravidanza

Tasso di abortività volontaria (IVG su 1.000 donne 15-49 anni)



Rapporto di abortività volontaria (IVG su 1.000 nati vivi)



Fonte: Modello D12 Ist at e Certificato di Assistenza al Parto



Nella zona Toscana sud-est, emergono i dati seguenti, che confermano il dato regionale.

CITTADINANZA	totale ivg	ivg ripetute	%ivg ripetute
ITALIA	613	122	20%
ROMANIA	116	50	43%
ALBANIA	52	17	33%
NIGERIA	20	5	25%
MOLDAVIA	16	6	38%
MAROCCO	14	5	36%
INDIA	12		0%
CINA	11	5	45%
UCRAINA	11	4	36%
TUNISIA	9	4	44%
CUBA	8	3	38%
FILIPPINE	7	5	71%
KOSOVO	7	2	29%
MACEDONIA	7	3	43%
POLONIA	7	4	57%
DOMINICANA, REPUBBLICA	6	4	67%
SRI LANKA (già CEYLON)	6	1	17%

3.2 Gli screening oncologici

Per gli screening mammografico, della cervice uterina e coloretale, l'ARS mostra una variabilità di adesione per territorio¹⁸, ma conclude: “i dati relativi all’anno 2014 (ultimo dato disponibile) confermano quanto emerso dall’indagine Passi mostrando un territorio con un buon livello di estensione e partecipazione ai programmi di *screening* con valori che pongono la nostra regione fra le più alte a livello nazionale. Nonostante questo, ISPO mette in evidenza alcune criticità territoriali e importanti differenze a carico della popolazione immigrata”, in particolare sugli stranieri PFPM.

Tra i problemi di salute che caratterizzano la popolazione straniera residente studi recenti indicano la **scarsa adesione da parte delle donne immigrate agli inviti per lo screening cervicale** (Progetto PIO inserito nell’ambito del Programma Integrato in Oncologia finanziato dal Ministero della Salute; 13°Rapporto Annuale ISPO; ARS 2016). Sebbene il programma di screening inviti tutte le donne residenti nella fascia di età bersaglio dello screening, in modo totalmente gratuito e senza distinzione di nazionalità, la partecipazione delle donne immigrate è risultata minore di quella delle donne autoctone. Si rileva un andamento crescente della partecipazione nel tempo per tutte le donne, però è anche aumentato il gap assoluto di partecipazione fra le donne nate in Italia e le donne immigrate (ISPO, 2013).

Gli ultimi dati toscani disponibili (ARS, 2016), relativi al 2014, mostrano un’adesione più bassa fra le persone appartenenti alla PFPM (Paesi a forte pressione migratoria). Nell’analisi dei dati occorre anche tener conto che gli stranieri “meno stabili” sono difficilmente raggiungibili dalle lettere d’invito al programma a causa dei frequenti cambi di residenza.

Ciò nonostante i risultati descritti nel Rapporto ARS suggeriscono la necessità di orientare l’accesso ai Servizi di prevenzione tenendo conto delle differenze etniche e culturali da cui è composta la nostra popolazione.

Passando all’analisi dei dati 2016 sull’adesione allo screening cervicale nel territorio della provincia di Arezzo e stato di nascita delle principali nazionalità presenti si evince:

- una *differenza rilevante tra le italiane nei cinque distretti*: dal 60,5% di adesione del Valdarno al 47,6% della Valdichiana;
- una *diversa adesione della stessa nazionalità nei distretti*: dal 63,4% di adesione delle donne rumene del Valdarno al 36,4% delle donne rumene in Valdichiana;
- *scarsa partecipazione ai programmi di screening per le donne del Bangladesh e dell’India*, con oltre 20 punti percentuali di differenza rispetto alle italiane.

Screening Cervice Arezzo. Anno 2016

Casentino			Valtiberina			Valdichiana aretina			Aretina			Valdarno	
Stato di nascita	Invit.	Ades. grezza	Stato di nascita	Invit.	Ades. grezza	Stato di nascita	Invit.	Ades. grezza	Stato di nascita	Invit.	Ades. grezza	Stato di nascita	Invit.
Romania	459	55,6	Romania	218	38,1%	Romania	528	36,4	Romani a	435	51,5	Albania	158
India	42	31,0	Marocco	70	40,0%	Albania	141	48,9	Albania	140	60,7	Romania	112
Bangladesh	37	32,4	Albania	66	45,5%	Polonia	77	39,0	Bangladesh	82	26,8	India	81
Marocco	37	54,1	Jugoslavia (serbia-monte)	46	63,0%	Marocco	68	25,0	Polonia	65	55,4	Marocco	29
Macedonia	35	42,9	Ucraina	39	38,5%	Germania	31	35,5	Marocco	49	46,9	Germania	25
Italia	2467	53,7	Italia	2129	48,8%	Italia	4419	47,6	Italia	7319	56,5	Italia	4818

¹⁸ *Migrare in Toscana*, pp. 73-77

Disaggregando i dati dell'adesione per distretto e principali nazionalità in termini di numerosità, si registra:

- per il Casentino le donne indiane e bengalesi hanno la percentuale più bassa di adesione, rispettivamente con il 31% e 32,4%;
- in Valtiberina sono invece le donne rumene che presentano la minor adesione con il 38,1%;
- in Valdichiana le donne nate in Marocco hanno il valore più basso di adesione con il 25%;
- nella zona Aretina sono le donne bengalesi che presentano la minor adesione con il 26,8%;
- ed infine in Valdarno solo il 33,3% delle indiane aderisce allo screening alla cervice.

Per quanto riguarda Grosseto, nonostante che i dati a disposizione non ci permettono il confronto con le italiane, si evidenziano comunque:

- nel distretto delle Colline metallifere l'adesione più bassa è delle donne sudanesi con il 52,8%;
- anche nella zona delle Colline dell'Albegna l'adesione delle donne sudanesi risulta bassa (48,9%), ma lo è ancor di più quella delle donne del Guatemala con il 42,9%;
- per l'Amiata Grossetana si registra il valore più basso per il Burundi con il 35,3% anche se dall'incrocio con i dati Istat, è probabile un errore metodologico nell'attribuzione dei dati sul Burundi poiché il numero di presenze non coincide;
- per la zona Grossetana la minor adesione al programma di screening è per le donne rumene.

