



MIGRAZIONE E SALUTE: DALLA NUTRIZIONE ALLA DIAGNOSI PRECOCE



Progettazione, pubblicazione e supporto organizzativo a cura di:
dott.ssa Gabriella D'Orso e dott.ssa Giuseppina Lollo

Gruppo di ricerca e autori:
prof. Maurizio Montella, prof. Pierluigi Pecoraro, prof.ssa Gianfranca Ranisio, dott.ssa Francesca Bianco, dott. Roberto Ciampaglia, dott.ssa Maria Flagiello, dott.ssa Maria Grimaldi, dott.ssa Angela Morlando, dott.ssa Rosita Pica, dott.ssa Emanuela Rotondo

QUESTA INIZIATIVA È CONTRO IL SISTEMA DELLA CAMORRA



MIGRAZIONE E SALUTE: DALLA NUTRIZIONE ALLA DIAGNOSI PRECOCE

MIGRAZIONE E SALUTE: DALLA NUTRIZIONE ALLA DIAGNOSI PRECOCE





*Prefettura - Ufficio Territoriale del Governo
di Napoli*



CITTÀ METROPOLITANA
DI NAPOLI



ISTITUTO NAZIONALE TUMORI
IRCCS - Fondazione Pascale



Ordine Nazionale
Biologi

®



LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI
prevenire è vivere

Il Comitato Regione Campania - Sezione di Napoli



DADAA GHEZO

associazione di volontariato



IL CAMPER ONLUS



MIGRAZIONE E SALUTE: DALLA NUTRIZIONE ALLA DIAGNOSI PRECOCE

La presente pubblicazione è stata realizzata dalla Città Metropolitana di Napoli - Ufficio Immigrazione con la progettazione ed il coordinamento della Prefettura di Napoli - Area IV Immigrazione, nell'ambito del progetto denominato "Sistema territoriale per la dignità degli immigrati: accoglienza e mediazione culturale post degenza nella provincia di Napoli", cofinanziato anche dalla "Riserva Fondo Lire U.N.R.R.A." - Ministero dell'Interno - e dall'Ambito N17 della regione Campania.

A cura di:

Prefettura di Napoli

Città Metropolitana di Napoli

Ambito territoriale N17 della regione Campania

Università degli Studi Napoli Federico II - Dipartimento Scienze Sociali

Ordine Nazionale dei Biologi

Istituto Nazionale Tumori Fondazione G. Pascale

Lega Italiana Lotta Tumori Sezione di Napoli

Cooperativa "Dadaa Ghezo"

Cooperativa "Il Camper"

Associazione "Insieme per la Vita"

Supervisione e raccolta materiali:

dott.ssa Gabriella D'Orso, Prefettura di Napoli

dott.ssa Giuseppina Lollo, Prefettura di Napoli

dott. Fabio Lenzi, Città Metropolitana di Napoli

È vietata la riproduzione, anche parziale, effettuata con qualsiasi mezzo, compresa la fotocopia, anche ad uso interno o didattico. Per la legge italiana la fotocopia è lecita solo per uso personale purché non danneggi l'autore. Quindi ogni fotocopia che eviti l'acquisto di un libro è illecita e minaccia la sopravvivenza di un modo di trasmettere la conoscenza. Chi fotocopia un libro, chi mette a disposizione i mezzi per fotocopiare, chi comunque favorisce questa pratica commette un furto opera ai danni della cultura.

Si ringrazia Asmà Es-Souni dell'Associazione "Manar per l'immigrazione" per il prezioso materiale fotografico inserito nel presente volume (n. 13 foto).

ISBN 9788894104400



INDICE

- **Prefazione del Prefetto di Napoli** pag. 4
(*Gerarda Maria Pantalone*)
- **Prefazione del Sindaco Metropolitano di Napoli** pag. 5
(*Luigi de Magistris*)
- **Introduzione** pag. 8
(*Maurizio Montella*)
- **Il disagio della malattia nei migranti** pag. 9
(*Gianfranca Ranisio*)
- **La malattia nel vissuto degli intervistati** pag. 19
(*Maria Flagiello, Angela Morlando*)
- **L'alimentazione di supporto
dei pazienti oncologici migranti** pag. 27
(*Pierluigi Pecoraro, Roberto Ciampaglia, Francesca Bianco*)
- **Domanda di salute nei migranti** pag. 39
(*Maria Grimaldi, Emanuela Rotondo, Rosita Pica*)
- **Esperienze del volontariato:** pag. 45
Cooperativa Sociale Onlus "Dadaa Ghezo" pag. 45
Cooperativa di Solidarietà Sociale Onlus "Il Camper" ... pag. 57
- **Associazione di Volontariato Insieme per la vita:
Vademecum per gli stranieri** pag. 63
- **Il Codice della Salute per i migranti** pag. 75

