



Osservatorio delle Immigrazioni

Immigrati, salute e sanità

Prima parte:

Introduzione e tematiche emergenti

Questo Dossier si occupa del rapporto tra immigrati, salute e sanità in provincia di Bologna. Il tema è complesso e numerosi sono i soggetti in campo: i cittadini-utenti, innanzitutto, quindi gli operatori sanitari e sociosanitari, i referenti dei servizi e degli enti locali, il privato ed il privato sociale. Molte sono anche le informazioni esistenti, di natura sia quantitativa che qualitativa. Abbiamo cercato di far parlare tutte le fonti, utilizzando diverse modalità di indagine (analisi documentale e statistica, focus group, colloqui individuali), al fine di cogliere la molteplicità dei punti di vista. I risultati ottenuti non vanno comunque considerati né come definitivi né come rappresentativi in toto, in quanto il settore è in forte evoluzione e molte aree rimangono da esplorare.

Il Dossier riporta una prima serie di informazioni per contribuire a fare il punto su un ambito fondamentale dei percorsi di integrazione delle persone immigrate nel nostro territorio. Dopo una prima introduzione ai temi della medicina delle migrazioni, il Dossier affronta alcune problematiche di rilievo rispetto a due momenti fondanti il ciclo di vita: il materno-infantile e la fase adulta. Segue, nella seconda parte, una disamina sui punti di vista degli operatori sociosanitari, da un lato, e gli utenti immigrati, dall'altro. Concludono il Dossier una rapida carrellata sulle modalità di applicazione del diritto alla salute degli immigrati e la presentazione di alcune iniziative di rilievo messe in atto in questi anni dal "Progetto speciale immigrati" dell'Azienda USL "Città di Bologna".

La medicina delle migrazioni e dei migranti

Fattori di rischio

Da qualche tempo anche nel nostro paese si è cominciato a discutere delle problematiche di salute delle persone immigrate. Le sensibilità e le professionalità maturate in questo ambito, all'inizio grazie soprattutto all'intervento del mondo del volontariato ed in seguito anche per l'impegno delle istituzioni pubbliche, sono già numerose e di interesse; molto rimane comunque ancora da fare.

La salute delle persone è il risultato dell'influenza di una serie di fattori di vario

tipo: genetici, personali, sociali, culturali, ambientali; molti e diversificati sono, allo stesso tempo, i fattori di rischio all'origine della malattia o del mal-essere.

Alcuni di questi sono propri di tutti i soggetti in condizione di debolezza, sia italiani che immigrati, altri paiono invece maggiormente specifici per questi ultimi, quasi a divenire delle aggravanti, delle difficoltà aggiuntive.

Così, se da un lato la disoccupazione o la precarietà occupazionale, l'indigenza, il cli-

Sommario

La medicina delle migrazioni	1
<i>Bilancio di salute del paziente immigrato</i>	5
L'area materno - infantile	5
<i>Maternità ed infanzia, introduzione al tema</i>	5
<i>Bambini immigrati a Bologna</i>	6
<i>Il Centro per la salute delle donne straniere e dei loro bambini di Bologna</i>	7
<i>L'interruzione volontaria della gravidanza tra le donne straniere</i>	9
L'età adulta	10
<i>Le tossicodipendenze tra gli immigrati</i>	10
<i>Malattie infettive ed immigrati</i>	13
<i>Immigrati, salute e lavoro</i>	15
<i>Tra Djinn e Super-Io: la psichiatria multiemica</i>	16
<i>La salute degli zingari, proposte</i>	18

ma, le abitudini 'voluttuarie' (fumo, alcool, sostanze psicotrope), l'inadeguatezza dell'abitazione o dell'alimentazione possono colpire, in teoria, indifferenziatamente entrambi i gruppi, è indubbio che le patologie importate, le barriere culturali e linguistiche, lo sradicamento e la conseguente mancanza di supporto sociale e familiare, fino alle vere e proprie forme di discriminazione nell'accesso o nell'utilizzo dei servizi, sono tutti aspetti molto più probabili tra

la popolazione degli immigrati, come rivelano varie ricerche scientifiche e come confermano, nel quotidiano, gli operatori dei servizi sociali e sanitari a bassa soglia.

Queste disuguaglianze si cristallizzano e si fanno poi più evidenti in alcune aree, quali quella materno-infantile e del mondo del lavoro, specie se contigue a situazioni di particolare emarginazione (prostituzione, detenzione, dipendenze).

Le aree critiche per la salute degli immigrati

- a) condizioni patologiche (malattie infettive, malattie dermatologiche, traumi ed infortuni – con particolare attenzione all'infortunistica sul lavoro, disagio/malattie psichiatriche)
- b) condizioni fisiologiche (maternità, infanzia ed adolescenza, vecchiaia)
- c) condizioni sociali (prostituzione e tratta, abuso, detenzione)
- d) aggravanti (disagio sociale, immigrata 'forzata' o 'non selezionata', irregolarità giuridica, mancanza/difficoltà di accesso ordinario alle strutture sanitarie)

(tratto da: "Le malattie degli immigrati", di Geraci e Marceca, Area Sanitaria Caritas Diocesana di Roma, 2000)

Discutere di salute e malattia, con particolare riferimento agli immigrati, richiede dunque di trattare allo stesso tempo una pluralità di dimensioni diverse, come si evince dall'eterogeneità delle variabili citate nel box precedente. I determinanti socio-economici (deprivazione materiale, scarsità della rete relazionale, comportamenti nocivi per la salute, 'fragilità sociale'), in altre parole, hanno un ruolo decisivo nell'evoluzione, in positivo o in negativo, di questi fenomeni, anche attraverso l'intervento di stati meno visibili e più interiori (frustrazione, depressione, sotto-utilizzo delle proprie risorse personali) della qualità della vita.

Ne sono del resto convinti gli stessi servizi sanitari quando scrivono che "siamo convinti che per promuovere la salute, soprattutto se ci rivolgiamo alla popolazione immigrata, occorre parlare di 'strategia' più che di 'attività'. Mai come in questo caso, il peso dei determinanti non sanitari nel soste-

nere la salute personale è concreto: convinzioni sociali e culturali, abitudini e stili di vita, condizioni economiche ed ambientali impediscono, in certi casi, una possibile integrazione, ma soprattutto allontanano la possibilità di una convivenza tollerante che dia tranquillità e benessere alla propria vita" (tratto da: "Percorso Nascita e donne migranti. Proposta di intervento nel distretto di Casalecchio di Reno").

Un altro operatore commenta che "i problemi sanitari degli immigrati sono in realtà di tipo sociale, solo in un secondo momento diventano sanitari. Il problema sanitario è secondario rispetto a quello sociale. L'immigrato è spesso una fascia debole, che sa meno difendersi e che fa maggiormente le spese della mancata integrazione tra sociale e sanitario. Andrebbero cercate soluzioni sociali a sintomi sanitari, altrimenti si crea un ciclo vizioso: il sociale che amplifica i problemi sanitari".

‘ Effetto migrante sano ’ e suoi sviluppi

L'enfasi sui fattori di rischio e sulle loro specificità non deve far ritenere che gli immigrati – per lo meno quelli in condizione di regolarità – siano portatori di un carico di malattia sempre e drammaticamente compromesso. L'esperienza quotidiana degli operatori testimonia che, al contrario, "a livello collettivo gli immigrati non apportano un problema sanitario specifico, ovvero non arrivano con patologie particolari, ma si ammalano qui di malattie comuni".

La letteratura interpreta ciò alla luce del concetto di 'effetto migrante sano'.

"Limitata è l'evidenza di patologie infettive, per la maggior parte di tipo nostrano (del tutto occasionale il riscontro di quelle esotiche di importazione) [...] L'immigrato arriva generalmente nel nostro paese con un 'patrimonio' di salute pressoché integro: si consideri che proprio la forza-lavoro, su cui questi gioca le possibilità di successo del proprio progetto migratorio, sia indissolubilmente legata all'integrità fisica; è il cosiddetto 'effetto migrante sano', ampiamente citato in letteratura, che fa riferimento all'autoselezione che precede l'emigrazione, operata nel paese di origine" (Caritas Diocesana di Roma)

“I dati disponibili sullo stato di salute degli immigrati, anche se non sono del tutto completi (a causa dell’assenza di un sistema di sorveglianza), confermano ciò che gli esperti del settore definiscono ‘effetto migrante sano’ e cioè una sorta di autoselezione per cui decide di partire chi è in buone condi-

zioni fisiche. Allo stesso tempo evidenziano la tendenza degli immigrati a sviluppare nel paese ospite malattie legate a condizioni di vita precarie che possono aggravarsi per la scarsa copertura sanitaria di cui gli stranieri beneficiano” (Istituto superiore di sanità).

Due sono gli aspetti di rilievo in merito alle citazioni di cui sopra:

1. il fatto che le *patologie d’importazione* siano – per lo meno in riferimento alla prima generazione di migranti – meno frequenti di quelle *acquisite nel paese ospitante* e di quelle cosiddette di *adattamento*. L’immigrato non ci porta malattie esotiche, è invece una persona da tutelare e proteggere visto che le condizioni di vita cui l’immigrato dovrà conformarsi nel paese di accoglienza rischiano di “erodere e dilapidare in tempi più o meno brevi il ‘patrimonio’ di salute iniziale [a danno di tutti, dell’individuo così come della società complessiva]” (Caritas Diocesana di Roma, “Migrazioni e salute in Italia”);
2. la sottolineatura sulla selezione, nel paese di origine, dei componenti in grado di ‘massimizzare’, per così dire, le possibilità di successo del progetto migratorio. Questa questione assume tanta più rilevanza quanto più si riflette sul fatto che il progetto migratorio di un individuo incarna in realtà, in molti casi, il progetto migratorio di un’intera famiglia e/o comunità locale – non a caso, del resto, i ‘pionieri’ delle migrazioni sono nella maggior parte giovani adulti, di classe sociale non particolarmente svantaggiata, con un livello almeno medio di istruzione.

Questa rappresentazione degli immigrati trova conferme anche nelle statistiche di utilizzo dei servizi sanitari del nostro paese: “La maggior parte degli accessi alle strutture ospedaliere sono legati ad eventi fisiologici quali quelli connessi alla gravidanza ed al parto o a traumatici accidentali” (Caritas, “Immigrazione. Dossier statistico 2001”). Va però a questo punto detto che le analisi più recenti stanno delineando alcuni sviluppi del concetto di ‘effetto migrante sano’. Si registra una attenuazione della portata di questo fattore, in concomitanza con il superamento della fase di immigrazione ‘di avanguardia’ (numericamente limitata e con le caratteristiche demografiche e di benessere di cui sopra).

I ricongiungimenti familiari (persone che vengono ‘a seguito’ di progetti già percorsi da altri), le persone costrette a scappare dal proprio paese (profughi e rifugiati), l’immigrazione clandestina ed i fenomeni di precarizzazione in corso stanno infatti mutando lo scenario migratorio cui eravamo abituati, di pari passo, del resto, con la stessa stabilizzazione degli immigrati di prima generazione, che si manifesta con il progressivo innalzamento della loro età media.

La stanzializzazione degli immigrati determina una struttura sociale più simile a quella italiana (la presenza di più generazioni, ad esempio), con bisogni assistenziali più simili a quelli degli autoctoni.

Il sistema sanitario

All’interno di un quadro che va quindi mutando, in parte anche in ragione di fattori esogeni, al di fuori cioè delle nostre possibilità di intervento, è importante esaminare come la sanità interagisce e si interfaccia con gli immigrati. I bisogni sanitari degli immigrati stanno crescendo, ovvero vanno livellandosi su quelli italiani: come risponde la sanità?

Diverse indagini dimostrano, a questo riguardo, che l’accesso e la fruizione dei servizi sanitari da parte di questa popolazione incontrano ancora diversi o-

stacoli: la sanità, paradossalmente, funge da fattore di rischio per la stessa salute degli immigrati, alla pari di tutti gli altri determinanti citati in precedenza – “I numerosi report epidemiologici sullo stato di salute della popolazione immigrata in Italia hanno dimostrato che le malattie che interessano gli immigrati sono strettamente connesse ai sistemi di accoglienza e ai processi di inclusione sociale messi in atto nel paese ospite” (Società italiana di medicina delle migrazioni).

Problematiche socio-sanitarie dell'immigrazione

- a) legate allo status giuridico – accesso ordinario al SSN (diversificato o negato), pregiudizi o paure (da parte dell'immigrato e da parte del sanitario), diritti nascosti
- b) legate alle marginalità sociale – di tipo fisico-ambientale (fattori di rischio per la salute fisica), di tipo psicologico-sociale (fattori di rischio per la salute psichica)
- c) legate alla marginalizzazione culturale – diversi sistemi biomedici di riferimento

(tratto da: "Le malattie degli immigrati", di Geraci e Marceca, Area Sanitaria Diocesana di Roma – Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, 2000)

Ecco che alcuni fenomeni, parte dei quali già noti da tempo, assumono nuova importanza e richiedono interventi migliorativi indifferibili:

- ◇ Sono approssimativamente 4.000 i cittadini stranieri residenti nel capoluogo emiliano che non conoscono e/o non utilizzano i servizi sanitari a Bologna città – quindi circa un terzo di essi non è iscritto al SSN (Azienda sanitaria "Bologna città", dati stimati relativi al 1998).
- ◇ Nello stesso anno a Bologna è stata realizzata un'indagine a campione da cui emerge che circa il 76% degli immigrati iscritti all'anagrafe sanitaria utilizza il medico di medicina generale e che il 65% degli stranieri preferisce rivolgersi direttamente al pronto soccorso.
- ◇ "Percentualmente rilevante, nei pazienti immigrati, è la classe di sintomi e stati morbosi 'mal definiti'. Ciò non è collegabile alla scarsa qualità clinico-diagnostica degli operatori, quanto piuttosto alle difficoltà comunicative caratterizzanti il rapporto terapeutico [...]" ("Migrazioni e salute in Italia", Caritas Diocesana di Roma).
- ◇ "I dati di day hospital riferiti in particolare alle malattie infettive, i ricoveri per dolori addominali, l'alta percentuale di ricoveri di un solo giorno sembrano indicare una difficoltà di accesso ai livelli assistenziali appropriati" (Caritas, "Immigrazione. Dossier statistico 2001").

Quali percorsi di miglioramento?

Non esistono soluzioni 'chiavi-in-mano', uguali per ogni contesto e situazione. Di certo, come rilevano tutti i soggetti operativi in questo campo, è necessario ideare ed implementare degli interventi di tipo multidimensionale, in grado di impattare diverse questioni allo stesso tempo.

Questo dossier vuole contribuire, con i propri limiti e mezzi, a questo processo di trasformazione positiva.