Screening Service Grosseto Anno 2016

COLLINE METALLIFERE			COLLINE DELL'ALBEGNA			AMIATA GROSSETANA			GROSSETANA	
Cittad.	Invit.	Ades. grezza	Cittad.	Invit.	Ades. grezza	Cittad.	Invit.	Ades. grezza	Cittad.	Invit.
UCRAINA	121	61,2%	ROMANIA	245	55,1%	ROMANIA	89	48,3%	ROMANIA	371
ROMANIA	96	57,3%	SUDAN	45	48,9%	ALBANIA	40	55,0%	UCRAINA	162
ALBANIA	37	70,3%	MOLDAVIA	38	65,8%	SUDAN	29	55,2%	MOLDAVIA	105
SUDAN	36	52,8%	UCRAINA	26	57,7%	TURCHIA	19	47,4%	ALBANIA	102
MACEDONIA	31	58,1%	GUATEMALA	21	42,9%	BURUNDI	17	35,3%	SUDAN	83

Per quanto riguarda Siena, nonostante che i dati a disposizione non ci permettono il confronto con le italiane, si evidenziano comunque:

- nel distretto della zona senese l'adesione più bassa è delle donne ucraine e rumene;
- nella zona Amiata Val d'orcia è delle donne marocchine con il 42%;
- per la Valdichiana l'adesione più bassa è per le donne della Bulgaria e Romania;
- per la zona Alta Val D'elsa la minor adesione al programma di screening è per le donne marocchine e rumene.

Aderenti Screening Cervice Siena. Anno 2016*. Numeri assoluti

	Albania	Romania	Senegal	Marocco	Polonia	Cina	Kosovo	Ucraina	Bulgaria	India
ZONA SENESE	199	184					146	64		
ZONA AMIATA VAL D'ORCIA		75		8	16	3				
ZONA VALDICHIANA	93	232							7	28
ZONA ALTA VAL D'ELSA	144	139	37	20						

Aderenti Screening Cervice Siena. Anno 2016*. Percentuale adesione

	Albania	Romania	Senegal	Marocco	Polonia	Cina	Kosovo	Ucraina	Bulgaria	India
ZONA SENESE	51%	40%					46%	38%		
ZONA AMIATA VAL D'ORCIA		54%		42%	46%	75%				
ZONA VALDICHIANA	60%	50%							12%	55%
ZONA ALTA VAL D'ELSA	54%	51%	62%	48%						

I dati descritti ci forniscono un quadro utile ad attuare percorsi innovativi di prevenzione. Prima di decidere in quale zona e all'interno di quale "comunità" target intervenire occorre tener conto delle caratteristiche socio demografiche della popolazione migrante (crescente femminilizzazione, popolazione a forte componente giovanile) e della distribuzione della popolazione straniera nelle diverse zone.

Incrociando i dati sulla numerosità delle presenze con quelli delle adesioni: i) per il territorio di Arezzo risulta molto significativo intervenire con le donne bengalesi nella zona di Arezzo e con le indiane in Valdarno; ii) per la provincia di Grosseto con le donne rumene nella zona grossetana; iii) mentre per la provincia di Siena con le donne ucraine e rumene della zona senese.

3.3 La salute mentale

I dati ARS segnalano un basso accesso ai servizi territoriali della salute mentale.

Tabella 6.8

Tassi standardizzati per 1.000 residenti in Toscana delle persone che hanno ricevuto almeno 1 prestazione nell'anno presso i Servizi di Salute mentale territoriali - Analisi per cittadinanza e genere - Anni 2013-2015 - Fonte: ARS su dati SALM

Anni	Italiani			Stranieri		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2013	17,8	15,5	16,7	1,6	1,4	1,5
2014	20,3	17,8	19,1	2,0	1,8	1,9
2015	22,8	20,1	21,6	2,5	2,1	2,3

L'età media della presa in carico mostra una netta prevalenza degli stranieri verso la fascia infantile e adolescenziale.

Tabella 6.10
Distribuzione (%) per classe di età delle persone prese in carico (almeno 4 prestazioni nell'anno) dai Servizi di Salute mentale territoriali - Analisi per cittadinanza e genere - Anno 2015 - Fonte: ARS su dati SALM

Classi di età	Italiani			Stranieri		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0-5	15,8	7,4	11,7	23,7	10,6	17,5
6-10	19,5	11,2	15,5	28,2	17,9	23,3
11-17	13,2	12,0	12,6	21,2	18,4	19,9
18-30	7,3	8,1	7,7	11,3	11,1	11,2
31-50	23,9	27,7	25,8	12,0	32,4	21,7
51-64	13,3	18,9	16,1	3,1	8,0	5,5
65-74	4,6	9,4	7,0	0,5	1,1	0,7
75 e oltre	2,4	5,2	3,8	0,1	0,5	0,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Così commenta l'Agenzia Regionale:

“sicuramente la letteratura, pur confermando che la selezione naturale che sta alla base del processo migratorio seleziona individui in grado di affrontare non solo fisicamente ma anche psicologicamente l'intero percorso, rileva anche i fattori pre-migrazione e post-migrazione in grado di favorire l'insorgenza di una psicopatologia.

Fra questi citiamo gli atti di violenza, le condizioni di povertà estrema in cui vivono e le costanti ostilità e umiliazioni che devono subire una volta giunti a destinazione.

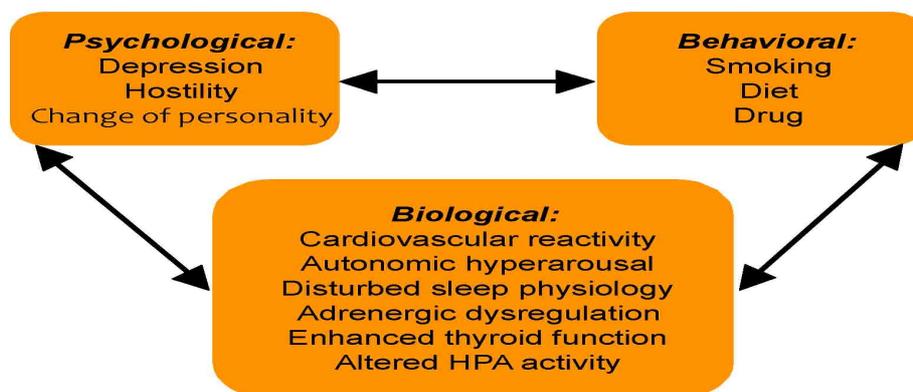
Alla luce di questi vissuti ci è difficile pensare che una quota così bassa di cittadini stranieri presenti sul territorio toscano si rivolga ai Servizi di Salute mentale territoriali.