Sono sempre più convinta che un Prefetto della Repubblica non può limitare il proprio operato solo a garantire l'ordine e la sicurezza pubblica o la legalità delle azioni amministrative degli uffici pubblici della provincia, ma deve suscitare, raccogliere, promuovere e coordinare energie ed intelligenze per lo sviluppo del territorio, per la diffusione di una cultura della legalità, per la crescita di un dialogo costruttivo e responsabile tra le parti.

Ma, soprattutto, il Prefetto è un attore ed un referente "solidale", che favorisce, attraverso partenariati con la società civile, la coesione sociale, la tutela dei più deboli e, quindi, più che mai nell'attualità, una degna accoglienza per i migranti che qui arrivano per realizzare il loro sogno di rinascita.

In tale cornice matura questo piccolo ed utile opuscolo, sintesi di un grande lavoro di squadra fra Prefettura, Città metropolitana, Istituto Nazionale dei Tumori - Fondazione Pascale -, LILT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori), Istituto Nazionale dei Biologi, Dipartimento di Scienze Sociali della Università Federico II per sostenere ed arricchire il preciso lavoro svolto da associazioni e cooperative sociali, con i propri operatori su "strada" e i propri mediatori culturali, nell'ambito di un progetto finanziato con fondi UNRRA e dedicato al difficile approccio e percorso sanitario dei migranti, in caso di gravi malattie.

Il risultato? Un libro ben articolato, ricco di dati reali, anche commovente a tratti, mirabilmente costruito con il contributo, gratuito ed autorevole, di oncologi, nutrizionisti, biologi, sociologie e associazioni, coordinati sagacemente dall'Istituto Nazionale dei Tumori. Un attento studio che spazia dal discorso clinico a quello sociologico del disagio del malato immigrato, per arrivare alla codificazione di un decalogo di buone regole alimentari, che ha il pregio di indirizzare chi si trova ad affrontare regimi alimentari totalmente diversi da quelli praticati nel proprio paese d'origine e, nell'incertezza, non riesce ad orientarsi all'individuazione di quello che è sano e corretto.

È, anche, attraverso piccoli gesti concreti come questo opuscolo che si può contribuire a ottenere efficaci risultati in tema di contrasto alla marginalità e di tutela dei diritti civili e sociali.

Gerarda Maria Pantalone
Prefetto di Napoli

La salute dei migranti ci riguarda. E ce ne occupiamo non per “buonismo”, come chiosano gli imprenditori politici dell’odio, ma perché conviene. Parafrasando la “ragionevolezza del cristianesimo” di Croce, potremmo parlare della ragionevolezza dell’umanesimo.

Mentre c’è chi specula su paura e razzismo e fa apologia di fascismo e disumanità, ripetendo i suoi mantra contro i migranti, la ragione ci porta ad affermare l’utilità economica di una politica dell’accoglienza senza se e senza ma. Per chi ha la mia formazione politica, sarebbe troppo facile dirvi che dovere dell’Uomo è non abbandonare l’altro Uomo in difficoltà. Che la fratellanza e la solidarietà sono valori ai quali ispirarsi perché o è umanitarismo o barbarie. Ma oggi non voglio impegnarmi solo in un appello alle vostre coscienze. Voglio svelarvi la menzogna di quegli xenofobi che parlano di soldi buttati o che, in un rovesciamento della realtà, dipingono i tanti che si prodigano per l’accoglienza, in nome di valori di solidarietà propri del nostro paese, come degli anti italiani che antepongono gli stranieri al nostro interesse nazionale. È vero, invece, l’esatto opposto. Per fare gli interessi dell’Italia, dobbiamo accogliere l’altro.

La socializzazione dei costi relativi alla salute dell’uomo, siano essi cittadini o stranieri, conviene sempre: e per un puro calcolo economico.

La *manutenzione e l’efficienza* del capitale umano coincide infatti con la salute dei lavoratori.

La collettività, facendosi carico della salute dei lavoratori, libera le imprese da quegli oneri, portando ad un abbattimento del costo del lavoro e a un aumento di produttività del capitale umano e dunque dell’impresa, abbassando i costi relativi alla salute che, gestita a livello universale e non più a livello di impresa o distretto, comporta notevoli economie di scala.