I 'nodi' per l'utilizzo del sistema sanitario nazionale

- a) Principali variabili che condizionano l'accesso ai servizi: sussistenza del diritto di accesso, consapevolezza di questo diritto, effettivo esercizio del diritto
- b) Possibili barriere nell'accesso ai servizi: barriere giuridico-legali, barriere economiche, barriere burocratico-amministrative, barriere organizzative
- c) Possibili barriere alla fruibilità dei servizi: barriere linguistiche, barriere comunicative, barriere interpretative

(CNEL, *Immigrazione e accesso ai servizi sanitari nazionali*, 2000)

Condizioni di fruibilità e qualità dei servizi per l'utenza immigrata

- a) conoscenza della normativa da parte di tutti i servizi (capillare informazione)
- b) formazione ed aggiornamento specifici del personale (sensibilizzazione)
- c) abitudine al lavoro di gruppo e alla multidisciplinarietà
- d) attivazione di una rete scientifica organizzata di rilevazione e monitoraggio dei bisogni di salute degli immigrati
- e) riorganizzazione e riorientamento dei servizi (flessibilità)
- f) capacità di apertura all'esterno, al territorio
- g) elaborazione a livello aziendale di progetti specifici
- h) messa a punto di standard di qualità riferibili all'utenza straniera
- i) inserimento di 'facilitatori' culturali

(tratto da: "Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia", a cura di Zincone, il Mulino 2000)

Bilancio di salute del paziente immigrato

MIGRANTE SANO

migrare per lavoro presuppone una selezione iniziale: emigra chi ha buona salute e forza per lavorare in un paese straniero

PATOLOGIE DA DEGRADO E POVERTA'

problemi di salute connessi a:

- condizioni climatiche avverse
- degrado abitativo
- precarie condizioni igieniche
- disordini e scarsità di apporto nutrizionale

PATOLOGIE DA IMPORTAZIONE

problemi di salute da valutare attentamente dal punto di vista infettivologico

PATOLOGIA DI URGENZA

problemi di salute da riferire a:

- traumi accidentali
- incidenti stradali
- infortuni sul lavoro
- episodi di violenza e criminalità

PATOLOGIE PREGRESSE NON TRASMISSIBILI

problemi di salute riferibili a:

- postumi di torture
- postumi di ferite da guerra
- postumi malattie invalidanti

PATOLOGIE DELLA FASCIA MATERNO – INFANTILE

problemi di salute riferibili a:

- pratiche rescissorie e mutilanti a motivazione religiosa, culturale o sociale quali infibulazione, clitoridectomia, circoncisione
- procreazione e maternità responsabili:
 1. interruzione volontaria di gravidanza ed aborto
 2. assistenza gravidanza, parto, puerperio
 3. assistenza peri e neonatale
 4. evoluzione crescita bambino
 5. vaccinazioni e malattie in età pediatrica

(tratto da: "Servizio sanitario nazionale, medicina generale e pazienti immigrati" di Tommaso Esposito)

L'area materno-infantile

Maternità ed infanzia, introduzione al tema

Quello materno-infantile è uno degli ambiti di maggior rilievo all'interno della medicina delle migrazioni. Le questioni relative alla salute della donna, anche nel suo ruolo di madre, e del minore sono tra le più evidenti sia nella percezione della società generale che tra gli operatori sociosanitari, al punto che gli interventi di riforma ed i corsi di formazione sulla sanità interculturale spesso esordiscono proprio trattando di queste problematiche.

Diverse sono le ragioni di questa centralità, tra cui:

- donne e bambini sono soggetti deboli, che necessitano di una particolare tutela;
- la presenza di donne e minori si fa sempre più cospicua, vista la progressiva stanzializzazione degli immigrati ed i ricongiungimenti familiari. Conferma questa interpretazione la premessa alla proposta di intervento "Percorsi Nascita e donne migranti nel distretto di Casalecchio di Reno": "Non vi è dubbio che le donne rappresentino una percentuale sempre più consistente tra la popolazione immigrata, e che tale percentuale risulti in costante crescita [...] Alla luce di ciò e della

loro prevalente età giovanile, è facile comprendere come la maggior richiesta di prestazioni sanitarie da parte delle immigrate riguardi l'assistenza alla gravidanza e alla nascita e comunque soluzioni di problemi legati alla sfera riproduttiva";

- la donna ha un ruolo determinante all'interno del nucleo familiare: dà cura a tutti i familiari, garantisce la trasmissione tra generazioni delle conoscenze e delle pratiche ed opera in molti casi quale figura di integrazione sociale per l'intera rete di appartenenza, attraverso l'apprendimento e l'adattamento; è quindi una figura strategica all'interno della comunità, su cui è opportuno investire. Racconta a questo riguardo un pediatra: "Sono convinto che le cose stanno migliorando perché le donne straniere stanno cambiando, 'prendono in mano' la situazione, si muovono, escono di casa, vogliono aprirsi e lavorare, diventare soggetti attivi... cambia il loro ruolo e la loro posizione sia nella società di origine che in quella di accoglienza";

-
- i bambini, a scuola, e le donne, in gravidanza, hanno maggiori opportunità per entrare in contatto con il sistema sanitario, in particolar modo con la medicina scolastica e le vaccinazioni oppure con l'esperienza del parto, che, come assicurano molti operatori, diviene per molte donne straniere l'occasione per avvicinarsi per la prima volta alle istituzioni sanitarie del paese ospite.

Al fine di approfondire queste tematiche, proponiamo tre contributi: un'intervista alla dott.ssa Cacciapupi, responsabile del Centro per la salute delle donne straniere e dei loro bambini di Bologna, una scheda di approfondimento sugli interventi a favore dei bambini stranieri – regolarmente residenti – da parte dei servizi di pediatria di comunità nell'Azienda USL "Città di Bologna" ed una rapida disamina dei dati disponibili sull'interruzione volontaria della gravidanza tra le donne straniere.

PER APPROFONDIMENTI.

- "La salute dei bambini", in "Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia", a cura di Giovanna Zincone, il Mulino 2001.
- "Maternità ed immigrazione", in "Salute e Territorio", numero 126, anno 2001.
- Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato (GLNBI) della Società Italiana di Pediatria. Rif.: Francesco Cataldo, (cescocat@freemail.it).
- Collana "Percorsi di donne" (8 opuscoli), edizione fuori commercio riservata ai medici dalla Organon (disponibile presso l'Osservatorio delle Immigrazioni).

Bambini immigrati a Bologna: una popolazione senza rilevanti carenze socio-sanitarie quando venga favorita la loro integrazione

di Elena Baldi Cosseddu, Università di Bologna, e Paola Matteini, medico

Negli anni 1999-2000 è stato condotto uno studio osservazionale sui bambini immigrati utenti della Pediatria di comunità. Si sono raccolte informazioni su 2.583 bambini, maschi per il 55,8%, di età variabile da pochi giorni a 16 anni.

Tutti i bambini erano in regola con il permesso di soggiorno (tranne che in un solo caso), erano figli di immigrati per il 68,8%, adottati da coppie italiane per il 3,6%, figli di coppie miste per il 21,4% e orfani di uno o di entrambi i genitori per il 6,2%.

Appartenevano a 59 diverse nazionalità, con prevalenza di nordafricani-mediterranei e di cinesi-filippini, seguiti dagli europei dell'est.

Da un punto di vista sanitario, nel corso dei due anni sono stati riscontrati quadri patologici soltanto nel 38,5% dei bambini. Le patologie, quando esistenti, erano spesso plurime, ma riguardavano comunque dei quadri estremamente variabili per gravità: dalla semplice miopia alla richiesta di ricovero ospedaliero per interventi chirurgici (in 10 casi).

Le frequenze di quadri clinici tra le varie etnie non sono risultate diverse tra loro in maniera statisticamente significativa e sono per lo più simili ai dati della popolazione non immigrata, con il 26,8% di malattie respiratorie e otorinolaringoiatriche di natura infettiva, con rispettivamente il 13,6 e il 13,1% di malattie gastroenteriche e di allergopatie e intolleranze e con il 10,4% di patologie cutanee.

Possono essere rilevate in particolare: un 3,8% di parassitosi, che riguardano nella stragrande maggioranza i bambini adottati al momento del loro arrivo

dagli orfanotrofi di provenienza, nonché una frequenza particolarmente bassa rispetto ad altre realtà di migranti di TBC (4 casi in tutto accertati) e di epatite B e C (47 casi in tutto, con sola positività dei marker sierologici nel 90% dei casi).

Merita attenzione il dato di un 2% di bambini nei quali è segnalato un generico 'ritardo nell'apprendimento'.

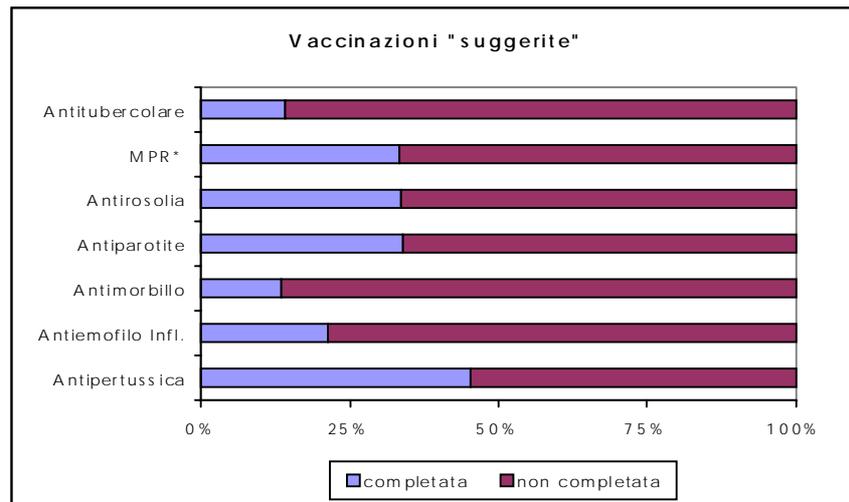
Sarebbe particolarmente importante una stretta collaborazione con gli insegnanti e l'équipe psicopedagogica scolastica per garantire una miglior definizione di eventuali quadri clinici e, soprattutto, un più pieno recupero ed integrazione dei bambini nell'ambiente scolastico.

Per quanto concerne la prevenzione delle malattie, il ciclo delle vaccinazioni obbligatorie è stato completato dal 99,6% dei bambini oggetto dell'indagine, mentre il 71,7% dei bambini (1.853 in tutto) è stato sottoposto ad almeno una delle vaccinazioni "suggerite" nel nostro paese.

Alcuni hanno completato il ciclo di più vaccinazioni (fino ad un massimo di 4) tra quelle indicate nel grafico seguente.

Le percentuali di copertura vaccinale per i vaccini "consigliati" è significativamente più bassa rispetto ai valori della Regione Emilia-Romagna che, peraltro, sono fra i più elevati in Italia.

Particolarmente rilevante è il fatto che l'antirubeolica è stata somministrata soltanto nel 33,6% dei soggetti (e, in particolare, soltanto nel 34,8% delle femmine di età > 10 anni) .



* Per MPR si intende il vaccino associato anti-Morbillo, anti-Rosolia e anti-Pertosse.

Al momento attuale sarebbe molto importante effettuare un'opera di promozione della salute sulle vaccinazioni consigliate, eventualmente con l'appoggio dei referenti alla salute delle scuole.

Il dato più significativo emergente dall'osservazione di questa 'ideale' popolazione di bambini immigrati, è che non vi sono differenze sanitarie rilevanti rispetto alla popolazione non immigrata.

Si ritiene che le disparità rilevate nella *compliance* alle vaccinazioni suggerite nel nostro paese e agli

aspetti peculiari che un generico ritardo nell'apprendimento può acquistare in bambini di lingua e cultura diverse, si possano facilmente colmare con uno sforzo di informazione e comunicazione verso le famiglie. Nella popolazione osservata i genitori hanno per lo più un titolo di studio equiparabile alle nostre medie inferiori (52% dei padri e 51% delle madri) e medie superiori (13,4% dei padri e 12,8% delle madri), quindi non dovrebbero esservi difficoltà insormontabili con l'aiuto di mediatori culturali.

Il Centro per la salute delle donne straniere e dei loro bambini di Bologna

Il "Centro per la salute delle donne straniere e dei loro bambini" dell'Azienda USL "Città di Bologna" è stato formalmente costituito, unico nel suo genere, nel 1990 dalla dott.ssa Caccialupi con i seguenti scopi:

- accoglienza interculturale di donne e bambini stranieri nella prima fase di immigrazione;
- avviamento all'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale;
- predisposizione di collegamenti interistituzionali per favorire l'accesso ai servizi;
- promozione del miglioramento delle pratiche professionali nell'accoglienza e nell'assistenza di donne e bambini stranieri, attraverso attività di ricerca, di formazione e di implementazione e trasferibilità di linee guida, protocolli, procedure di competenze.

Con la presenza costante di mediatori interculturali interni (in lingua araba, cinese, russa e spagnola oltre che inglese e francese), il Centro offre ad un'utenza molto ampia di donne e bambini stranieri, indipendentemente dalla loro condizione e posizione in Italia, provenienti da tutta la provincia ed anche da altrove:

- accoglienza per problemi sociosanitari,
- visite pediatriche (bilanci di salute, vaccinazioni),
- visite ostetrico-ginecologiche (prevenzione oncologica e delle malattie a trasmissione sessuale, contraccezione, gravidanza, IVG...),
- visite psicologiche,
- visite di medicina generale.

Tutti gli operatori sono donne. La presa in carico è globale e l'invio ad altri servizi, se richiesto, è regolata da appositi protocolli (tra cui quello con la cardiologia, il laboratorio di analisi, il Centro malattie sessualmente trasmissibili).

Il Centro, sulla cui esperienza sono poi sorti altri "Spazi donne immigrate e loro bambini" in varie province dell'Emilia-Romagna, è nato con la convinzione che per questo tipo di utenza fossero necessari dei servizi specifici.

Nel 2001 il Centro ha avuto 158 utenti in età pediatrica e 1283 utenti adulti (1098 utenti della specialistica ginecologica, il 71% delle quali 'utenti nuove', 258 utenti della clinica di base e 123 della specialistica psicologica).

Con particolare riguardo agli utenti dell'attività ostetrico-ginecologica, il 73,1% ha un'età da 19 a 29

anni ed il 4,4% è minorenni (dato 2000); inoltre, il 29,5% proviene dall'Estremo Oriente e Sudest asiatico, il 25,1% dall'Europa centro-orientale, il 12,1% dall'Africa settentrionale ed il 9,3% dall'Africa occidentale (dato 2000).

Dal confronto di questa composizione etnica con quella riferita dagli altri servizi sanitari interpellati nel corso dell'indagine emerge chiaramente come al

Centro di Bologna l'incidenza delle donne cinesi sia nettamente più consistente che altrove.

Si tratta di una connotazione che il servizio della dott.ssa Caccialupi ha avuto fin dall'inizio, grazie alla presenza costante di una mediatrice di nazionalità cinese come pure ai contatti cercati e costruiti con la comunità cinese prima ancora di essere formalmente istituito.

- *Perché, dott.ssa Caccialupi, un servizio 'tutto al femminile' ?*

Molte assistite ci chiedono operatrici donne. Aldilà di questo, la nostra scelta è stata quella di offrire uno spazio di incontro privilegiato. Le donne ed i bambini sono il soggetto e l'oggetto privilegiati di cura in tutte le culture, si pensi ad esempio alla straordinarietà del momento del parto e della nascita. In un certo senso, l'attenzione all'infanzia ed alla condizione femminile permette di svelare nodi e contatti con tutte le culture. Crediamo che il contatto tra donne, anche se di diversa provenienza, sia più 'naturale', ci sia maggiore vicinanza di intenti, visto il ruolo di riproduzione sociale primario che è di tutte. Le donne sono più simili tra di loro di quanto lo siano gli uomini, indipendentemente dell'appartenenza religiosa e sociale.