Siamo più orientati a supporre che vadano promosse politiche di accesso a questi servizi”¹⁹.

All'effetto migrante sano si contrappone quello di “migrante esausto”, come abbiamo visto.

Il disordine da stress post traumatico coinvolge la sfera psicologica, comportamentale e biologica, come nello schema segnalato da Santone.

Possible Ways PTSD Could Affect Health



Ulteriori dati saranno a breve disponibili per l'area Toscana sud est.

La relativa presenza dei servizi di salute mentale nei centri di accoglienza è un problema di cui ci dobbiamo far carico e su cui dobbiamo ipotizzare interventi, a partire da quelli indicati nel capitolo successivo.

3.4 La permanenza in Italia

La permanenza dello straniero nel nostro territorio favorisce stili di vita meno sani, allineandosi con i dati degli italiani, facendo venir meno quel che rimane dell'effetto del migrante sano.

Così l'ARS:

“In linea con quanto ampiamente descritto dalla letteratura internazionale, le fasce più povere della popolazione adottano stili di vita più insalubri, pertanto non ci stupisce che anche sul nostro territorio i cittadini provenienti da Paesi a forte pressione migratoria consumino tabacco in percentuale maggiore rispetto agli italiani e PSA. Andamento simile e osservabile anche nel consumo di alcol a rischio e nel binge drinking che tende ad aumentare in base al tempo di permanenza in Italia. La stabilizzazione sul nostro territorio favorisce anche un peggioramento dell'IMC [indice di massa corporea] dei Paesi a forte pressione migratoria i quali, migliorando la loro condizione economica, tendono ad omologarsi a comportamenti alimentari caratterizzati da una maggior assunzione di cibi contenenti alte percentuali di zuccheri raffinati e grassi parzialmente idrogenati, e riducono la pratica di attività fisica”²⁰.

Si assisterà quindi ad un aumento nella popolazione straniera delle malattie cronico-degenerative, in particolare cardiopatie, ictus, tumori, diabete e malattie respiratorie croniche.

Di conseguenza sarà necessario operare una strategia di comunità affinché le problematiche sopra evidenziate vengano tradotte in azioni comprensibili per la popolazione straniera.

20 Idem, p. 11

4. La mediazione

I dati di salute presentati, incrociati con quelli demografici, fanno emergere una considerazione dalla Regione:

“il fenomeno migratorio in Toscana è in costante crescita e caratterizzato da una sempre maggiore stabilizzazione. Il passaggio dalla temporaneità dei progetti migratori di singole persone alla stanzialità di intere famiglie sul territorio ha un forte impatto in tutti i settori fra i quali la salute. La salute, in termini di servizi sanitari e di interventi di promozione della salute, è infatti elemento fondamentale nel processo di inserimento dei migranti e allo stesso tempo è terreno di prova per i servizi”²¹.

Uno degli strumenti che può essere impiegato, ed è stato impiegato qui e altrove, è quello della “mediazione”.

Così la definisce Castelli, in termini generali:

“la mediazione è un processo attraverso il quale due o più parti si rivolgono liberamente ad un terzo neutrale, il mediatore, per ridurre gli effetti indesiderabili di un conflitto. La mediazione mira a ristabilire il dialogo fra le parti per poter raggiungere un obiettivo concreto: la realizzazione di un progetto di riorganizzazione delle relazioni che risulti il più possibile soddisfacente per tutti. L’obiettivo finale della mediazione si realizza una volta che le parti si siano creativamente riappropriate, nell’interesse proprio di tutti i soggetti coinvolti, della propria attiva e responsabile capacità decisionale”²².

Quando declinata nel contesto della promozione della salute, “si intende un processo mediante il quale interessi diversi (personali, sociali, economici) delle persone e delle comunità, dei diversi settori (pubblico e privato) vengono conciliati secondo modalità che promuovano e tutelino la salute (Glossario della Promozione della Salute OMS)”²³.

Se interessa il rapporto con pazienti stranieri, la mediazione può definirsi interculturale (o transculturale) e “rappresenta l’insieme delle strategie comunicative capaci di facilitare una relazione terapeutica efficace tra sistema sanitario e paziente appartenenti a contesti culturali diversi”²⁴.

Più in specifico, per l’Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà, “il quotidiano lavoro dei mediatori interculturali ha come fine non solo quello di agevolare l’accesso all’assistenza sanitaria da parte delle persone straniere ma anche quello di far emergere altri approcci culturali nella cura della salute. Il loro utilizzo nell’attività di accoglienza permette di individuare, fin dal primo approccio con la persona, i bisogni e gli aspetti culturali di cui tener conto. La presenza del mediatore, inoltre, nel setting clinico e psicologico non è legata soltanto all’appartenenza geografica della persona in cura, e quindi alla mera traduzione linguistica, ma facilitano il rapporto medico-paziente facendo

21 <http://www.regione.toscana.it/sst/aree-di-intervento/mediazione-culturale>

22 Castelli S., *La mediazione*, Cortina, 1996

23 <http://www.regione.toscana.it/-/parole-chiave-della-promozione-della-salute-e-della-mediazione-culturale-in-sanita>

24 Geraci S, Maisano B, Mazzetti M., *Migrazione e salute. Un lessico per capire* in: Studi Emigrazione, An international journal of migration studies., 2005.