Le riforme che imposero la salute pubblica, infatti, furono possibili grazie alle grandi trasformazioni sociali del Settecento illuminato. Trasformazioni che in Napoli trovarono patria d’elezione grazie agli illustri pensatori del ‘99 o alle lungimiranti politiche sociali di Carlo e Ferdinando IV di Borbone e del consigliere Bernardo Tanucci. Fu grazie a quegli illuminati sovrani che vide la luce, infatti, il Real Borgo di San Leucio, paradigma di quegli opifici nazionali che fiorirono in età preindustriale, le cui performance produttive si appoggiavano a una legislazione sociale che metteva il lavoratore al centro, proprio nell’ottica della creazione di maggior ricchezza per la nazione *napolitana*.

La salute pubblica era quindi sinonimo di socializzazione dei costi di produzione e non è un caso che si trattasse di una riforma che proveniva dall'alto, cioè da chi aveva tutto l'interesse a garantire la conservazione delle strutture sociali esistenti: il buonismo di sinistra non c'entrava nulla.

È significativo notare, dunque, che chi propone vere e proprie controriforme contro i migranti, i lavoratori o la salute pubblica non è un liberale che vuole spazzare via la legislazione giacobina, ma un vero e proprio reazionario che vuole restaurare l'Ancien Regime pre napoleonico.

Giungendo al tema specifico della sanità per i migranti, dunque, ci dobbiamo impegnare a garantire la loro salute, proprio al fine di valorizzarne la loro capacità produttiva. Un imperativo che viene prima anche del loro status giuridico, sia esso regolare o irregolare.

A riprova della malafede di chi terrorizza le fasce più esposte della popolazione alle trasformazioni della globalizzazione che portano ad un aumento significativo della manodopera straniera in Italia, è fondamentale notare che gli immigrati convengano perché occupano un posto rilevante, non solo nel tessuto produttivo italiano, ma soprattutto nella loro capacità di integrare i nostri saldi demografici interni e di garantire il welfare state per come oggi lo conosciamo. Che si regge sugli stipendi dei lavoratori, anche dei migranti. Stipendi "stranieri" che ci hanno consentito di tenere inalterati i livelli di spesa sociale, nonostante il calo della natalità.

Gli immigrati in Italia, infatti, generano una ricchezza di 123 miliardi di euro, secondo quanto recentemente riportato da una relazione della Fondazione Leone Moressa sul prodotto interno lordo creato ogni anno dai lavoratori stranieri in Italia.

Il pil prodotto dai circa due milioni e mezzo di immigrati occupati è 8,8% del totale nazionale. Ma anche il rapporto costi/benefici dell'immigrazione è positivo: lo studio evidenzia come il saldo tra entrate e uscite imputabile ai cittadini stranieri è attivo di quasi quattro miliardi di euro.

Dalla cura delle persone all'impresa, i migranti rappresentano un anello importante della nostra economia e la loro salute, come la salute di ogni altro lavoratore, è un tema di rilevanza collettiva. Troppe volte, purtroppo, il capitale lavorativo dei migranti - soprattutto gli irregolari - si è depauperato a danno della nostra economia nazionale. Gli irregolari temono che rivolgersi alle cure mediche - che in base

ai diritti costituzionali sono e non possono che essere universali ed inclusive – significhi essere espulsi o incorrere in altri problemi di tipo amministrativo. Non solo ciò comporta un danno al capitale lavorativo, ma anche un aggravio dei costi pubblici perché, quando un immigrato si rivolge a un nostro ospedale e lo fa troppo tardi, la sua patologia è oramai degenerata, comportando più alti costi per le cure. Insomma, le paure sulle quali gli imprenditori dell'odio costruiscono la loro fortuna politica, lungi dal fare gli interessi dell'Italia, danneggiano il paese: cioè sia lo stato sociale, che le imprese che occupano i migranti.

Il tema dell'intervento pronto e rapido del nostro sistema sanitario nei riguardi della popolazione migrante si pone, inoltre, con particolare necessità per quella porzione della popolazione migrante che è piagata da gravi patologie legate agli alti indici di povertà, soprattutto povertà infantile. Se non interveniamo oggi, quei bambini malati che nascono in condizioni sanitarie improponibili, saranno dei lavoratori poco efficienti domani. Mentre abbiamo bisogni di lavoratori sani per vincere le sfide della competitività e della globalizzazione.