- *C'è stata una evoluzione, negli anni, rispetto all'utenza del Centro?*

Sì. Dieci anni fa c'erano due blocchi, per così dire, ben distinti: le cinesi da un lato, con un concetto di gestazione e di maternità molto diverso dal nostro, e le maghrebine dall'altro, molto più simili a noi, venute in Italia spesso grazie ai ricongiungimenti familiari. Negli ultimi cinque anni sono arrivate molte donne dell'Est Europa, emancipate sessualmente, sane, scolarizzate, giunte in Italia attraverso i circoli della prostituzione oppure per fare assistenza alla persona (hanno una capacità molto elevata di aver cura).

- *Quale scenario fra cinque anni?*

A livello di utenti credo aumenterà la quota relativa di persone provenienti dall'Africa subsahariana, che metteranno forse in crisi l'attuale modello del "migrante sano": avranno cioè probabilmente un profilo di salute meno positivo degli immigrati attuali (debilitazione).

A livello di servizi, auspico che le competenze interculturali siano maggiormente diffuse tra gli operatori rispetto a quanto avviene al giorno d'oggi, che i processi di integrazione, in altre parole, coinvolgano oramai tutto il sistema e non solo le sue parti deputate esplicitamente a ciò.

A livello di società, vorrei che si risolvesse il doloroso equivoco 'donna di colore = prostituta' e che si raggiungesse un incontro più paritario tra donne straniere e uomini italiani (matrimoni misti internamente disequilibrati).

- *E gli Enti locali?*

La politica verso gli immigrati è ancora troppo colorata politicamente. Come sanità, inoltre, talvolta faticiamo a mantenere un legame con la collettività, che è la nostra 'committenza'. Questo Dossier potrebbe contribuire a rendere i rapporti più consapevoli, grazie alla sua opera di informazione. Sarebbe interessante una restituzione pubblica dei risultati dell'indagine, a patto che non sia solo una 'parata' ma diventi un'occasione per far 'parlare i dati', discutere, concordare percorsi di miglioramento per il prossimo futuro.

PER ULTERIORI APPROFONDIMENTI. Relazione annuale sui dati di attività degli "Spazi donne immigrate e loro bambini", a cura della Regione Emilia-Romagna, Assessorato alla Sanità, Servizio assistenza distrettuale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari.

Centro per la salute delle donne e dei loro bambini

Azienda USL "Città di Bologna" via Zanolini, 2

Il servizio è ad accesso diretto. Per informazioni o visite (urgenti o programmate) rivolgersi al numero telefonico 051.421.15.11 o direttamente al consultorio negli orari di apertura al pubblico.

Orari di apertura al pubblico

Lunedì	ore 12:00-15:00 (accoglienza interculturale, attività clinica) ore 15:00-18:00 (accoglienza interculturale, progetto prostituzione sicura, attività clinica ginecologica e psicologica)
Martedì	ore 8:30-12:30 (accoglienza interculturale, attività clinica ginecologica e psicologica) ore 15:00-19:00 (accoglienza interculturale, attività clinica ginecologica e psicologica)
Giovedì	ore 14:00-19:00 (accoglienza interculturale, attività clinica ginecologica e psicologica)
Venerdì	ore 10:00-14:00 (accoglienza interculturale, attività clinica ginecologica e psicologica)

L'interruzione volontaria della gravidanza tra le donne straniere

di Eugenio Gentile, Osservatorio delle Immigrazioni

I dati sono stati concessi da: Regione Emilia-Romagna, Assessorato alla Sanità. Tratto da: "Interruzioni Volontarie di Gravidanza in Emilia-Romagna. L'applicazione della Legge n.194 fino al 2000"

Negli ultimi anni le donne sono divenute sempre più protagoniste del fenomeno migratorio, sia per effetto di ricongiungimenti familiari che come 'pioniere' in nuovi percorsi di migrazione; la loro presenza e la loro salute viene dunque rilevata anche attraverso l'utilizzo dei servizi sanitari.

La gravidanza, il parto e la riproduzione sono fattori delicati e fondamentali che ruotano intorno al pianeta donna e ne descrivono la salute, le condizioni di vita o le scelte in maniera più evidente che in altre circostanze. Il ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG), nello specifico può rappresentare sia una difficoltà della donna o dell'ambiente familiare che la circonda, così come un atteggiamento culturale e una libera scelta.

I dati più recenti relativi all'IVG indicano una complessiva stabilizzazione dell'andamento del fenomeno, sia a livello regionale che nazionale, con riferimento al periodo che va dal 1994 al 2000, in seguito a un progressivo calo dal momento dell'entrata in vigore della legge sull'aborto (L. 194/1978), che ha pressoché dimezzato il numero di casi di IVG in meno di quindici anni, passando dagli oltre 24 mila del 1980 a 12 mila nel 1993.

Nel 2000 il numero totale di IVG effettuate nelle strutture sanitarie emiliano-romagnole è stato pari a 11.071 (contro i 10.996 nel 1999), mentre nel 1994 erano 11.061.

Se da un lato il numero di donne italiane che hanno fatto ricorso a questo tipo di intervento è in una fase di lenta e costante diminuzione (10.020 nel 1994, 8.665 nel 2000), dall'altro si riscontra un apporto sempre maggiore di cittadine straniere, anche in ragione, ma non solo, dell'aumento delle presenze di immigrati e immigrate sul nostro territorio.

Nel 2000 le cittadine straniere che hanno fatto ricorso all'IVG nella nostra regione sono state 2.406, pari al 21,7% sul totale delle donne che hanno fatto ricorso all'IVG in Emilia-Romagna, contro le 1.041 del 1994 equivalente al 9,4% di quell'anno.

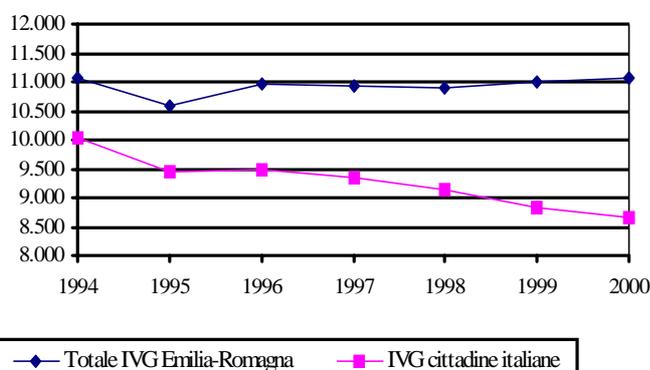
Il loro impatto sulla popolazione di riferimento ha di fatto bilanciato quel calo di interventi che ha coinvolto le cittadine italiane nell'ultimo quinquennio, essendo più

che raddoppiate le IVG a carico di cittadine immigrate, in accordo con il trend demografico in atto. Va inoltre posto in evidenza il fatto che, in proporzione, sono piuttosto numerose (448) le donne straniere residenti all'estero che hanno effettuato l'IVG nella nostra regione, quindi una straniera su sei che affrontano l'IVG in Emilia Romagna non è residente in Italia.

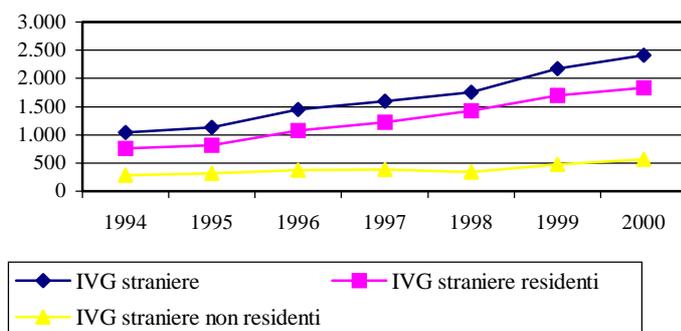
Analizzando le zone di provenienza si può notare che il contributo più sostanziale è equamente distribuito tra i paesi d'Europa dell'Est e il continente africano (circa 800, in entrambi i casi, le IVG effettuate nel 1999 in Emilia Romagna); seguono più distanziate Asia (300), America centro-meridionale (179); infine i Paesi a Sviluppo Avanzato con 56 IVG per l'Unione Europea e 6 per l'America del Nord.

Rimane in parte dissimulata la componente asiatica,

Totale IVG in Emilia-Romagna 1994-2000



Numero IVG cittadine straniere in Emilia-Romagna 1994-2000



che è piuttosto congrua a Bologna.

La quota maggiore di accessi all'IVG coinvolge le donne provenienti dai paesi più coinvolti nel giro della prostituzione, come l'Africa centrale e i paesi dell'Est europeo.

Non si può però ignorare la schiera sempre più considerevole di colf straniere, le cosiddette badanti, spesso non in posizione regolare e quindi in difficoltà di fronte alla gravidanza, e che pertanto si vedono costrette ad interromperla ogni qualvolta si dovesse presentare. Questo pare valere specialmente per le donne che provengono dalle repubbliche dell'ex Unione Sovietica, le quali hanno del resto un approc-

cio culturale più 'disinvolto' verso la pratica dell'aborto, avendo spesso alle spalle già effettuato nel paese d'origine una o anche più IVG.

La difficoltà di stimare con precisione il numero di straniere irregolari presenti sul territorio bolognese rende problematico il calcolo del tasso e del rapporto di abortività: se si prendessero infatti solamente a riferimento – come denominatore – le donne straniere regolarmente presenti si otterrebbe una sovrastima di questi indicatori statistici. Il fenomeno della clandestinità non riguarda, del resto, solamente la presenza di cittadini stranieri, ma anche la pratica di aborti al di fuori dei consueti servizi sanitari.

L'età adulta

Abbiamo scelto di indagare sul rapporto tra salute, sanità ed immigrati adulti da quattro angolature diverse, intervistando altrettanti operatori sanitari di riferimento: il dott. Giancane per il tema delle tossicodipendenze, la dott.ssa Caldari per l'AIDS, i dott. Alberghini e Totire per l'area della medicina del lavoro ed il prof. Merini per la psichiatria multi-etnica.

Le tossicodipendenze tra gli immigrati

Abbiamo deciso di inserire nel Dossier anche il tema dell'abuso delle sostanze tra gli immigrati perché su questa questione le opinioni e gli interventi sono talvolta mossi da stereotipi e visioni parziali più che dalla reale conoscenza dei fatti, che risulta peraltro difficile data la natura per lo più dissimulata, e che affiora drammaticamente, dei fenomeni. Si tratta pur tuttavia di un ambito di grande interesse per la sua rilevanza di tipo sia sociale che sanitaria, in cui diversi elementi sono fortemente interconnessi tra di loro: disagio, emarginazione, povertà, salvaguardia della comunità da un lato (governo dei fenomeni, prevenzione dei contagi...), tutela e promozione della salute dell'individuo dall'altro.

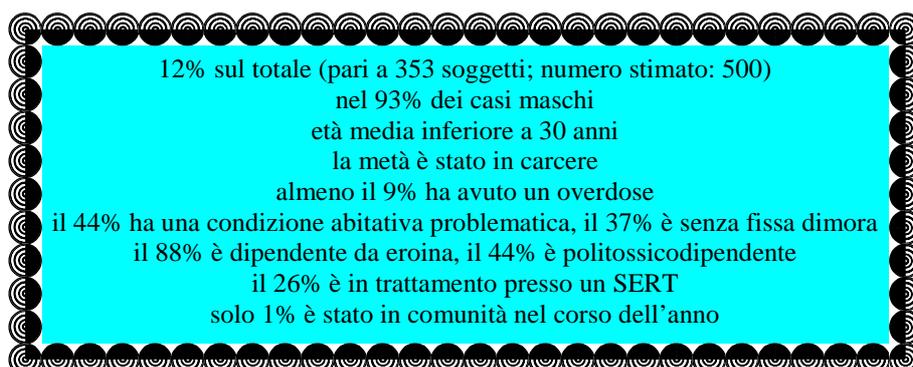
Gli operatori sociosanitari incontrati nel corso dell'indagine hanno solo di rado citato questa questione.

I riferimenti raccolti si sono concentrati soprattutto sulle problematiche di alcol-dipendenza riscontrabili in alcuni gruppi di immigrati dall'Europa dell'Est e dal Maghreb; questi ultimi, a parere di alcuni, sono particolarmente esposti ai rischi sanitari connessi con l'abuso di alcool, vista, per così dire, la loro relativa 'impreparazione culturale' ad assumere queste sostanze. Il problema si pone poi in termini di trattamento, visto che i modelli di riferimento utilizzati per l'utenza italiana si sono rilevati in buona parte fallimentari; la proposta di soluzione avanzata da qualche operatore, e che tuttora rimane da sperimentare, è di concordare delle forme di coinvolgimento, nella 'terapia' e nel 'controllo' dei leader della comunità etnico-religiosa di appartenenza, similmente a quanto avviene nel paese di origine. ("addestramento spirituale"),

Alcuni dati quantitativi

"Gli stranieri tossicodipendenti cominciano ad essere presenti in tutti i settori di intervento": è quanto scrive l'Osservatorio Epidemiologico Metropolitan Dipendenze Patologiche nel suo "Rapporto 2001 sulle dipendenze in area metropolitana".

Questo è il profilo degli stranieri che tratteggia il registro tossicodipendenti metropolitano :



Le tabelle seguenti descrivono, più nello specifico, le caratteristiche dell'utenza straniera – in gran parte extracomunitaria di provenienza maghrebina, parzialmente in linea con le statistiche demografiche – in carico ai SERT delle tre Aziende USL della cosiddetta 'area vasta'.

Si notano, da un lato, un incremento generalizzato della presenza di questo tipo di utenza, specie in ambito cittadino, e, dall'altro, lo sviluppo di nuovi spazi di intervento da parte dei servizi (v. l'elevata quota di 'nuovi utenti' tra gli utenti stranieri).

Totale utenti SERT tossicodipendenti stranieri (n, % sul totale utenti tossicodipendenti 2001)

città		sud		nord		totale area metropolitana	
2001	di cui nuovi utenti	2001	di cui nuovi utenti	2001	di cui nuovi utenti	2001	di cui nuovi utenti
118	46	15	2	12	7	145	55
8,0	-	3,4	-	3,6	-	6,5	-

Prendendo a riferimento l'intera area metropolitana, la quota di nuovi utenti stranieri sul totale degli utenti stranieri in carico è del 38% (vs. 17% tra gli italiani).

Totale utenti SERT alcolisti stranieri (n, % sul totale utenti alcolisti) nel 2001

città		sud		nord		totale area metropolitana	
2001	di cui nuovi utenti	2001	di cui nuovi utenti	2001	di cui nuovi utenti	2001	di cui nuovi utenti
20	10	21	6	8	5	49	21
12,3	-	13,3	-	5,2	-	10,4	-

Quota di nuovi utenti stranieri, in area metropolitana, sul totale degli utenti stranieri in carico: 43% (vs. 32% tra gli italiani).