*comprendere allo specialista le diverse concezioni sulla malattia e dando alle persone la possibilità di esprimere le proprie emozioni e la narrazione dei vissuti nella loro lingua”.*²⁵

Per il nostro progetto, si delineano tre livelli di mediazione:

- la mediazione linguistico-culturale, volta a restituire una base per l'interazione tra i soggetti interessati;
- la mediazione etnoclinica, volta a lavorare sui casi più complessi, con strumenti multidisciplinari;
- la mediazione di comunità, basata sul modello inglese degli “educatori di salute di comunità”, in cui operatori stranieri formati operano per favorire l'accesso ai servizi sociali e sanitari della propria comunità, in un'ottica di reciproca interazione.

I tre livelli devono essere intesi in una prospettiva sistemica, facenti parte di un unico strumento, e integrabili fra di loro.

4.1 La mediazione linguistico-culturale

In primo luogo, la mediazione deve interessarsi all'ambito linguistico in quanto sovente la relazione operatore sanitario (o sociale) e paziente (o utente) è ostacolata dalla barriera linguistica.

Si avvale di personale specializzato²⁶, spesso madrelingua, che non solo sappia tradurre i contenuti delle lingue interessate ma sappia anche rendere comprensibile le istanze dei soggetti interessati, ovvero conoscere i codici culturali di entrambe le parti.

“La mediazione riduce gli errori medici e aumenta la soddisfazione del paziente; consente di ottimizzare i risultati nell’ambito dei servizi di urgenza e di migliorare l’efficacia dei servizi di prevenzione e l’accesso ad essi e a tutti i servizi sanitari in generale” (Santone).

Le Linee di Indirizzo Nazionale per la Salute Mentale (2008)²⁷ invitano alla *“sperimentazione di metodologie cliniche innovative in grado di tenere conto delle specificità linguistiche e culturali cui sono portatrici le popolazioni migranti, alla individuazione delle modalità di formazione e preparazione degli operatori e alla incentivazione dell’utilizzo della mediazione linguistico culturale come strategia capace di supportare le funzioni cliniche, il lavoro comunitario e le strategie di inclusione sociale”*.

25 <http://www.inmp.it/index.php/ita/Servizi-Socio-Sanitari/Il-modello-sanitario-INMP/La-mediazione-transculturale>

26 La Regione Toscana non dispone di una normativa specifica che definisca la figura del mediatore linguistico-culturale, nonostante molti corsi di laurea formino specifici professionisti del settore o molte regioni abbiano organizzato corsi per mediatori linguistico-culturali. Ciononostante, la [L.R. n. 29/2009](#) definisce i contesti in cui la mediazione culturale deve essere promossa e potenziata, ovvero l'ambito scolastico e un ambito generale di informazione per i cittadini immigrati. Si vedano in particolare l'art. 41 (“La Regione promuove intese con l'ufficio scolastico regionale e con gli enti locali per perseguire i seguenti obiettivi: [...] il coordinamento, in collaborazione con gli enti locali, dei servizi di mediazione culturale e linguistica”) e l'art. 48 (“La Regione, in collaborazione con gli enti locali e nel rispetto della legislazione statale vigente, promuove il sostegno ed il coordinamento di una rete regionale di sportelli informativi per le seguenti finalità: a) il supporto ai cittadini stranieri nelle procedure per il rilascio, il rinnovo o la conversione dei titoli di soggiorno, la richiesta di cittadinanza; b) il pieno accesso dei cittadini stranieri alla rete dei servizi territoriali; c) il potenziamento dei servizi di mediazione culturale e interpretariato”). Il problema della professionalità del mediatore si pone a tutti i livelli: è sufficiente un corso professionale? Oppure un corso di laurea?

27 Emanato con DPCM 21.03.08 “Linee d’indirizzo per la salute mentale”.

La mediazione linguistico-culturale è oggi utilizzata in ogni ambito di relazione sanitaria, dai servizi dell'area materno-infantile, alle dipendenze, al reparto ospedaliero, ai servizi amministrativi.

Essa rientra nel campo della mediazione *“anche se il conflitto rimane sempre sullo sfondo e non si manifesta in maniera esplicita. Inoltre, esperti e studiosi del settore più che di conflitto nell'incontro-scontro fra persone appartenenti a culture diverse parlano di «dissidio», in quanto il linguaggio usato non può essere comparato, commisurato. Qui ognuno parla il proprio linguaggio, che è intraducibile, non comprensibile per l'altro”*²⁸.

I dati di impegno di spesa nella Toscana sud est mostra un impegno preponderante nell'area di Arezzo (78%), seguita da Grosseto (17%) - che ha un servizio sperimentale attivo solo da due anni - e Siena (5%) - qui non considerando l'Azienda Universitaria.

Si pone perciò il problema di strutturare per i territori di Grosseto e Siena un servizio stabile ed efficiente.

L'attività di mediazione può essere erogata con le seguenti modalità:

A) Presenza fissa
Per presenza fissa si intende la presenza del mediatore linguistico culturale in uno specifico presidio, nei giorni e negli orari convenuti e per le lingue concordate.

B) Presenza su chiamata programmata
Per presenza su chiamata programmata si intende la messa a disposizione di un mediatore, a seguito della richiesta da parte del servizio individuato, per far fronte a specifiche esigenze.

C) Chiamata urgente
Per chiamata urgente s'intende l'intervento richiesto, non prevedibile e non differibile, il cui tempo massimo per l'effettuazione deve rimanere compreso in un tempo da stabilire dalla chiamata.

D) Interpretariato telefonico
Per i casi di urgenza assoluta o nei casi di impossibilità ad ottenere una lingua disponibile, si può utilizzare un interpretariato telefonico ovvero una prestazione di traduzione linguistica (operatore sanitario/mediatore/utente/mediatore/operatore sanitario) effettuata a mezzo telefono. Il servizio dovrà essere attivo 24 h su 24 per 365 gg l'anno.

Per la mediazione a presenza fissa, si prevede l'utilizzo, a livello sperimentale, di un mediatore di una specifica lingua, in ogni struttura ospedaliera e/o in ogni distretto principale del territorio (Arezzo, Grosseto e Siena).

La lingua sarà scelta a seconda del bisogno di salute individuato dai territori e concordato con la Regione Toscana.

Per le mediazioni programmate e urgenti, la copertura linguistica deve essere massima, basata sulle dimensioni demografiche di cui abbiamo fornito i dati precedentemente.