Carcere, % di utenti tossicodipendenti stranieri che chiedono il trattamento del SERT sul totale degli utenti tossicodipendenti che chiedono tale intervento, 1999-2001

2001	2000	1999
40,8	36,5	34,2
(corrispondenti a 174 soggetti)		

Chi sono queste 174 persone? I dati rivelano che, con riferimento al 2001:

- sono maschi nel 96% dei casi (vs. 90,5% tra gli italiani)
- provengono di gran lunga da Algeria, Marocco e Tunisia
- sono cittadini comunitari oppure di Paesi a Sviluppo Avanzato solo nel 9% dei casi
- sono 'nuovi casi' per i SERT nell'89% delle volte (vs. 63% registrato tra gli italiani)
- hanno un'età media pari a 28,9 anni (vs. 32,7 tra gli italiani)

I tossicodipendenti stranieri in condizione di irregolarità: l'esperienza dell'Unità mobile del SERT "Borgo Reno" di Bologna

"Gli stranieri tossicodipendenti sono una tipologia di potenziali utenti dei servizi di difficile classificazione, le cui caratteristiche non sono rilevabili con i sistemi informativi esistenti, i cui dati anagrafici sono spesso errati o carenti, che non è possibile monitorare in modo tradizionale. Il contatto con il sistema dei servizi avviene solitamente in seguito ad eventi drammatici (carcerazione) e traumatici (ospedale, overdose). Solo negli ultimi anni si è cercato di impostare un percorso 'guidato' per l'accesso ai SERT, grazie [... anche] al

lavoro dell'unità mobile metadone".

L'unità mobile del SERT "Borgo Reno" di Bologna è un servizio a bassa soglia di accesso che effettua terapie metadoniche rivolte soprattutto a tossicodipendenti non residenti, senza fissa dimora, extracomunitari, soggetti che non potrebbero rivolgersi ai SERT per mancanza dei requisiti di accesso".

La tabella seguente dimostra il raddoppio, in soli due anni, della quota relativa di utenza straniera di questo servizio.

Unità mobile metadone, % di soggetti stranieri in carico sul totale dei soggetti in carico 1999-2001

2001	2000	1999
24,5	21,0	12,1
(corrispondenti a 68 soggetti su 277)		

Malattie infettive ed immigrati

L'accostamento di questi due termini, gli immigrati da un lato e le malattie infettive dall'altro, talvolta evoca visioni irrazionali ('pandemia') che non aiutano a trattare e a governare appropriatamente gli eventi, sia dal punto di vista della salute individuale che da quello della sanità pubblica. Allo stesso tempo, pare controproducente l'atteggiamento di chi tende a negare, in sé, i dati di realtà, relegandoli alla categoria di 'falso problema'.

Quella del rapporto tra immigrati e malattie infettive è, al contrario, una questione attuale (basti pensare al fatto che le lungodegenze ospedaliere di tisiatria ospitano oramai in netta maggioranza pazienti stranieri) e di rilievo, da interpretare con accortezza. A questo riguardo, la Società italiana di medicina delle migrazioni considera "alcune malattie infettive prevenibili" come un ambito di "sofferenza sanitaria", di "fragilità sociale", "in gran parte imputabile a incerte politiche di integrazione soprattutto in ambito locale, a difficoltà di accesso ai servizi, a problematiche relazionali-comunicative, a scadenti condizioni abitative e lavorative", alla stessa stregua peraltro delle "malattie da disagio, dell'infortunistica soprattutto sul lavoro, dell'alto ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza" (tratto da: "Raccomandazioni finali della VII Consensus conference sulla Medicina della migrazioni, Erice, Maggio 2002").

Malattie, quindi, per lo più non 'importate', bensì 'dell'immigrazione', in stretto rapporto con il contesto sociale e di vita, per quanto riguarda almeno il loro esplicitarsi. È in questa direzione che possono indirizzarsi con efficacia gli interventi di prevenzione, come confermano del resto sia il Piano sanitario nazionale sia il Piano sanitario regionale.

Alcuni dati quantitativi

Di vario tipo sono i dati disponibili su questo argomento, tra cui: il Registro regionale delle malattie con notifica obbligatoria (campionato per gli anni 1996 e 2000 prendendo a riferimento le persone residenti in provincia di Bologna e notificate in Emilia-Romagna), l'Archivio nazionale AIDS, le indagini epidemiologiche. (Vale la pena ricordare che molte di queste fonti risentono dei problemi della

sotto-notifica dei casi e della presenza difficilmente stimabile degli immigrati in condizione di irregolarità).

a) *TBC*. Scrive l'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna: "Negli ultimi quindici anni, in diversi paesi industrializzati è stato osservato un cambiamento nel trend secolare della TBC, la cui incidenza era in diminuzione costante dall'inizio del secolo [...] Gli immigrati da paesi ad alta endemia tubercolare in tutti i paesi industrializzati rappresentano una proporzione crescente dei casi totali di TBC notificati [...] In Italia tale fenomeno non è ancora così marcato [...] In Emilia-Romagna, la proporzione di casi di tubercolosi in immigrati è leggermente superiore alla media nazionale: nel 1992 gli immigrati rappresentavano il 12,2% di tutti i casi notificati, nel 1999 tale proporzione risulta raddoppiata (24%). Tale aumento è dovuto a due fenomeni: l'aumento progressivo di immigrati in regione e la maggiore incidenza di TBC in questo gruppo di popolazione, come effetto della loro più frequente esposizione alla tubercolosi nei paesi di origine" (tratto da: "Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Dossier 62 - 2002"). Il Registro regionale integra questo scenario con un dato anagrafico di interesse: l'età media dei casi notificati tra gli italiani risulta significativamente più elevata rispetto a quella degli stranieri (tutti provenienti da paesi in via di sviluppo): 60,7 vs. 27,1 nel 1996 e 62,2 vs. 35,2 nel 2000; i due gruppi di malati sono dunque molto diversi tra di loro.

b) *Epatiti*. La prima annotazione è dell'Osservatorio epidemiologico metropolitano dipendenze patologiche, che, trattando della precarietà dello stato di salute dei soggetti tossicodipendenti, stima che "il rischio di epatite C, aggiustato per età, vede per i soggetti stranieri tossicodipendenti un rischio triplicato rispetto agli italiani". Più in generale, il Registro regionale evidenzia due aspetti: la minor – seppur rilevante – connotazione in senso immigratorio delle epatiti A e B (quota di casi stranieri di epatite A e B sul totale dei casi, nel 1996 e nel 2000: 7,9% e 6,8% vs. TBC 18,3% e 17,3% vs. malaria 25,0% e 20,0%) e la differenza generazionale, già riscontrata per la TBC ma qui relativamente meno evidente (32,6 anni in media degli italiani vs. 21,3 tra gli stranieri nel 1996, 33,5 vs. 24,4 nel 2000).

Il caso dell'AIDS e l'esperienza di CASA "Centro attività servizi AIDS" di Bologna

Il sistema di sorveglianza sulle malattie sessualmente trasmesse dell'Istituto superiore di sanità ha rilevato un aumento, negli ultimi anni, di circa il 10% di nuovi casi su soggetti stranieri in tutta Italia. È importante sottolineare come solo il 20% di essi le

abbia acquisite nel paese di origine e ben l'80% in Italia. "Per quanto riguarda i casi di AIDS, si evidenzia [poi] un aumento dal 3,4% nel 1992-1993 al 14,6% nel 2000-2001".

La spiegazione fornita a questi dati, tutti in crescita,

riprende variabili di contesto sociale già espresse in precedenza: “Ciò può essere una chiara indicazione di come lo stress, legato allo sradicamento dall’ambiente di origine e dalla proprie sicurezze, e una nuova organizzazione della vita in condizioni difficili possano predisporre maggiormente a comportamenti a rischio gli stranieri che soggiornano nel nostro paese” (Istituto superiore di sanità, “Infezione da HIV: comportamento sessuale, percezione del rischio e prevalenza di uno studio pilota sugli immigrati”, Rapporti ISTISAN 02/14, 2002).

I dati disponibili a livello regionale confermano questo quadro: “Come accade a livello nazionale, si evidenzia nel tempo un aumento della proporzione di casi notificati in cittadini stranieri (dal 2,2% nel

1984-1993 all’17,1% nel 2000).

A questo proposito occorre sottolineare come la percentuale di cittadini stranieri residenti nella nostra Regione sia raddoppiata nel periodo considerato [...]

La proporzione di malati di AIDS di cittadinanza straniera subisce però un incremento assai più marcato” (Regione Emilia-Romagna, Assessorato alla Sanità, “Lo stato dell’infezione da HIV/AIDS al 31/12/2000 in Regione Emilia-Romagna”).

La dott.ssa Caldari, responsabile del Servizio CASA dell’Azienda USL “Città di Bologna”, integra gli indicatori quantitativi di cui sopra con alcune note qualitative di esperienza.

Fino all’anno scorso non avevamo cittadini stranieri in carico, ora invece sono 8 (su un totale di circa 50), molti dei quali in condizione di irregolarità... elevata è la mole di lavoro legale ed amministrativo che questo comporta. Il nostro bacino di utenza è di fatto provinciale, visto che il nostro è l’unico servizio esistente così strutturato. È un segnale importante che queste persone si siano rivolte a noi. Pur non avendo ancora dei mediatori culturali nel nostro servizio, è da tempo che ci interessiamo della popolazione straniera, che spesso non accede ai servizi per le elevate soglie di entrata e/o la mancanza di fiducia. Offriamo loro vitto, alloggio e farmaci.

PROBLEMATICHE DI INTERVENTO E SPUNTI DI COLLABORAZIONE

- *L’informazione, l’educazione sanitaria, la prevenzione, lo screening e la diagnosi precoce sono fondamentali. Le difficoltà che abbiamo nel raggiungere gli immigrati sono però molte, specie le donne straniere in stato di gravidanza, che noi potremmo aiutare ad annullare la trasmissione verticale dell’infezione al nascituro. Per raggiungere questo scopo cerchiamo la collaborazione dei colleghi della sanità, degli Enti locali, di tutte le istituzioni e soprattutto delle comunità e delle associazioni etniche. Si tratta di un’area di lavoro relativamente inedita, su*

cui vogliamo investire maggiori risorse nel prossimo futuro, con uno stile che coinvolge più dimensioni (gli atteggiamenti, i comportamenti di prevenzione auto-protettivi, la percezione del rischio, il riconoscersi vulnerabili...) e con un’ottica attenta alla diversità culturale ed al riconoscimento della specificità della condizione dei migranti.

- *Riscontriamo alcuni problemi con i minori extracomunitari sieropositivi, in AIDS conclamato o sospetti tali: le famiglie, più ancora di quelle italiane, tendono a nascondersi, non vengono al nostro servizio, non lo riferiscono neppure ai pediatri (timori di discriminazione, di esclusione). Dobbiamo usare particolare cautela nel persuadere i genitori sulla necessità del test e del trattamento, perché rischiamo di ‘perderli’, si allontanano.*
- *Data l’evoluzione attuale dello stato di malattia ed il conseguente allungamento della speranza di vita, si pone con sempre maggiore forza l’esigenza di sviluppare percorsi di reinserimento sociale – ed anche lavorativo – dei nostri assistiti. Come si pone la nuova legislazione nazionale sull’immigrazione in merito a questa questione? Quali garanzie abbiamo? Quali possibilità di recupero effettivo per i nostri utenti in condizione di irregolarità? Quale collaborazione da parte della società nelle sue diverse componenti?*

INFO. Il “Centro attività servizi AIDS” ha sede in via S. Isaia 90 a Bologna, tel. 051.649.45.21. Numerosi i servizi offerti, gratuiti, di contenuto extra-ospedaliero: consulenza sociale, consulenza psicologica, consulenza medico-specialistica, fisioterapia, attività formative, attività ricreative e culturali.

Immigrati, salute e lavoro

Ci siamo occupati del rapporto tra immigrati, salute e mondo del lavoro su sollecitazione di alcuni operatori sociosanitari, secondo i quali la conoscenza di questi fenomeni non è ancora ottimale. La situazione è per molti versi migliorata in questi anni, grazie agli interventi legislativi ed all'opera quotidiana dei servizi. I cambiamenti in atto, tra cui la globalizzazione dei mercati mondiali ed il rilevante afflusso di lavoratori immigrati, sempre più vincolati alla propria capacità di offerta di forza-lavoro, pongono però importanti interrogativi al riguardo: riuscirà il sistema-Italia a garantire equità di trattamento in fatto di prevenzione e di qualità della vita sul posto del lavoro anche a questi nuovi lavoratori – e a tutti i migranti in senso lato?

Nel corso delle interviste di gruppo si è talvolta affrontato, seppur indirettamente, il tema della salute connessa con il lavoro. Il discorso si è incentrato soprattutto sulle difficoltà di accesso ai servizi negli orari prestabiliti che alcuni extracomunitari spesso incontrano: impedimenti o timori nel chiedere un permesso di lavoro (retribuito), per recarsi in prima persona al centro sanitario oppure accompagnare – magari in macchina – un familiare, vengono citati a più riprese. Altri riferiscono di interruzioni anticipate o imprecise prosecuzioni di trattamenti sanitari,

specie se di medio periodo, a causa dell'esigenza di tornare sul posto di lavoro per produrre l'indispensabile reddito di sussistenza (famiglie mono-reddito); sempre in merito a questa situazione di relativa precarietà economica, vi è poi chi sospende anzitempo l'assunzione dei farmaci necessari perché impossibilitato a sostenerne il costo. Altri ancora, tra i medici di medicina generale, raccontano dell'atteggiamento dei loro assistiti immigrati verso il diritto di assentarsi dal lavoro per malattia: la prima reazione, specie per le persone provenienti dai paesi più lontani, che non hanno quindi avuto alcuna pre-socializzazione alla realtà italiana ed europea (diverso è invece il caso delle persone provenienti dal bacino del Mediterraneo), è spesso di sospetto ed incredulità; su questa base di partenza si sviluppano poi efficaci meccanismi di apprendimento ed acculturazione, che in alcuni casi portano comunque, secondo alcuni, ad un sotto-utilizzo di tale misura ("Imparano ad usarla, ma non si fidano mai ciecamente"). Le ragioni possono essere molteplici e sono di frequente connesse con la condizione di relativa debolezza contrattuale e di relazione che queste persone vivono. I più alti tassi di infortunio sul lavoro che si registrano tra i lavoratori stranieri rispetto che tra gli italiani vanno in questa direzione, come confermano gli addetti del settore.

“Il tasso di infortunio degli immigrati è maggiore all'inizio del rapporto di lavoro rispetto ai lavoratori indigeni; ciò è probabilmente causato dallo stress psicosociale e dalla paura di perdere il posto conquistato con fatica. In effetti gli immigrati sono più propensi, per necessità, a ricoprire impieghi nocivi, usuranti e meno tutelati dal punto di vista della sicurezza sul luogo di lavoro” (tratto da: “Quarto rapporto sulle migrazioni. Anno 1998” dell'ISMU, Angeli 1999).

“[Gli immigrati hanno] una maggiore esposizione sociale e lavorativa (incidenti e traumi)” (tratto da: “Migrazioni e salute in Italia”, Caritas Diocesana di Roma).

È questa anche l'opinione dei dott. Alberghini e Tontore del Servizio prevenzione e sicurezza sugli ambienti di lavoro del Dipartimento di prevenzione dell'Azienda USL 'Città di Bologna', che invitano del resto ad utilizzare i dati esistenti con cautela, interpretandoli all'interno di un contesto di riferimento più ampio.

L'esperienza maturata in questo campo, a diretto contatto con i lavoratori immigrati, consiglia infatti di considerare una serie di fattori, di varia natura, quali:

- il cosiddetto 'effetto lavoratore sano', ovvero autoselezionato all'origine, al luogo di partenza;

- la tendenza a minimizzare i disturbi di salute, collegata con il bisogno di mantenere di sé-lavoratore e quindi persona un livello di autostima accettabile;
- i veri e propri meccanismi di discriminazione, interpersonale o istituzionale, a danno degli stranieri in generale;
- le reti di relazioni interpersonali ed istituzionali in cui vive il lavoratore immigrato nella sua quotidianità;
- l'insoluto problema del lavoro sommerso e semi-sommerso;
- le caratteristiche dei sistemi burocratici ed organizzativi, con le loro conseguenze dirette ed indirette.

Le attività del Servizio prevenzione e sicurezza sugli ambienti di lavoro di Bologna

Nel corso di vari anni di attività, il Servizio prevenzione e sicurezza sugli ambienti di lavoro di Bologna ha cercato, per quanto possibile e nel rispetto delle proprie competenze istituzionali, di adottare delle modalità di intervento partecipate, coinvolgendo sindacato e patronati, associazionismo e comunità di immigrati, anche con lo scopo di guadagnare la necessaria fiducia nei lavoratori.

Nonostante alcune difficoltà di percorso, i risultati sono stati piuttosto positivi ed un numero crescente di cittadini stranieri ha cominciato a rivolgersi al Servizio per segnalare rischi lavorativi in atto oppure, nella maggior parte dei casi, chiedere una consulenza in merito alla certificazione di infortuni già avvenuti.

Principalmente due sono i problemi aperti a questo riguardo: il primo è connesso con gli immigrati irregolari in generale, che il Servizio talvolta ritrova negli ambienti di lavoro e che, di conseguenza, divengono a

rischio di espulsione; il secondo riguarda, più nello specifico, le attività economiche gestite da parte della comunità cinese, con la quale l'approccio informativo e di assistenza adottato dal Dipartimento, anche con l'utilizzo di documentazione appositamente prodotta in lingua, non ha, al momento, ancora sortito gli effetti desiderati.

Un altro filone di attività è quello della tutela delle lavoratrici, che comincia finalmente a rendere partecipi anche le donne immigrate (93 cittadine straniere su un totale di 769 casi, nel 2001, pari al 12%).

Infine, per rispondere alla domanda di informazioni e di sostegno di cui sopra, il Servizio ha, negli anni, cominciato ad offrire l'Ambulatorio del disagio, un punto di ascolto rivolto ai lavoratori immigrati ma non solo, residenti nel Comune di Bologna ma non solo, a cui si accede *su appuntamento*. Si tratta di una importante risorsa che potrebbe svilupparsi ulteriormente.