La stesura definitiva del progetto prevede la definizione dei seguenti argomenti:

NUMERO DI INTERVENTI/ORE PREVISTI PER OGNI TIPOLOGIA DI ATTIVITA'
RISORSE DA INVESTIRE
INDICATORI DI RISULTATO (con ipotesi di RISPARMIO ECONOMICO)

28 [Rosalia Donnici, https://italies.revues.org/3303?lang=it](https://italies.revues.org/3303?lang=it)

4.2 La mediazione etnoclinica

Talvolta la mediazione linguistico-culturale non è sufficiente a rendere a sciogliere le problematiche del rapporto tra medico e paziente, vuoi per la complessità della patologia, vuoi per le difficoltà di comprensione del paziente, vuoi per le abitudini professionali del medico (operatore sanitario).

Necessaria perciò una mediazione più complessa, che possa integrare l'ambito etnopsichiatrico²⁹, antropologico, sociologico, filosofico e quant'altro, che faciliti il dialogo tra le parti, modificando la relazione tra operatore e paziente in vista di una cura della sofferenza o del disagio del paziente. Sulla complessità così si esprime Salvatore Inglese: (introducendo *Medici e stregoni*, di Tobie Nathan): *“l'eterogeneità dei fattori che concorrono alla costituzione dell'identità del paziente impone il dispiegamento di un arsenale conoscitivo multidisciplinare e la mobilitazione di una pluralità di soggetti di diversa ascendenza culturale, muniti di una competenza tecnica variegata. Un simile gruppo terapeutico funziona come un piano d'appoggio e di assicurazione conforme alla visione ideologica del paziente, abituato a sentire la relazione duale come una pericolosa seduzione o una fatale stregoneria”*.

Per Bouznah, la mediazione etnoclinica (detta anche interculturale) “agisce sulle condizioni dell'incontro tra le parti”; il mediatore “interroga le due teorie, non solo quella del paziente che determina il senso che ha per lui l'evento della malattia, ma anche quella del medico che è alla base dell'intervento sul paziente”: affinché la mediazione sia costruttiva le due teorie devono compiere un processo, una trasformazione.

In questo senso, fondamentale rimane il ruolo del mediatore linguistico-culturale che deve far emergere la teoria/idea del paziente sul proprio stato e ciò è possibile se il paziente possa comunicare il proprio vissuto avendo la certezza di essere compreso.

Al paziente è richiesta una partecipazione attiva alla definizione del suo problema, viene insieme costruita una trama dell'esperienza, dando un senso ad essa. Con ciò si favorirà anche l'empowerment del paziente, non solo intorno al problema medico ma anche alle attese di vita.

Il risultato della mediazione sarà “la costruzione di una nuova narrazione della malattia che permetterà al paziente di agire sulla sua problematica”³⁰.

L'intervento è attivato su indicazione dell'operatore sanitario, ma, come è necessario in tutti gli altri approcci di mediazione, deve acquisire una forte adesione da parte del paziente/utente.

Interessante il punto di vista della Sironi, riferita alla sua esperienza francese di qualche anno fa al Centro Deveraux, che può essere applicata al caso italiano: *“dunque oggi noi continuiamo a ricevere rappresentanti delle popolazioni migranti. I migranti che vengono all'ambulatorio del Centro oggi, però, non arrivano più dal profondo delle foreste selvagge. Che siano originari delle grandi metropoli del terzo mondo o di piccoli villaggi, tutti vivono comunque nell'era dei cellulari e delle televisioni satellitari. In genere abitano le periferie francesi dove regnano la violenza, a volte il caos, sempre lo choc tra civiltà e gli effetti devastanti della deculturazione. Insieme alle malattie codificate dalle culture, ci portano anche malattie “sociali”, “mediche” o “psicologiche” che sono degli indicatori di un passaggio fallito tra due mondi”*³¹.

La stesura definitiva del progetto prevede la definizione dei seguenti argomenti:

NUMERO DI INTERVENTI

RISORSE DA INVESTIRE

INDICATORI DI RISULTATO (con ipotesi di RISPARMIO ECONOMICO)

²⁹ Per l'etnopsichiatria, si veda sotto, parlando dei moduli formativi.

³⁰ <https://www.facebook.com/psicologiperipopolinelmondo/videos/1261569660538867/>

³¹ <http://www.centrosagara.it/wp-content/download/materiali/documenti/Sironi%20-%20Come%20inventare%20delle%20pratiche%20cliniche%20adatte%20ai%20mondi%20contemporanei%20-%20Continua.pdf>

4.3 La mediazione di comunità

Un approccio individuale, come visto sopra per la mediazione linguistico-culturale o etnoclinica, non è però sufficiente a catturare i bisogni di salute di una comunità intera.

A tale proposito, un approccio innovativo alla mediazione che interessa gruppi di cittadini è stato introdotto in Gran Bretagna nel 1993 dalla sociologa Lai Fong Chiu (Università di Leeds), nell'ambito dei programmi di salute per lo screening e la prevenzione dei tumori femminili, secondo il modello del *Community health educator* (Educatore di salute di comunità)³².

Il modello si basa sul reclutamento e la formazione di membri delle comunità etniche, che partecipano poi alla realizzazione di interventi di promozione della salute nei loro quartieri/aree di residenza.

Gli educatori di salute di comunità sono persone che, coordinandosi con i professionisti sanitari, lavorano principalmente fuori dalle strutture utilizzando le loro reti sociali, ad esempio raggiungendo gli utenti a domicilio, nei luoghi di ritrovo, in occasione di festività o ricorrenze, là dove gli operatori delle ASL, da sole anche per problematiche legati a disponibilità di risorse umane e di costi, non potrebbero arrivare.

La caratteristica più significativa è senza dubbio l'*empowerment*, inteso come rafforzamento sia delle comunità che dei singoli³³.

Questo modello di offerta attiva basa il suo potenziale di efficacia proprio sulla costruzione di capacità personali e collettive in materia di tutela della salute.

Le persone straniere formate da una parte aumentano le loro conoscenze e la fiducia in sé stesse e nel proprio ruolo rispetto ai connazionali, fino a sviluppare spesso vere e proprie capacità di leadership; dall'altra costituiscono una risorsa permanente per il loro gruppo, aumentando in modo costante tra i membri la consapevolezza su specifiche questioni di salute.