↖ ↗ ↘ ↙ ↚ ↛ ↜ ↝ ↞ ↠ ↡ ↢ ↣ ↤ ↥ ↦ ↧ ↨ ↩ ↪ ↫ ↬ ↭ ↮ ↯ ↰ ↱ ↲ ↳ ↴ ↵ ↶ ↷ ↸ ↹ ↺ ↻ ↼ ↽ ↾ ↿ ⇀ ⇁ ⇂ ⇃ ⇄ ⇅ ⇆ ⇇ ⇈ ⇉ ⇊ ⇋ ⇌ ⇍ ⇎ ⇏ ⇐ ⇑ ⇒ ⇓ ⇔ ⇕ ⇖ ⇗ ⇘ ⇙ ⇚ ⇛ ⇜ ⇝ ⇞ ⇟ ⇠ ⇡ ⇢ ⇣ ⇤ ⇥ ⇦ ⇧ ⇨ ⇩ ⇪ ⇫ ⇬ ⇭ ⇮ ⇯ ⇰ ⇱ ⇲ ⇳ ⇴ ⇵ ⇶ ⇷ ⇸ ⇹ ⇺ ⇻ ⇼ ⇽ ⇾ ⇿ ⤵ ⤶ ⤷ ⤸ ⤹ ⤺ ⤻ ⤼ ⤽ ⤿ ⥀ ⥁ ⥂ ⥃ ⥄ ⥅ ⥆ ⥇ ⥈ ⥉ ⥊ ⥋ ⥌ ⥍ ⥎ ⥏ ⥐ ⥑ ⥒ ⥓ ⥔ ⥕ ⥖ ⥗ ⥘ ⥙ ⥚ ⥛ ⥜ ⥝ ⥞ ⥟ ⥠ ⥡ ⥢ ⥣ ⥤ ⥥ ⥦ ⥧ ⥨ ⥩ ⥪ ⥫ ⥬ ⥭ ⥮ ⥯ ⥰ ⥱ ⥲ ⥳ ⥴ ⥵ ⥶ ⥷ ⥸ ⥹ ⥺ ⥻ ⥼ ⥽ ⥾ ⥿ ⦀ ⦁ ⦂ ⦃ ⦄ ⦅ ⦆ ⦇ ⦈ ⦉ ⦊ ⦋ ⦌ ⦍ ⦎ ⦏ ⦐ ⦑ ⦒ ⦓ ⦔ ⦕ ⦖ ⦗ ⦘ ⦙ ⦚ ⦛ ⦜ ⦝ ⦞ ⦟ ⦠ ⦡ ⦣ ⦤ ⦥ ⦦ ⦧ ⦨ ⦩ ⦪ ⦫ ⦬ ⦭ ⦮ ⦯ ⦰ ⦱ ⦲ ⦳ ⦴ ⦵ ⦶ ⦷ ⦸ ⦹ ⦺ ⦻ ⦼ ⦽ ⦾ ⦿ ⧀ ⧁ ⧂ ⧃ ⧄ ⧅ ⧆ ⧇ ⧈ ⧉ ⧊ ⧋ ⧌ ⧍ ⧎ ⧏ ⧐ ⧑ ⧒ ⧓ ⧔ ⧕ ⧖ ⧗ ⧘ ⧙ ⧚ ⧛ ⧜ ⧝ ⧞ ⧟ ⧠ ⧡ ⧢ ⧣ ⧤ ⧥ ⧦ ⧧ ⧨ ⧩ ⧪ ⧫ ⧬ ⧭ ⧮ ⧯ ⧰ ⧱ ⧲ ⧳ ⧴ ⧵ ⧶ ⧷ ⧸ ⧹ ⧺ ⧻ ⧼ ⧽ ⧾ ⧿ ⨀ ⨁ ⨂ ⨃ ⨄ ⨅ ⨆ ⨇ ⨈ ⨉ ⨊ ⨋ ⨌ ⨍ ⨎ ⨏ ⨐ ⨑ ⨒ ⨓ ⨔ ⨕ ⨖ ⨗ ⨘ ⨙ ⨚ ⨛ ⨜ ⨝ ⨞ ⨟ ⨠ ⨡ ⨢ ⨣ ⨤ ⨥ ⨦ ⨧ ⨨ ⨩ ⨪ ⨫ ⨬ ⨭ ⨮ ⨯ ⨰ ⨱ ⨲ ⨳ ⨴ ⨵ ⨶ ⨷ ⨸ ⨹ ⨺ ⨻ ⨼ ⨽ ⨾ ⨿ ⩀ ⩁ ⩂ ⩃ ⩄ ⩅ ⩆ ⩇ ⩈ ⩉ ⩊ ⩋ ⩌ ⩍ ⩎ ⩏ ⩐ ⩑ ⩒ ⩓ ⩔ ⩕ ⩖ ⩗ ⩘ ⩙ ⩚ ⩛ ⩜ ⩝ ⩞ ⩟ ⩠ ⩡ ⩢ ⩣ ⩤ ⩥ ⩦ ⩧ ⩨ ⩩ ⩪ ⩫ ⩬ ⩭ ⩮ ⩯ ⩰ ⩱ ⩲ ⩳ ⩴ ⩵ ⩶ ⩷ ⩸ ⩹ ⩺ ⩻ ⩼ ⩽ ⩾ ⩿ ⪀ ⪁ ⪂ ⪃ ⪄ ⪅ ⪆ ⪇ ⪈ ⪉ ⪊ ⪋ ⪌ ⪍ ⪎ ⪏ ⪐ ⪑ ⪒ ⪓ ⪔ ⪕ ⪖ ⪗ ⪘ ⪙ ⪚ ⪛ ⪜ ⪝ ⪞ ⪟ ⪠ ⪡ ⪢ ⪣ ⪤ ⪥ ⪦ ⪧ ⪨ ⪩ ⪪ ⪫ ⪬ ⪭ ⪮ ⪯ ⪰ ⪱ ⪲ ⪳ ⪴ ⪵ ⪶ ⪷ ⪸ ⪹ ⪺ ⪻ ⪼ ⪽ ⪾ ⪿ ⫀ ⫁ ⫂ ⫃ ⫄ ⫅ ⫆ ⫇ ⫈ ⫉ ⫊ ⫋ ⫌ ⫍ ⫎ ⫏ ⫐ ⫑ ⫒ ⫓ ⫔ ⫕ ⫖ ⫗ ⫘ ⫙ ⫚ ⫛ ⫝̸ ⫝ ⫞ ⫟ ⫠ ⫡ ⫢ ⫣ ⫤ ⫥ ⫦ ⫧ ⫨ ⫩ ⫪ ⫫ ⫬ ⫭ ⫮ ⫯ ⫰ ⫱ ⫲ ⫳ ⫴ ⫵ ⫶ ⫷ ⫸ ⫹ ⫺ ⫻ ⫼ ⫽ ⫾ ⫿ ⬀ ⬁ ⬂ ⬃ ⬄ ⬅ ⬆ ⬇ ⬈ ⬉ ⬊ ⬋ ⬌ ⬍ ⬎ ⬏ ⬐ ⬑ ⬒ ⬓ ⬔ ⬕ ⬖ ⬗ ⬘ ⬙ ⬚ ⬛ ⬜ ⬝ ⬞ ⬟ ⬠ ⬡ ⬢ ⬣ ⬤ ⬥ ⬦ ⬧ ⬨ ⬩ ⬪ ⬫ ⬬ ⬭ ⬮ ⬯ ⬰ ⬱ ⬲ ⬳ ⬴ ⬵ ⬶ ⬷ ⬸ ⬹ ⬺ ⬻ ⬼ ⬽ ⬾ ⬿ ⭀ ⭁ ⭂ ⭃ ⭄ ⭅ ⭆ ⭇ ⭈ ⭉ ⭊ ⭋ ⭌ ⭍ ⭎ ⭏ ⭐ ⭑ ⭒ ⭓ ⭔ ⭕ ⭖ ⭗ ⭘ ⭙ ⭚ ⭛ ⭜ ⭝ ⭞ ⭟ ⭠ ⭡ ⭢ ⭣ ⭤ ⭥ ⭦ ⭧ ⭨ ⭩ ⭪ ⭫ ⭬ ⭭ ⭮ ⭯ ⭰ ⭱ ⭲ ⭳ ⭴ ⭵ ⭶ ⭷ ⭸ ⭹ ⭺ ⭻ ⭼ ⭽ ⭾ ⭿ ⮀ ⮁ ⮂ ⮃ ⮄ ⮅ ⮆ ⮇ ⮈ ⮉ ⮊ ⮋ ⮌ ⮍ ⮎ ⮏ ⮐ ⮑ ⮒ ⮓ ⮔ ⮕ ⮖ ⮗ ⮘ ⮙ ⮚ ⮛ ⮜ ⮝ ⮞ ⮟ ⮠ ⮡ ⮢ ⮣ ⮤ ⮥ ⮦ ⮧ ⮨ ⮩ ⮪ ⮫ ⮬ ⮭ ⮮ ⮯ ⮰ ⮱ ⮲ ⮳ ⮴ ⮵ ⮶ ⮷ ⮸ ⮹ ⮺ ⮻ ⮼ ⮽ ⮾ ⮿ ⯀ ⯁ ⯂ ⯃ ⯄ ⯅ ⯆ ⯇ ⯈ ⯉ ⯊ ⯋ ⯌ ⯍ ⯎ ⯏ ⯐ ⯑ ⯒ ⯓ ⯔ ⯕ ⯖ ⯗ ⯘ ⯙ ⯚ ⯛ ⯜ ⯝ ⯞ ⯟ ⯠ ⯡ ⯢ ⯣ ⯤ ⯥ ⯦ ⯧ ⯨ ⯩ ⯪ ⯫ ⯬ ⯭ ⯮ ⯯ ⯰ ⯱ ⯲ ⯳ ⯴ ⯵ ⯶ ⯷ ⯸ ⯹ ⯺ ⯻ ⯼ ⯽ ⯾ ⯿ Ⰰ Ⰱ Ⰲ Ⰳ Ⰴ Ⰵ Ⰶ Ⰷ Ⰸ Ⰹ Ⰺ Ⰻ Ⰼ Ⰽ Ⰾ Ⰿ Ⱀ Ⱁ Ⱂ Ⱃ Ⱄ Ⱅ Ⱆ Ⱇ Ⱈ Ⱉ Ⱊ Ⱋ Ⱌ Ⱍ Ⱎ Ⱏ Ⱐ Ⱑ Ⱒ Ⱓ Ⱔ Ⱕ Ⱖ Ⱗ Ⱘ Ⱙ Ⱚ Ⱛ Ⱜ Ⱝ Ⱞ Ⱟ ⰰ ⰱ ⰲ ⰳ ⰴ ⰵ ⰶ ⰷ ⰸ ⰹ ⰺ ⰻ ⰼ ⰽ ⰾ ⰿ ⱀ ⱁ ⱂ ⱃ ⱄ ⱅ ⱆ ⱇ ⱈ ⱉ ⱊ ⱋ ⱌ ⱍ ⱎ ⱏ ⱐ ⱑ ⱒ ⱓ ⱔ ⱕ ⱖ ⱗ ⱘ ⱙ ⱚ ⱛ ⱜ ⱝ ⱞ ⱟ Ⱡ ⱡ Ɫ Ᵽ Ɽ ⱥ ⱦ Ⱨ ⱨ Ⱪ ⱪ Ⱬ ⱬ Ɑ Ɱ Ɐ Ɒ ⱱ Ⱳ ⱳ ⱴ Ⱶ ⱶ ⱷ ⱸ ⱹ ⱺ ⱻ ⱼ ⱽ Ȿ Ɀ Ⲁ ⲁ Ⲃ ⲃ Ⲅ ⲅ Ⲇ ⲇ Ⲉ ⲉ Ⲋ ⲋ Ⲍ ⲍ Ⲏ ⲏ Ⲑ ⲑ Ⲓ ⲓ Ⲕ ⲕ Ⲗ ⲗ Ⲙ ⲙ Ⲛ ⲛ Ⲝ ⲝ Ⲟ ⲟ Ⲡ ⲡ Ⲣ ⲣ Ⲥ ⲥ Ⲧ ⲧ Ⲩ ⲩ Ⲫ ⲫ Ⲭ ⲭ Ⲯ ⲯ Ⲱ ⲱ Ⲳ ⲳ Ⲵ ⲵ Ⲷ ⲷ Ⲹ ⲹ Ⲻ ⲻ Ⲽ ⲽ Ⲿ ⲿ Ⳁ ⳁ Ⳃ ⳃ Ⳅ ⳅ Ⳇ ⳇ Ⳉ ⳉ Ⳋ ⳋ Ⳍ ⳍ Ⳏ ⳏ Ⳑ ⳑ Ⳓ ⳓ Ⳕ ⳕ Ⳗ ⳗ Ⳙ ⳙ Ⳛ ⳛ Ⳝ ⳝ Ⳟ ⳟ Ⳡ ⳡ Ⳣ ⳣ ⳤ ⳥ ⳦ ⳧ ⳨ ⳩ ⳪ Ⳬ ⳬ Ⳮ ⳮ ⳯ ⳰ ⳱ Ⳳ ⳳ ⳴ ⳵ ⳶ ⳷ ⳸ ⳹ ⳺ ⳻ ⳼ ⳽ ⳾ ⳿ ⴀ ⴁ ⴂ ⴃ ⴄ ⴅ ⴆ ⴇ ⴈ ⴉ ⴊ ⴋ ⴌ ⴍ ⴎ ⴏ ⴐ ⴑ ⴒ ⴓ ⴔ ⴕ ⴖ ⴗ ⴘ ⴙ ⴚ ⴛ ⴜ ⴝ ⴞ ⴟ ⴠ ⴡ ⴢ ⴣ ⴤ ⴥ ⴦ ⴧ ⴨ ⴩ ⴪ ⴫ ⴬ ⴭ ⴮ ⴯ ⴰ ⴱ ⴲ ⴳ ⴴ ⴵ ⴶ ⴷ ⴸ ⴹ ⴺ ⴻ ⴼ ⴽ ⴾ ⴿ ⵀ ⵁ ⵂ ⵃ ⵄ ⵅ ⵆ ⵇ ⵈ ⵉ ⵊ ⵋ ⵌ ⵍ ⵎ ⵏ ⵐ ⵑ ⵒ ⵓ ⵔ ⵕ ⵖ ⵗ ⵘ ⵙ ⵚ ⵛ ⵜ ⵝ ⵞ ⵟ ⵠ ⵡ ⵢ ⵣ ⵤ ⵥ ⵦ ⵧ ⵨ ⵩ ⵪ ⵫ ⵬ ⵭ ⵮ ⵯ ⵰ ⵱ ⵲ ⵳ ⵴ ⵵ ⵶ ⵷ ⵸ ⵹ ⵺ ⵻ ⵼ ⵽ ⵾ ⵿ ⶀ ⶁ ⶂ ⶃ ⶄ ⶅ ⶆ ⶇ ⶈ ⶉ ⶊ ⶋ ⶌ ⶍ ⶎ ⶏ ⶐ ⶑ ⶒ ⶓ ⶔ ⶕ ⶖ ⶗ ⶘ ⶙ ⶚ ⶛ ⶜ ⶝ ⶞ ⶟ ⶠ ⶡ ⶢ ⶣ ⶤ ⶥ ⶦ ⶧ ⶨ ⶩ ⶪ ⶫ ⶬ ⶭ ⶮ ⶯ ⶰ ⶱ ⶲ ⶳ ⶴ ⶵ ⶶ ⶷ ⶸ ⶹ ⶺ ⶻ ⶼ ⶽ ⶾ ⶿ ⷀ ⷁ ⷂ ⷃ ⷄ ⷅ ⷆ ⷇ ⷈ ⷉ ⷊ ⷋ ⷌ ⷍ ⷎ ⷏ ⷐ ⷑ ⷒ ⷓ ⷔ ⷕ ⷖ ⷗ ⷘ ⷙ ⷚ ⷛ ⷜ ⷝ ⷞ ⷟ ⷠ ⷡ ⷢ ⷣ ⷤ ⷥ ⷦ ⷧ ⷨ ⷩ ⷪ ⷫ ⷬ ⷭ ⷮ ⷯ ⷰ ⷱ ⷲ ⷳ ⷴ ⷵ ⷶ ⷷ ⷸ ⷹ ⷺ ⷻ ⷼ ⷽ ⷾ ⷿ ⸀ ⸁ ⸂ ⸃ ⸄ ⸅ ⸆ ⸇ ⸈ ⸉ ⸊ ⸋ ⸌ ⸍ ⸎ ⸏ ⸐ ⸑ ⸒ ⸓ ⸔ ⸕ ⸖ ⸗ ⸘ ⸙ ⸚ ⸛ ⸜ ⸝ ⸞ ⸟ ⸠ ⸡ ⸢ ⸣ ⸤ ⸥ ⸦ ⸧ ⸨ ⸩ ⸪ ⸫ ⸬ ⸭ ⸮ ⸯ ⸰ ⸱ ⸲ ⸳ ⸴ ⸵ ⸶ ⸷ ⸸ ⸹ ⸺ ⸻ ⸼ ⸽ ⸾ ⸿ ⹀ ⹁ ⹂ ⹃ ⹄ ⹅ ⹆ ⹇ ⹈ ⹉ ⹊ ⹋ ⹌ ⹍ ⹎ ⹏ ⹐ ⹑ ⹒ ⹓ ⹔ ⹕ ⹖ ⹗ ⹘ ⹙ ⹚ ⹛ ⹜ ⹝ ⹞ ⹟ ⹠ ⹡ ⹢ ⹣ ⹤ ⹥ ⹦ ⹧ ⹨ ⹩ ⹪ ⹫ ⹬ ⹭ ⹮ ⹯ ⹰ ⹱ ⹲ ⹳ ⹴ ⹵ ⹶ ⹷ ⹸ ⹹ ⹺ ⹻ ⹼ ⹽ ⹾ ⹿ ⺀ ⺁ ⺂ ⺃ ⺄ ⺅ ⺆ ⺇ ⺈ ⺉ ⺊ ⺋ ⺌ ⺍ ⺎ ⺏ ⺐ ⺑ ⺒ ⺓ ⺔ ⺕ ⺖ ⺗ ⺘ ⺙ ⺚ ⺛ ⺜ ⺝ ⺞ ⺟ ⺠ ⺡ ⺢ ⺣ ⺤ ⺥ ⺦ ⺧ ⺨ ⺩ ⺪ ⺫ ⺬ ⺭ ⺮ ⺯ ⺰ ⺱ ⺲ ⺳ ⺴ ⺵ ⺶ ⺷ ⺸ ⺹ ⺺ ⺻ ⺼ ⺽ ⺾ ⺿ ⻀ ⻁ ⻂ ⻃ ⻄ ⻅ ⻆ ⻇ ⻈ ⻉ ⻊ ⻋ ⻌ ⻍ ⻎ ⻏ ⻐ ⻑ ⻒ ⻓ ⻔ ⻕ ⻖ ⻗ ⻘ ⻙ ⻚ ⻛ ⻜ ⻝ ⻞ ⻟ ⻠ ⻡ ⻢ ⻣ ⻤ ⻥ ⻦ ⻧ ⻨ ⻩ ⻪ ⻫ ⻬ ⻭ ⻮ ⻯ ⻰ ⻱ ⻲ ⻳ ⻴ ⻵ ⻶ ⻷ ⻸ ⻹ ⻺ ⻻ ⻼ ⻽ ⻾ ⻿ ⼀ ⼁ ⼂ ⼃ ⼄ ⼅ ⼆ ⼇ ⼈ ⼉ ⼊ ⼋ ⼌ ⼍ ⼎ ⼏ ⼐ ⼑ ⼒ ⼓ ⼔ ⼕ ⼖ ⼗ ⼘ ⼙ ⼚ ⼛ ⼜ ⼝ ⼞ ⼟ ⼠ ⼡ ⼢ ⼣ ⼤ ⼥ ⼦ ⼧ ⼨ ⼩ ⼪ ⼫ ⼬ ⼭ ⼮ ⼯ ⼰ ⼱ ⼲ ⼳ ⼴ ⼵ ⼶ ⼷ ⼸ ⼹ ⼺ ⼻ ⼼ ⼽ ⼾ ⼿ ⽀ ⽁ ⽂ ⽃ ⽄ ⽅ ⽆ ⽇ ⽈ ⽉ ⽊ ⽋ ⽌ ⽍ ⽎ ⽏ ⽐ ⽑ ⽒ ⽓ ⽔ ⽕ ⽖ ⽗ ⽘ ⽙ ⽚ ⽛ ⽜ ⽝ ⽞ ⽟ ⽠ ⽡ ⽢ ⽣ ⽤ ⽥ ⽦ ⽧ ⽨ ⽩ ⽪ ⽫ ⽬ ⽭ ⽮ ⽯ ⽰ ⽱ ⽲ ⽳ ⽴ ⽵ ⽶ ⽷ ⽸ ⽹ ⽺ ⽻ ⽼ ⽽ ⽾ ⽿ ⿀ ⿁ ⿂ ⿃ ⿄ ⿅ ⿆ ⿇ ⿈ ⿉ ⿊ ⿋ ⿌ ⿍ ⿎ ⿏ ⿐ ⿑ ⿒ ⿓ ⿔ ⿕ ⿖ ⿗ ⿘ ⿙ ⿚ ⿛ ⿜ ⿝ ⿞ ⿟ ⿠ ⿡ ⿢ ⿣ ⿤ ⿥ ⿦ ⿧ ⿨ ⿩ ⿪ ⿫ ⿬ ⿭ ⿮ ⿯ ⿰ ⿱ ⿲ ⿳ ⿴ ⿵ ⿶ ⿷ ⿸ ⿹ ⿺ ⿻ ⿼ ⿽ ⿾ ⿿ ⠀ ⠁ ⠂ ⠃ ⠄ ⠅ ⠆ ⠇ ⠈ ⠉ ⠊ ⠋ ⠌ ⠍ ⠎ ⠏ ⠐ ⠑ ⠒ ⠓ ⠔ ⠕ ⠖ ⠗ ⠘ ⠙ ⠚ ⠛ ⠜ ⠝ ⠞ ⠟ ⠠ ⠡ ⠢ ⠣ ⠤ ⠥ ⠦ ⠧ ⠨ ⠩ ⠪ ⠫ ⠬ ⠭ ⠮ ⠯ ⠰ ⠱ ⠲ ⠳ ⠴ ⠵ ⠶ ⠷ ⠸ ⠹ ⠺ ⠻ ⠼ ⠽ ⠾ ⠿ ⡀ ⡁ ⡂ ⡃ ⡄ ⡅ ⡆ ⡇ ⡈ ⡉ ⡊ ⡋ ⡌ ⡍ ⡎ ⡏ ⡐ ⡑ ⡒ ⡓ ⡔ ⡕ ⡖ ⡗ ⡘ ⡙ ⡚ ⡛ ⡜ ⡝ ⡞ ⡟ ⡠ ⡡ ⡢ ⡣ ⡤ ⡥ ⡦ ⡧ ⡨ ⡩ ⡪ ⡫ ⡬ ⡭ ⡮ ⡯ ⡰ ⡱ ⡲ ⡳ ⡴ ⡵ ⡶ ⡷ ⡸ ⡹ ⡺ ⡻ ⡼ ⡽ ⡾ ⡿ ⢀ ⢁ ⢂ ⢃ ⢄ ⢅ ⢆ ⢇ ⢈ ⢉ ⢊ ⢋ ⢌ ⢍ ⢎ ⢏ ⢐ ⢑ ⢒ ⢓ ⢔ ⢕ ⢖ ⢗ ⢘ ⢙ ⢚ ⢛ ⢜ ⢝ ⢞ ⢟ ⢠ ⢡ ⢢ ⢣ ⢤ ⢥ ⢦ ⢧ ⢨ ⢩ ⢪ ⢫ ⢬ ⢭ ⢮ ⢯ ⢰ ⢱ ⢲ ⢳ ⢴ ⢵ ⢶ ⢷ ⢸ ⢹ ⢺ ⢻ ⢼ ⢽ ⢾ ⢿ ⣀ ⣁ ⣂ ⣃ ⣄ ⣅ ⣆ ⣇ ⣈ ⣉ ⣊ ⣋ ⣌ ⣍ ⣎ ⣏ ⣐ ⣑ ⣒ ⣓ ⣔ ⣕ ⣖ ⣗ ⣘ ⣙ ⣚ ⣛ ⣜ ⣝ ⣞ ⣟ ⣠ ⣡ ⣢ ⣣ ⣤ ⣥ ⣦ ⣧ ⣨ ⣩ ⣪ ⣫ ⣬ ⣭ ⣮ ⣯ ⣰ ⣱ ⣲ ⣳ ⣴ ⣵ ⣶ ⣷ ⣸ ⣹ ⣺ ⣻ ⣼ ⣽ ⣾ ⣿ ⤀ ⤁ ⤂ ⤃ ⤄ ⤅ ⤆ ⤇ ⤈ ⤉ ⤊ ⤋ ⤌ ⤍ ⤎ ⤏ ⤐ ⤑ ⤒ ⤓ ⤔ ⤕ ⤖ ⤗ ⤘ ⤙ ⤚ ⤛ ⤜ ⤝ ⤞ ⤟ ⤠ ⤡ ⤢ ⤣ ⤤ ⤥ ⤦ ⤧ ⤨ ⤩ ⤪ ⤫ ⤬ ⤭ ⤮ ⤯ ⤰ ⤱ ⤲ ⤳ ⤴ ⤵ ⤶ ⤷ ⤸ ⤹ ⤺ ⤻ ⤼ ⤽ ⤾ ⤿ ⥀ ⥁ ⥂ ⥃ ⥄ ⥅ ⥆ ⥇ ⥈ ⥉ ⥊ ⥋ ⥌ ⥍ ⥎ ⥏ ⥐ ⥑ ⥒ ⥓ ⥔ ⥕ ⥖ ⥗ ⥘ ⥙ ⥚ ⥛ ⥜ ⥝ ⥞ ⥟ ⥠ ⥡ ⥢ ⥣ ⥤ ⥥ ⥦ ⥧ ⥨ ⥩ ⥪ ⥫ ⥬ ⥭ ⥮ ⥯ ⥰ ⥱ ⥲ ⥳ ⥴ ⥵ ⥶ ⥷ ⥸ ⥹ ⥺ ⥻ ⥼ ⥽ ⥾ ⥿ ⦀ ⦁ ⦂ ⦃ ⦄ ⦅ ⦆ ⦇ ⦈ ⦉ ⦊ ⦋ ⦌ ⦍ ⦎ ⦏ ⦐ ⦑ ⦒ ⦓ ⦔ ⦕ ⦖ ⦗ ⦘ ⦙ ⦚ ⦛ ⦜ ⦝ ⦞ ⦟ ⦠ ⦡ ⦢ ⦣ ⦤ ⦥ ⦦ ⦧ ⦨ ⦩ ⦪ ⦫ ⦬ ⦭ ⦮ ⦯ ⦰ ⦱ ⦲ ⦳ ⦴ ⦵ ⦶ ⦷ ⦸ ⦹ ⦺ ⦻ ⦼ ⦽ ⦾ ⦿ ⧀ ⧁ ⧂ ⧃ ⧄ ⧅ ⧆ ⧇ ⧈ ⧉ ⧊ ⧋ ⧌ ⧍ ⧎ ⧏ ⧐ ⧑ ⧒ ⧓ ⧔ ⧕ ⧖ ⧗ ⧘ ⧙ ⧚ ⧛ ⧜ ⧝ ⧞ ⧟ ⧠ ⧡ ⧢ ⧣ ⧤ ⧥ ⧦ ⧧ ⧨ ⧩ ⧪ ⧫ ⧬ ⧭ ⧮ ⧯ ⧰ ⧱ ⧲ ⧳ ⧴ ⧵ ⧶ ⧷ ⧸ ⧹ ⧺ ⧻ ⧼ ⧽ ⧾ ⧿ ⨀ ⨁ ⨂ ⨃ ⨄ ⨅ ⨆ ⨇ ⨈ ⨉ ⨊ ⨋ ⨌ ⨍ ⨎ ⨏ ⨐ ⨑ ⨒ ⨓ ⨔ ⨕ ⨖ ⨗ ⨘ ⨙ ⨚ ⨛ ⨜ ⨝ ⨞ ⨟ ⨠ ⨡ ⨢ ⨣ ⨤ ⨥ ⨦ ⨧ ⨨ ⨩ ⨪ ⨫ ⨬ ⨭ ⨮ ⨯ ⨰ ⨱ ⨲ ⨳ ⨴ ⨵ ⨶ ⨷ ⨸ ⨹ ⨺ ⨻ ⨼ ⨽ ⨾ ⨿ ⩀ ⩁ ⩂ ⩃ ⩄ ⩅ ⩆ ⩇ ⩈ ⩉ ⩊ ⩋ ⩌ ⩍ ⩎ ⩏ ⩐ ⩑ ⩒ ⩓ ⩔ ⩕ ⩖ ⩗ ⩘ ⩙ ⩚ ⩛ ⩜ ⩝ ⩞ ⩟ ⩠ ⩡ ⩢ ⩣ ⩤ ⩥ ⩦ ⩧ ⩨ ⩩ ⩪ ⩫ ⩬ ⩭ ⩮ ⩯ ⩰ ⩱ ⩲ ⩳ ⩴ ⩵ ⩶ ⩷ ⩸ ⩹ ⩺ ⩻ ⩼ ⩽ ⩾ ⩿ ⪀ ⪁ ⪂ ⪃ ⪄ ⪅ ⪆ ⪇ ⪈ ⪉ ⪊ ⪋ ⪌ ⪍ ⪎ ⪏ ⪐ ⪑ ⪒ ⪓ ⪔ ⪕ ⪖ ⪗ ⪘ ⪙ ⪚ ⪛ ⪜ ⪝ ⪞ ⪟ ⪠ ⪡ ⪢ ⪣ ⪤ ⪥ ⪦ ⪧ ⪨ ⪩ ⪪ ⪫ ⪬ ⪭ ⪮ ⪯ ⪰ ⪱ ⪲ ⪳ ⪴ ⪵ ⪶ ⪷ ⪸ ⪹ ⪺ ⪻ ⪼ ⪽ ⪾ ⪿ ⫀ ⫁ ⫂ ⫃ ⫄ ⫅ ⫆ ⫇ ⫈ ⫉ ⫊ ⫋ ⫌ ⫍ ⫎ ⫏ ⫐ ⫑ ⫒ ⫓ ⫔ ⫕ ⫖ ⫗ ⫘ ⫙ ⫚ ⫛ ⫝̸ ⫝ ⫞ ⫟ ⫠ ⫡ ⫢ ⫣ ⫤ ⫥ ⫦ ⫧ ⫨ ⫩ ⫪ ⫫ ⫬ ⫭ ⫮ ⫯ ⫰ ⫱ ⫲ ⫳ ⫴ ⫵ ⫶ ⫷ ⫸ ⫹ ⫺ ⫻ ⫼ ⫽ ⫾ ⫿ ⬀ ⬁ ⬂ ⬃ ⬄ ⬅ ⬆ ⬇ ⬈ ⬉ ⬊ ⬋ ⬌ ⬍ ⬎ ⬏ ⬐ ⬑ ⬒ ⬓ ⬔ ⬕ ⬖ ⬗ ⬘ ⬙ ⬚ ⬛ ⬜ ⬝ ⬞ ⬟ ⬠ ⬡ ⬢ ⬣ ⬤ ⬥ ⬦ ⬧ ⬨ ⬩ ⬪ ⬫ ⬬ ⬭ ⬮ ⬯ ⬰ ⬱ ⬲ ⬳ ⬴ ⬵ ⬶ ⬷ ⬸ ⬹ ⬺ ⬻ ⬼ ⬽ ⬾ ⬿ ⭀ ⭁ ⭂ ⭃ ⭄ ⭅ ⭆ ⭇ ⭈ ⭉ ⭊ ⭋ ⭌ ⭍ ⭎ ⭏ ⭐ ⭑ ⭒ ⭓ ⭔ ⭕ ⭖ ⭗ ⭘ ⭙ ⭚ ⭛ ⭜ ⭝ ⭞ ⭟ ⭠ ⭡ ⭢ ⭣ ⭤ ⭥ ⭦ ⭧ ⭨ ⭩ ⭪ ⭫ ⭬ ⭭ ⭮ ⭯ ⭰ ⭱ ⭲ ⭳ ⭴ ⭵ ⭶ ⭷ ⭸ ⭹ ⭺ ⭻ ⭼ ⭽ ⭾ ⭿ ⮀ ⮁ ⮂ ⮃ ⮄ ⮅ ⮆ ⮇ ⮈ ⮉ ⮊ ⮋ ⮌ ⮍ ⮎ ⮏ ⮐ ⮑ ⮒ ⮓ ⮔ ⮕ ⮖ ⮗ ⮘ ⮙ ⮚ ⮛ ⮜ ⮝ ⮞ ⮟ ⮠ ⮡ ⮢ ⮣ ⮤ ⮥ ⮦ ⮧ ⮨ ⮩ ⮪ ⮫ ⮬ ⮭ ⮮ ⮯ ⮰ ⮱ ⮲ ⮳ ⮴ ⮵ ⮶ ⮷ ⮸ ⮹ ⮺ ⮻ ⮼ ⮽ ⮾ ⮿ ⯀ ⯁ ⯂ ⯃ ⯄ ⯅ ⯆ ⯇ ⯈ ⯉ ⯊ ⯋ ⯌ ⯍ ⯎ ⯏ ⯐ ⯑ ⯒ ⯓ ⯔ ⯕ ⯖ ⯗ ⯘ ⯙ ⯚ ⯛ ⯜ ⯝ ⯞ ⯟ ⯠ ⯡ ⯢ ⯣ ⯤ ⯥ ⯦ ⯧ ⯨ ⯩ ⯪ ⯫ ⯬ ⯭ ⯮ ⯯ ⯰ ⯱ ⯲ ⯳ ⯴ ⯵ ⯶ ⯷ ⯸ ⯹ ⯺ ⯻ ⯼ ⯽ ⯾ ⯿ Ⰰ Ⰱ Ⰲ Ⰳ Ⰴ Ⰵ Ⰶ Ⰷ Ⰸ Ⰹ Ⰺ Ⰻ Ⰼ Ⰽ Ⰾ Ⰿ Ⱀ Ⱁ Ⱂ Ⱃ Ⱄ Ⱅ Ⱆ Ⱇ Ⱈ Ⱉ Ⱊ Ⱋ Ⱌ Ⱍ Ⱎ Ⱏ Ⱐ Ⱑ Ⱒ Ⱓ Ⱔ Ⱕ Ⱖ Ⱗ Ⱘ Ⱙ Ⱚ Ⱛ Ⱜ Ⱝ Ⱞ Ⱟ ⰰ ⰱ ⰲ ⰳ ⰴ ⰵ ⰶ ⰷ ⰸ ⰹ ⰺ ⰻ ⰼ ⰽ ⰾ ⰿ ⱀ ⱁ ⱂ ⱃ ⱄ ⱅ ⱆ ⱇ ⱈ ⱉ ⱊ ⱋ ⱌ ⱍ ⱎ ⱏ ⱐ ⱑ ⱒ ⱓ ⱔ ⱕ ⱖ ⱗ ⱘ ⱙ ⱚ ⱛ ⱜ ⱝ ⱞ ⱟ Ⱡ ⱡ Ɫ Ᵽ Ɽ ⱥ ⱦ Ⱨ ⱨ Ⱪ ⱪ Ⱬ ⱬ Ɑ Ɱ Ɐ Ɒ ⱱ Ⱳ ⱳ ⱴ Ⱶ ⱶ ⱷ ⱸ ⱹ ⱺ ⱻ ⱼ ⱽ Ȿ Ɀ Ⲁ ⲁ Ⲃ ⲃ Ⲅ ⲅ Ⲇ ⲇ Ⲉ ⲉ Ⲋ ⲋ Ⲍ ⲍ Ⲏ ⲏ Ⲑ ⲑ Ⲓ ⲓ Ⲕ ⲕ Ⲗ ⲗ Ⲙ ⲙ Ⲛ ⲛ Ⲝ ⲝ Ⲟ ⲟ Ⲡ ⲡ Ⲣ ⲣ Ⲥ ⲥ Ⲧ ⲧ Ⲩ ⲩ Ⲫ ⲫ Ⲭ ⲭ Ⲯ ⲯ Ⲱ ⲱ Ⲳ ⲳ Ⲵ ⲵ Ⲷ ⲷ Ⲹ ⲹ Ⲻ ⲻ Ⲽ ⲽ Ⲿ ⲿ Ⳁ ⳁ Ⳃ ⳃ Ⳅ ⳅ Ⳇ ⳇ Ⳉ ⳉ Ⳋ ⳋ Ⳍ ⳍ Ⳏ ⳏ Ⳑ ⳑ Ⳓ ⳓ Ⳕ ⳕ Ⳗ ⳗ Ⳙ ⳙ Ⳛ ⳛ Ⳝ ⳝ Ⳟ ⳟ Ⳡ ⳡ Ⳣ ⳣ ⳤ ⳥ ⳦ ⳧ ⳨ ⳩ ⳪ Ⳬ ⳬ Ⳮ ⳮ ⳯ ⳰ ⳱ Ⳳ ⳳ ⳴ ⳵ ⳶ ⳷ ⳸ ⳹ ⳺ ⳻ ⳼ ⳽ ⳾ ⳿ ⴀ ⴁ ⴂ ⴃ ⴄ ⴅ ⴆ ⴇ ⴈ ⴉ ⴊ ⴋ ⴌ ⴍ ⴎ ⴏ ⴐ ⴑ ⴒ ⴓ ⴔ ⴕ ⴖ ⴗ ⴘ ⴙ ⴚ ⴛ ⴜ ⴝ ⴞ ⴟ ⴠ ⴡ ⴢ ⴣ ⴤ ⴥ ⴦ ⴧ ⴨ ⴩ ⴪ ⴫ ⴬ ⴭ ⴮ ⴯ ⴰ ⴱ ⴲ ⴳ ⴴ ⴵ ⴶ ⴷ ⴸ ⴹ ⴺ ⴻ ⴼ ⴽ ⴾ ⴿ ⵀ ⵁ ⵂ ⵃ ⵄ ⵅ ⵆ ⵇ ⵈ ⵉ ⵊ ⵋ ⵌ ⵍ ⵎ ⵏ ⵐ ⵑ ⵒ ⵓ ⵔ ⵕ ⵖ ⵗ ⵘ ⵙ ⵚ ⵛ ⵜ ⵝ ⵞ ⵟ ⵠ ⵡ ⵢ ⵣ ⵤ ⵥ ⵦ ⵧ ⵨ ⵩ ⵪ ⵫ ⵬ ⵭ ⵮ ⵯ ⵰ ⵱ ⵲ ⵳ ⵴ ⵵ ⵶ ⵷ ⵸ ⵹ ⵺ ⵻ ⵼ ⵽ ⵾ ⵿ ⶀ ⶁ ⶂ ⶃ ⶄ ⶅ ⶆ ⶇ ⶈ ⶉ ⶊ ⶋ ⶌ ⶍ ⶎ ⶏ ⶐ ⶑ ⶒ ⶓ ⶔ ⶕ ⶖ ⶗ ⶘ ⶙ ⶚ ⶛ ⶜ ⶝ ⶞ ⶟ ⶠ ⶡ ⶢ ⶣ ⶤ ⶥ ⶦ ⶧ ⶨ ⶩ ⶪ ⶫ ⶬ ⶭ ⶮ ⶯ ⶰ ⶱ ⶲ ⶳ ⶴ ⶵ ⶶ ⶷ ⶸ ⶹ ⶺ ⶻ ⶼ ⶽ ⶾ ⶿ ⷀ ⷁ ⷂ ⷃ ⷄ ⷅ ⷆ ⷇ ⷈ ⷉ ⷊ ⷋ ⷌ ⷍ ⷎ ⷏ ⷐ ⷑ ⷒ ⷓ ⷔ ⷕ ⷖ ⷗ ⷘ ⷙ ⷚ ⷛ ⷜ ⷝ ⷞ ⷟ ⷠ ⷡ ⷢ ⷣ ⷤ ⷥ ⷦ ⷧ ⷨ ⷩ ⷪ ⷫ ⷬ ⷭ ⷮ ⷯ ⷰ ⷱ ⷲ ⷳ ⷴ ⷵ ⷶ ⷷ ⷸ ⷹ ⷺ ⷻ ⷼ ⷽ ⷾ ⷿ ⸀ ⸁ ⸂ ⸃ ⸄ ⸅ ⸆ ⸇ ⸈ ⸉ ⸊ ⸋ ⸌ ⸍ ⸎ ⸏ ⸐ ⸑ ⸒ ⸓ ⸔ ⸕ ⸖ ⸗ ⸘ ⸙ ⸚ ⸛ ⸜ ⸝ ⸞ ⸟ ⸠ ⸡ ⸢ ⸣ ⸤ ⸥ ⸦ ⸧ ⸨ ⸩ ⸪ ⸫ ⸬ ⸭ ⸮ ⸯ ⸰ ⸱ ⸲ ⸳ ⸴ ⸵ ⸶ ⸷ ⸸ ⸹ ⸺ ⸻ ⸼ ⸽ ⸾ ⸿ ⹀ ⹁ ⹂ ⹃ ⹄ ⹅ ⹆ ⹇ ⹈ ⹉ ⹊ ⹋ ⹌ ⹍ ⹎ ⹏ ⹐ ⹑ ⹒ ⹓ ⹔ ⹕ ⹖ ⹗ ⹘ ⹙ ⹚ ⹛ ⹜ ⹝ ⹞ ⹟ ⹠ ⹡ ⹢ ⹣ ⹤ ⹥ ⹦ ⹧ ⹨ ⹩ ⹪ ⹫ ⹬ ⹭ ⹮ ⹯ ⹰ ⹱ ⹲ ⹳ ⹴ ⹵ ⹶ ⹷ ⹸ ⹹ ⹺ ⹻ ⹼ ⹽ ⹾ ⹿ ⺀ ⺁ ⺂ ⺃ ⺄ ⺅ ⺆ ⺇ ⺈ ⺉ ⺊ ⺋ ⺌ ⺍ ⺎ ⺏ ⺐ ⺑ ⺒ ⺓ ⺔ ⺕ ⺖ ⺗ ⺘ ⺙ ⺚ ⺛ ⺜ ⺝ ⺞ ⺟ ⺠ ⺡ ⺢ ⺣ ⺤ ⺥ ⺦ ⺧ ⺨ ⺩ ⺪ ⺫ ⺬ ⺭ ⺮ ⺯ ⺰ ⺱ ⺲ ⺳ ⺴ ⺵ ⺶ ⺷ ⺸ ⺹ ⺺ ⺻ ⺼ ⺽ ⺾ ⺿ ⻀ ⻁ ⻂ ⻃ ⻄ ⻅ ⻆ ⻇ ⻈ ⻉ ⻊ ⻋ ⻌ ⻍ ⻎ ⻏ ⻐ ⻑ ⻒ ⻓ ⻔ ⻕ ⻖ ⻗ ⻘ ⻙ ⻚ ⻛ ⻜ ⻝ ⻞ ⻟ ⻠ ⻡ ⻢ ⻣ ⻤ ⻥ ⻦ ⻧ ⻨ ⻩ ⻪ ⻫ ⻬ ⻭ ⻮ ⻯ ⻰ ⻱ ⻲ ⻳ ⻴ ⻵ ⻶ ⻷ ⻸ ⻹ ⻺ ⻻ ⻼ ⻽ ⻾ ⻿ ⼀ ⼁ ⼂ ⼃ ⼄ ⼅ ⼆ ⼇ ⼈ ⼉ ⼊ ⼋ ⼌ ⼍ ⼎ ⼏ ⼐ ⼑ ⼒ ⼓ ⼔ ⼕ ⼖ ⼗ ⼘ ⼙ ⼚ ⼛ ⼜ ⼝ ⼞ ⼟ ⼠ ⼡ ⼢ ⼣ ⼤ ⼥ ⼦ ⼧ ⼨ ⼩ ⼪ ⼫ ⼬ ⼭ ⼮ ⼯ ⼰ ⼱ ⼲ ⼳ ⼴ ⼵ ⼶ ⼷ ⼸ ⼹ ⼺ ⼻ ⼼ ⼽ ⼾ ⼿ ⽀ ⽁ ⽂ ⽃ ⽄ ⽅ ⽆ ⽇ ⽈ ⽉ ⽊ ⽋ ⽌ ⽍ ⽎ ⽏ ⽐ ⽑ ⽒ ⽓ ⽔ ⽕ ⽖ ⽗ ⽘ ⽙ ⽚ ⽛ ⽜ ⽝ ⽞ ⽟ ⽠ ⽡ ⽢ ⽣ ⽤ ⽥ ⽦ ⽧ ⽨ ⽩ ⽪ ⽫ ⽬ ⽭ ⽮ ⽯ ⽰ ⽱ ⽲ ⽳ ⽴ ⽵ ⽶ ⽷ ⽸ ⽹ ⽺ ⽻ ⽼ ⽽ ⽾ ⽿ ⿀ ⿁ ⿂ ⿃ ⿄ ⿅ ⿆ ⿇ ⿈ ⿉ ⿊ ⿋ ⿌ ⿍ ⿎ ⿏ ⿐ ⿑ ⿒ ⿓ ⿔ ⿕ ⿖ ⿗ ⿘ ⿙ ⿚ ⿛ ⿜ ⿝ ⿞ ⿟ ⿠ ⿡ ⿢ ⿣ ⿤ ⿥ ⿦ ⿧ ⿨ ⿩ ⿪ ⿫ ⿬ ⿭ ⿮ ⿯ ⿰ ⿱ ⿲ ⿳ ⿴ ⿵ ⿶ ⿷ ⿸ ⿹ ⿺ ⿻ ⿼ ⿽ ⿾ ⿿ ⠀ ⠁ ⠂ ⠃ ⠄ ⠅ ⠆ ⠇ ⠈ ⠉ ⠊ ⠋ ⠌ ⠍ ⠎ ⠏ ⠐ ⠑ ⠒ ⠓ ⠔ ⠕ ⠖ ⠗ ⠘ ⠙ ⠚ ⠛ ⠜ ⠝ ⠞ ⠟ ⠠ ⠡ ⠢ ⠣ ⠤ ⠥ ⠦ ⠧ ⠨ ⠩ ⠪ ⠫ ⠬ ⠭ ⠮ ⠯ ⠰ ⠱ ⠲ ⠳ ⠴ ⠵ ⠶ ⠷ ⠸ ⠹ ⠺ ⠻ ⠼ ⠽ ⠾ ⠿ ⡀ ⡁ ⡂ ⡃ ⡄ ⡅ ⡆ ⡇ ⡈ ⡉ ⡊ ⡋ ⡌ ⡍ ⡎ ⡏ ⡐ ⡑ ⡒ ⡓ ⡔ ⡕ ⡖ ⡗ ⡘ ⡙ ⡚ ⡛ ⡜ ⡝ ⡞ ⡟ ⡠ ⡡ ⡢ ⡣ ⡤ ⡥ ⡦ ⡧ ⡨ ⡩ ⡪ ⡫ ⡬ ⡭ ⡮ ⡯ ⡰ ⡱ ⡲ ⡳ ⡴ ⡵ ⡶ ⡷ ⡸ ⡹ ⡺ ⡻ ⡼ ⡽ ⡾ ⡿ ⢀ ⢁ ⢂ ⢃ ⢄ ⢅ ⢆ ⢇ ⢈ ⢉ ⢊ ⢋ ⢌ ⢍ ⢎ ⢏ ⢐ ⢑ ⢒ ⢓ ⢔ ⢕ ⢖ ⢗ ⢘ ⢙ ⢚ ⢛ ⢜ ⢝ ⢞ ⢟ ⢠ ⢡ ⢢ ⢣ ⢤ ⢥ ⢦ ⢧ ⢨ ⢩ ⢪ ⢫ ⢬ ⢭ ⢮ ⢯ ⢰ ⢱