Il modello intende nello stesso tempo rafforzare le competenze degli operatori sanitari in ambito di relazione con l'utenza migrante e sviluppo di nuovi e qualificati modelli di intervento.

Il progetto formerà un numero stabilito di educatori di salute di comunità, relativo alla problematica di salute individuata e quindi alla nazionalità; nondimeno sarà l'occasione per sperimentare una pratica di promozione della salute a più ampio spettro, incontrando problematiche ulteriori.

Ad esempio, sulla scorta dei dati di salute presentati sopra, un obiettivo possibile potrebbe essere individuato nella promozione ad un accesso appropriato e consapevole ai servizi sanitari da parte di alcuni gruppi di migranti in ambito materno infantile e prevenzione delle malattie croniche.

Una sperimentazione nella nostra area vasta è stata compiuta ad Arezzo con l'obiettivo di prevenire le gravidanze indesiderate e di ridurre il tasso delle interruzioni volontarie di gravidanza tra le donne rumene³⁴.

La stesura definitiva del progetto prevede la definizione dei seguenti argomenti:

MODULI FORMATIVI PROPOSTI

ORE DI INTERVENTO DEGLI EDUCATORI

RISORSE DA INVESTIRE

INDICATORI DI RISULTATO (con ipotesi di RISPARMIO ECONOMICO)

32 In Italia il progetto ha preso vita a cura dell'Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale AIDS, Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, L'Albero della Salute - struttura di riferimento per la promozione della salute dei migranti Regione Toscana (linee guida: http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_newsaree_1781_listafila_itemname_0_file.pdf).

33 I concetti di fondo di questa sperimentazione sono la peer education tramite i network sociali e il concetto di "omofilia", secondo il quale il trasferimento di idee avviene più facilmente tra individui simili o omofili.

34 Tizzi G., *L'esperienza del Community Health Model ad Arezzo*, in *Salute e territorio*, 202, 2014, pp. 437-441

5. La formazione degli operatori sociali e sanitari

Se da un lato è necessario raccordare con ponti (mediazione, educatori di salute di comunità) il mondo degli immigrati e quello sanitario, nondimeno è indispensabile rafforzare le competenze del mondo sanitario sulla complessità del sapere medico, soprattutto in rapporto ad altre culture.

A questo scopo, abbiamo pensato a tre moduli formativi.

5.1 Modulo di antropologia medica

Il concetto di salute come declinato dalla medicina occidentale (la cosiddetta biomedicina) non è più sufficiente per cogliere le infinite sfumature del rapporto tra gli esseri umani, soprattutto provenienti da paesi non occidentali, e la “malattia”.

“Nata con l'obiettivo di indirizzare la ricerca antropologica sui modi e le forme in cui nelle diverse società gli esseri umani vivono, rappresentano e fronteggiano l'esperienza del dolore, della sventura e della malattia, l'antropologia medica cerca di coniugare l'interesse per l'esperienza del corpo, della salute e della malattia con la ricostruzione di processi sociali, culturali, politici e istituzionali storicamente determinati” (Pizza).

Di conseguenza si rivolge alle medicine cosiddette tradizionali come alla medicina occidentale; entrambe indagate come sistemi culturali.

Nelle aree non occidentali gli assunti sulla natura della malattia riguardano, al contempo, i vari elementi costitutivi della persona (corpo, “spirito”, lignaggio, oggetti, antenati mitici) e il suo collocarsi all'interno di una cosmologia fondamentale in cui essa intrattiene relazioni complesse con entità naturali e sovrannaturali³⁵.

All'interno di questi sistemi gli specialisti della cura sono simultaneamente i depositari di una sapere scientifico sul corpo e “mediatori di guarigione” (Pizza), che attingono ad una sfera tecnica e ad una sfera simbolico-culturale nel tentativo di curare (*to cure*) o di prendersi cura (*to care*) della sofferenza del malato.

Se la malattia “è il più sociale e individuale degli eventi” (Augé-Herzlich), oppure, per dirla con Quaranta, “è un fenomeno socio-culturale”, ogni riduttivismo, magari a ciò che è stato acquisito negli studi o nella pratica sanitaria occidentale, lascia zone d'ombra che non facilitano la comprensione di un fenomeno oltremodo complesso.

La malattia non è solo “disease”, ovvero alterazione nel funzionamento o nella struttura dell'organismo, ma anche “illness”, ovvero il significato che l'esperienza di sofferenza assume per chi la vive in prima persona; ma c'è anche un terzo ulteriore significato, quello di “sickness”, in quanto la malattia è tale solo se riconosciuta socialmente.

Determinato culturalmente e anche politicamente è il nostro concetto di salute e di malattia: il “diritto alla salute” è nozione relativamente recente e la si crea quando è lo Stato a farsi carico della salute individuale (così nasce il piano Beveridge, l'articolo 32 della nostra Costituzione, la nuova definizione di salute dell'OMS, la Dichiarazione universale dei Diritti dell'Uomo e altro ancora).

Attraverso il concetto di “incorporazione”, l'antropologia medica considera il corpo il luogo principe delle relazioni, una costruzione culturale, sebbene la biomedicina lo abbia naturalizzato (ad esempio attraverso l'immagine dell'uomo vitruviano).

Mauss studia le “tecniche del corpo” ovvero “i modi in cui gli uomini, nelle diverse società, si servono del loro corpo”; per la prima volta il corpo viene sottratto alla dimensione biologica e iscritto in quella delle scienze umane.

³⁵ “Nelle lingue africane non esiste una parola corrispondente al concetto occidentale di religione”, scrive il decano degli africanisti italiani, Bernardo Bernardi. I modi di praticare le credenze è la più varia: uno degli elementi costitutivi è rappresentato dalla presenza della divinità, declinata in varie forme (silvestre, pastorale, agreste).

Le forze sociali, economiche e politiche condizionano il corpo: come si muove, le sue posture, la forma e le tecniche di trasformazione che l'individuo mette in atto su di esso³⁶.

E il corpo è il teatro delle sperimentazioni più crudeli del potere, dalla detenzione alla tortura, alle mutilazioni; come ha mostrato Foucault, il binomio potere/corpo è indissolubile.

D'altronde lo stesso corpo, lungi dall'essere terreno passivo, produce significati culturali e sociali, si può opporre al potere (alla sua "violenza strutturale") in modo manifesto ma anche silenziosamente, attraverso ad esempio la malattia.

"Quando la malattia viene interpretata come un processo sociale, la sofferenza non rappresenta più un'esperienza individuale ma al contrario attivamente creata e distribuita dall'ordine sociale" (Quaranta), ad esempio attraverso la diseguaglianza.

Il mondo è diventato plurale: il sapere antropologico e le migrazioni ci mettono di fronte ad un pluriverso che non è più affrontabile con le categorie classiche occidentali.

In questo senso, allora, il nostro servizio sanitario deve essere preparato a relazionarsi con la molteplicità di istanze rappresentate dall'utenza immigrata, deve necessariamente interrogarsi quindi al di là dello spazio biomedico.

La stesura definitiva del progetto prevede la definizione dei seguenti argomenti

TARGET

NUMERO DI CORSI E ORE

5.2 Modulo di etnopsichiatria

Il modulo antropologico va integrato con quello "etnopsichiatrico", che prende in esame l'ambito della psiche, variamente definibile (soffio vitale, anima, spirito, mente e altro ancora).

Una definizione di etnopsichiatria, secondo Coppo:

"Etnos significa razza, tribù, stirpe, famiglia, ma anche provincia, territorio; indica la dimensione locale, particolare di una parte rispetto al tutto. Psyche è soffio vitale; iatrèia, l'arte di prendersi cura. Si tratta dunque della disciplina che pratica (e studia) l'arte del prendersi cura della 'psiche' in territori e gruppi umani definiti"³⁷.

Uno dei padri della disciplina, Henry Collomb, psichiatra francese che lavorava a Dakar, scrive: *"solo ricostruendo la rete di significati che lega la follia alle società e alle culture in cui si manifesta è possibile decifrarne il senso; il terapeuta tradizionale, che condivide con il paziente e il suo gruppo lingua, rappresentazioni del mondo e i più minuti elementi della vita quotidiana, è l'esperto naturale degli aspetti più segreti di quelle culture e, per lo psichiatra che viene da fuori, un insostituibile alleato e una preziosa fonte di informazioni"*.

Disciplina di confine tra psichiatria, psicologia, antropologia culturale e antropologia medica, variamente definita (psichiatria culturale/transculturale/comparativa), l'etnopsichiatria "abbraccia le varie teorie, pratiche e tecniche che costituiscono l'ossatura di ogni saper-fare che si proponga di intervenire con mezzi materiali e immateriali sulla componente visibile ed invisibile degli umani, sulle loro organizzazioni sociali, sulle loro culture. L'etnopsichiatria è pronta ad accogliere, rendere evidenti e quindi lavorabili gli "oggetti culturali", a metterli a confronto, a negoziare la procedura tecnica più idonea, caso per caso per raggiungere il risultato desiderato.

36 Lévi-Strauss cita in *Tristi tropici* un episodio dell'incontro tra missionari e una popolazione indigena, gli Eyiguayegui in cui questi chiedono ai primi "Perché siete così stupidi?" intendendo che bisognava dipingersi per essere uomini, non più bruti; per gli altri, bruti lo erano proprio gli indigeni, in quanto dipinti.

37 P. Coppo, *Etnopsichiatria*, Milano, Il Saggiatore, 1996.

Ciò significa tra l'altro, che l'etnopsichiatria non è una psicologia, una psichiatria e una psicoanalisi per stranieri, ma un cammino, una proposta per rendere più [...] efficace ogni intervento sulla dimensione immateriale umana (psiche, spirito, cultura ecc.). L'etnopsichiatria è un modo di pensare e operare nell'ambito di ciò che le discipline della psiche chiamano sofferenza o disturbi psichici, che si situa in un ordine di pensiero e adotta un metodo di lavoro che le è specifico, e che è altro da quello della psichiatria, della psicologia, della psicoanalisi" (Coppo).

Pertanto il modulo non può essere ad appannaggio dei soli specialisti dei Dipartimenti di Salute mentale, ma deve costruire un bagaglio di sapere e pratiche anche di altre espressioni sanitarie.

La stesura definitiva del progetto prevede la definizione dei seguenti argomenti

TARGET

NUMERO DI CORSI E ORE

5.3 Modulo su mediazione di conflitti

Molti operatori socio sanitari devono confrontarsi, nel corso della loro esperienza lavorativa, con condizioni di "stress e burnout". Dover affrontare una situazione difficile può infatti indurre una reazione di adattamento nel soggetto coinvolto (stress) e quest'ultima può cristallizzarsi in una vera e propria sindrome (burnout).

Il *burnout* è generalmente definito come una sindrome di esaurimento emotivo, di depersonalizzazione e derealizzazione personale, che può manifestarsi in tutte quelle professioni con implicazioni relazionali molto accentuate (possiamo considerarlo come un tipo di stress lavorativo).

Generalmente nasce da un deterioramento che influenza valori, dignità, spirito e volontà delle persone. È una malattia in costante e graduale aumento tra i lavoratori dei paesi occidentalizzati a tecnologia avanzata, ciò non significa che qualcosa non funziona più nelle persone, bensì che si sono verificati cambiamenti sostanziali e significativi sia nei posti di lavoro sia nel modo in cui si lavora. L'operatore socio-sanitario ne è esposto più di altri lavoratori principalmente a causa della peculiarità dell'utenza per la quale lavora, ma anche per altre cause di diversa origine, come quelle riconducibili alla struttura degli ambienti, ai tempi ed alla organizzazione del lavoro, oppure ai rapporti relazionali con colleghi e superiori o alle non infrequenti ambiguità e contraddizioni relative al ruolo ricoperto, nonché all'insoddisfazione per la remunerazione non sempre gratificante.

Per diminuire lo stress lavorativo e quindi i rischi di *burnout*, un sistema efficace è acquisire gli strumenti per la riduzione del potenziale distruttivo dei conflitti, a favore di una sua gestione positiva.