Il Centro di Psichiatria multi-etnica “G. Devereux” di Bologna

Il prof. Merini, da vari anni impegnato in questo settore, fa il punto su questa questione ed aiuta a meglio comprendere i contenuti e le tematiche principali di una disciplina relativamente recente: la psichiatria multi-etnica.

All'inizio avevamo pochi pazienti. Spesso li incontravamo nel corso di trattamenti sanitari obbligatori. L'ampliamento della presenza degli immigrati nel nostro territorio e la loro maggiore stanzialità hanno, negli anni, determinato un incremento della nostra utenza. Le persone che si rivolgono al nostro Centro solitamente non lo fanno di propria iniziativa, ma ci vengono inviati dai servizi pubblici, sempre più di frequente dai medici di medicina generale, dal pronto soccorso e dal volontariato. Attualmente sono una quindicina le persone in carico, sia maschi che femmine, tutti adulti, soprattutto di prima generazione, per la maggior parte di origine africana; piuttosto numerosi sono poi i casi seguiti dagli altri Centri di salute mentale della città, specie in alcuni quartieri.

Qualcuno ha scritto che ‘loro’ sono più primitivi di ‘noi’ perché tendono ad esprimere le proprie emozioni più con il corpo con le parole. È un’analisi che non condivido e che risulta peraltro controproducente rispetto al nostro obiettivo: costruire cioè una relazione terapeutica possibile fra persone di mondi altri, che hanno ad esempio elaborato interpretazioni diverse sul significato della malattia mentale. In proposito, la mitologia, l’antropologia e la psicanalisi rilevano come in occidente “l’origine del male non può essere cercata che all’interno della persona; in Africa, al contrario, la causa del male è cercata all’esterno del soggetto – Super-Io e Djinn, per l’appunto”, senso di colpa vs. senso di persecuzione. “Il mio male è l’effetto di un desiderio altrui: gli antenati o gli spiriti, gli altri esseri umani, o ancora effetto di una magia attiva [...] In Senegal non è la malattia che spaventa, ma la sua origine”. Diverse modalità, quindi, di costruzione delle persone, opposte collocazioni del male e conseguentemente dei metodi terapeutici: quale

spazio per una conciliazione possibile?

Credo che il nostro intervento possa svilupparsi su una pluralità di percorsi:

- ◇ *innanzitutto criticare un certo tipo di concezione monolitica della cultura: così come nel nostro paese persistono ambiti di interpretazione esterna del male (v. il malocchio), allo stesso modo vi sono alcuni migranti che si rivolgono al Centro convinti che l’origine del male sia interna ed altri che rimangono ambivalentemente sospesi tra due diversi modelli di disagio psichico: quello tradizionale del paese di origine e quello più medicalizzato prevalente in Italia. Riconoscere, in conclusione, studiare e ‘camminare a fianco’ delle relative differenze culturali e della diversità di ognuno;*
- ◇ *dare centralità all’ascolto, alla comprensione, alla costruzione di un rapporto di fiducia, alla relazione, nella consapevolezza che il paziente immigrato è portatore di un progetto di vita particolare, che ha alcune specificità. Il progetto migratorio assume, ad esempio, una valenza particolare rispetto alla parola ed al linguaggio: parlare la lingua del paese ospitante conferma il progetto stesso e nel contempo rafforza l’autostima (“Si ha l’impressione, per la maggior parte dei pazienti, che la psicoterapia agisca soprattutto liberando il progetto migratorio che, a sua volta, attiva un processo di auto-terapia bloccato”, “il progetto migratorio come potente spinta motivazionale a ristabilire il benessere psichico”);*
- ◇ *adottare infine “una sorta di doppio regime: sia psicoterapico che socio-educativo” (so-stegno nella soluzione dei problemi amministrativi, di lavoro o di tempo libero...).*

INFO. Il Centro di Psichiatria multi-etnica “G. Devereux” è un centro universitario di studio e di ricerca dell’Istituto di Psichiatria “P. Ottonello” che ha la sua sede operativa presso il Centro di salute mentale “Borgo Reno” di via Nani 10 a Bologna (tel. 051.3143034 e 036). Accanto a ricerche di tipo epidemiologico, presso il Centro vengono organizzati seminari e convegni; il giovedì mattina, dalle h 9:00 alle h 13:00, il Centro fa ricerca clinica ricevendo – su appuntamento – i migranti presso il Centro di salute mentale.

PER ULTERIORI APPROFONDIMENTI.

- “Fra Djinn e Super-Io: La relazione terapeutica possibile fra persone di mondi altri”, di A. Merini e A. Vigherani, in “Psicoterapia e scienze umane” n. 1 del 2002, pagg. 59-81.
- Terzo volume di “Psicopatologia della prima infanzia”, “Il bambino, la famiglia, le istituzioni” di Lebovici S. e Weil Halpern F., Boringhieri Torino 1994.
- “Etnopsichiatria”, di Piero Coppo, il Saggiatore 1996.
- “La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria”, di Nathan Tobie, GEF Firenze 1990.

La salute degli zingari, proposte

di Rita Paradisi e Dimitris Argiropoulos

Lo scenario

Costituiscono fattori di rischio per la salute degli zingari soprattutto:

- le condizioni di vita nei campi,
- le difficoltà di accesso ai servizi sanitari,
- lo stato di povertà anche estrema,
- forti limitazioni nelle relazioni sociali.

Le variabili in campo sono dunque molto simili a quelle relative agli immigrati; va però sottolineato che per quanto riguarda i nomadi le condizioni abitative presentano spesso delle aggravanti di nota.

Per intervenire efficacemente, sono necessari interventi contemporanei articolati su vari livelli, con il diretto coinvolgimento degli zingari:

- livello medico-epidemiologico,
- livello di intervento sociale,
- livello di intervento socio-educativo,
- livello amministrativo-burocratico.

Obiettivi ed azioni di intervento per migliorare le condizioni di salute degli zingari

Obiettivo generale: migliorare lo stato di salute delle popolazioni zingare e le capacità comunicative degli zingari e degli operatori del servizio pubblico, privati e del volontariato.

Obiettivi intermedi ed obiettivi specifici:

- 1) Studiare ed analizzare lo stato di salute della popolazione zingara, la tipologia delle malattie presenti e l'utilizzo dei servizi sanitari;
 - 1.1) accrescere le conoscenze sulle caratteristiche del fenomeno sul territorio, con particolare riguardo agli aspetti di natura sanitaria;
 - 1.2) migliorare le conoscenze epidemiologiche sullo stato di salute della popolazione zingara.
- 2) Superare le condizioni che favoriscono l'insorgere di emergenze di tipo socio-sanitario nei Centri di prima accoglienza e nei campi sosta presenti sul territorio, progettare interventi per affrontare nuove emergenze che possono manifestarsi a partire da cause non territoriali (afflussi non programmabili)

- 2.1) fornire consulenza e appoggio agli Enti locali ed al volontariato per la modifica delle condizioni socio-abitative;
- 2.2) progettare un sistema/unità di crisi estremamente agile e flessibile (rete dei referenti e meccanismi operativi necessari) da attivarsi in caso di emergenze.
- 3) Favorire l'iscrizione di tutta la popolazione zingara residente e presente al SSN
 - 3.1) indagare sulle dimensioni reali dell'iscrizione al SSN e sulla tessera 'STP';
 - 3.2) applicare rigorosamente la normativa in merito;
 - 3.3) prevedere azioni socio-educative.
- 4) Migliorare lo stato di salute della popolazione zingara attraverso più interventi coordinati
 - 4.1) migliorare l'appropriatezza dell'uso dei servizi sanitari da parte degli zingari;
 - 4.2) diminuire sensibilmente l'insorgere di malattie dell'apparato respiratorio e gastrointestinale e delle malattie ginecologiche e pediatriche;
 - 4.3) avviare azioni di prevenzione delle malattie del cavo orale e consentire l'accesso alle terapie (problema generalizzato percepito dagli zingari come una questione grave di estetica e di status sociale e che può divenire lo 'sfondo integratore' per gli interventi di salute in generale);
 - 4.4) avviare una riflessione sulla questione del disagio mentale;
 - 4.5) sperimentare interventi di aiuto per rispondere al disagio mentale e all'handicap;
 - 4.6) favorire una maggiore consapevolezza delle donne zingare sull'opportunità di un controllo del percorso nascita e sulle possibilità di accessi ai servizi per la genitorialità e l'infanzia.
- 5) Migliorare la comunicazione tra zingari e SSN
 - 5.1) avviare azioni socio-educative rivolte ai diretti interessati sia come singoli, che come famiglie, che come collettività e soprattutto agli operatori del settore.
- 6) Avviare azioni di informazione/prevenzione per favorire un rapporto più attento fra le persone che vivono nei campi e gli animali

INFO: Dimitris Argiropoulos c/o Provincia di Bologna, tel. 051.65.98.951,
dimitris.argiropoulos@nts.provincia.bologna.it