Secondo Bush e Folger, *"la mediazione è un processo in cui una parte terza opera con i contendenti per aiutarli a modificare la qualità della loro interazione conflittuale da negativa e distruttiva a positiva e costruttiva, mentre discutono i problemi e prendono in esame le possibilità di risoluzione; il ruolo del mediatore è aiutare le parti a compiere spostamenti nei livelli di empowerment e di riconoscimento nella loro interazione, dando sostegno alle loro capacità di acquisire forza e responsabilità nel processo decisionale, comunicativo e di adozione di nuove prospettive"*³⁸.

Ai due studiosi si deve l'approccio trasformativo alla gestione dei conflitti: basilari i principi di *empowerment* e riconoscimento,: il primo "significa il ristabilimento negli individui della percezione del proprio valore, della propria forza, della propria capacità di prendere decisioni e di gestire i problemi della vita", il secondo "è l'evocazione di una conferma, di comprensione o di empatia nei confronti dell'altro e del suo punto di vista".

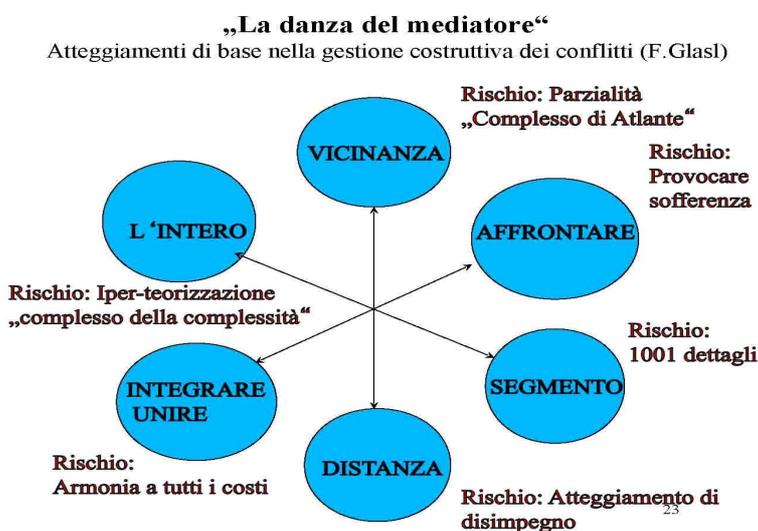
³⁸ Bush, R. - Folger, J., *La promessa della mediazione*, Vallecchi, 2009

Il mediatore maieuticamente fa emergere ciò che in un conflitto rimane sullo sfondo, il nostro mondo di bisogni, valori, emozioni sotterranee; in questo viaggio, i soggetti scoprono qualcosa di sé e degli altri completamente nuovo e talvolta inaspettato, rafforzando la capacità di gestire il conflitto (questo e quello nuovo che verrà).

Comprendendo il contesto più ampio in cui il conflitto viene esercitato, nonché interessi e bisogni profondi in gioco, gli attori iniziano a riflettere sulle decisioni da prendere sulla conduzione del conflitto, aumentando la propria autonomia e cognizione di causa; la contrapposizione si scioglie, il tono si stempera, si riacquista la fiducia e il pieno riconoscimento dell'altro.

Non è necessario che il mediatore sia imparziale e equidistante, anzi si ritiene che la sua posizione migliore sia quello di "equivicinanza": è empatico, ascolta con attenzione ("ascolto attivo"³⁹), facilita, chiarifica, lavora con le parti, lasciando ad esse la definizione del gioco e la ricerca delle soluzioni⁴⁰.

Egli "danza" tra poli opposti, come nell'efficace immagine di Glasl.



Dove è stato applicato⁴¹, si sono registrati miglioramenti nel clima lavorativo, che significa anche migliore produzione e minore ricorso alle cause giudiziarie.

Oltre alla formazione, sarebbe auspicabile l'utilizzo della mediazione in casi reali, a partire da quegli ambienti medici fortemente sottoposti a stress.

La stesura definitiva del progetto prevede la definizione dei seguenti argomenti

TARGET

NUMERO DI CORSI E ORE.

³⁹ Che si traduce in alcuni atteggiamenti quali la disponibilità all'ascolto attivo di noi stessi, la consapevolezza e attenzione al mondo dell'altro/a (aiutare a chiarire e a chiarirsi), accogliere il mondo dell'altro/a, sincerarci di aver capito (dare la possibilità all'altro/a di precisare il suo messaggio).

⁴⁰ “La funzione del mediatore non è quindi porre termine al conflitto, poiché egli si pone in ogni caso quale semplice catalizzatore del conflitto per rendere possibile il dialogo alle parti. Così il mediatore dovrà incontrare i mediati senza giudicare, senza volontà di fare alcunché, senza un progetto sugli altri e ponendosi solamente quale facilitatore di un overlapping, di uno spazio di coincidenza che saranno i mediati a trovare producendo un di-alogo e trovando una distanza che permetterà loro di (ri)costruire una visione differente della situazione attuale “(Ceretti).

⁴¹ Si veda ad esempio: Baukloh, A. C., *Il processo della mediazione*, in Spinanti S. (a cura di), *Impariamo a litigare*, I quaderni di Janus, pp. 91-110, Zadig, 2008- Baukloh, A. C., *Per una cultura del conflitto*, Janus 32, pp. 39-44, Zadig, 2008 - *Mediare i conflitti in sanità: l'approccio dell'Emilia Romagna*, ASR Emilia Romagna, 2007 - Scotto G. - Baukloh A. C., *La mediazione dei conflitti e il progetto Empatic*, in *Percorsi e pratiche di dialogo interculturale*, pp. 34-55, Regione Umbria, 2005

INDICE

Premessa

1. Le migrazioni

2. La presenza degli stranieri nella USL sudest

3. I dati di salute della popolazione immigrata in Toscana

3.1 L'interruzione volontaria della gravidanza

3.2 Gli screening oncologici

3.3 La salute mentale

3.4 La permanenza in Italia

4. La mediazione

4.1 La mediazione linguistico-culturale

4.2 La mediazione etnoclinica

4.3 La mediazione di comunità: gli educatori di salute

5. La formazione degli operatori sociali e sanitari

5.1 Modulo di antropologia medica

5.2 Modulo di etnopsichiatria

5.3 Modulo su mediazione di conflitti