Sappiamo, infatti, che i lavoratori stranieri in Italia sono sì utilissimi, ma anche caratterizzati da una produttività più bassa, imputabile anche ad un sistema di diritti di cittadinanza, salute inclusa, che non funziona bene.

Secondo uno studio di Giulia Bettin, Alessia Lo Turco e Daniela Maggioni, le imprese che utilizzano lavoro straniero sono soprattutto PMI, al di sotto dei 250 addetti. Quelle imprese piccole, soprattutto del Nord, che rappresentano lo scheletro produttivo del nostro paese.

I lavoratori immigrati, però, presentano un livello inferiore di output, cioè di produttività. Perché si tratta di capitale umano meno formato, meno scolarizzato e meno in salute. Per aumentare la produttività delle PMI, dunque, dobbiamo estendere in pieno ai migranti i diritti di cittadinanza: curarli bene, ma anche istruirli meglio.

Ne consegue che garantire standard occidentali ai migranti in tutto e per tutto, dalla casa all'assistenza sanitaria al benessere psicologico, favorendone l'integrazione, non è un trasferimento economico dagli italiani agli stranieri, ma è un investimento per l'Italia del futuro.

Non è buonismo, ma pragmatismo.

Vogliamo gridare al lupo al lupo, aizzando folli cacce allo straniero o vogliamo veramente pensare al bene nostro e a quello dell'Italia?

Luigi de Magistris

INTRODUZIONE

In Italia, nonostante la normativa vigente (D.Lgs.286/1998 e seguenti) garantisca agli stranieri l'assistenza sanitaria, la mancanza di informazioni chiare e il timore di un contatto con le strutture pubbliche rischiano di tradursi per i migranti in difficoltà a sottoporsi a misure preventive e ad accertamenti clinici finalizzati a diagnosi tempestive e adeguate. Ciò comporta che sovente gli immigrati giungano al ricovero in fase avanzata di malattia, specie per quanto concerne i tumori dell'apparato genitale femminile e del digerente.

La salute degli immigrati è strettamente connessa ai sistemi di accoglienza e ai processi di integrazione sociale messi in atto nel Paese ospitante: le evidenze epidemiologiche mostrano, infatti, che la maggior parte delle patologie scaturiscono dalle condizioni abitative e lavorative, dal tipo di rapporto con le istituzioni, dalle difficoltà relazionali e di socializzazione e dallo stile di vita, in particolare dalle modifiche dell'alimentazione. Il cibo, protagonista anche dell'Expo 2015, è infatti per l'uomo molto di più di un semplice bisogno: esso è simbolo culturale, è storia di scambi e stratificazioni, è uno strumento di crescita e benessere, è una testimonianza del percorso di vita.

Per tali motivazioni abbiamo preparato in stretta collaborazione con la Prefettura di Napoli e con la Città Metropolitana di Napoli (ex Provincia di Napoli) questo elaborato che raccoglie le testimonianze di associazioni (Dadaa Ghezo; Il Camper; Insieme per la Vita) che si sono dedicate e si dedicano all'accoglienza e al supporto socio sanitario dei migranti. Solo grazie all'opera delle associazioni è infatti oggi possibile dare risposte (anche se parziali) ai bisogni dei migranti che, come dimostrano gli avvenimenti degli ultimi mesi, diventano sempre più pressanti.

La nostra società è destinata a divenire sempre più multiculturale e pertanto si impongono riflessioni approfondite sui cambiamenti che il fenomeno sta provocando e ancor più provocherà nella società italiana.

Maurizio Montella

Il disagio della malattia nei migranti

A cura di

Gianfranca Ranisio

Dipartimento di Scienze Sociali

Università degli Studi di Napoli Federico II

Salute e migrazioni

L'immigrazione è un fenomeno strutturale, che segna profondamente sia i paesi di partenza che quelli d'arrivo ed incide sulle esperienze individuali e sulle rappresentazioni collettive. Anche l'esperienza della malattia è percepita e vissuta collegata a tali esperienze. Gli studi sui migranti pongono in evidenza che lo stato di salute rappresenta un requisito fondamentale per il progetto migratorio e che gli immigrati possiedono una salute integra quando intraprendono il loro percorso migratorio. Infatti la scelta di migrare è dovuta ad un'autoselezione, parte chi è più giovane, ha più spirito di iniziativa, chi è più sano, poiché il corpo in buona salute rappresenta la prima risorsa rispetto alla nuova realtà e questo dato è stato definito nella letteratura "effetto migrante sano". Allo stesso tempo, però, l'esperienza migratoria incorpora in sé la malattia come espressione di un malessere indefinibile, provocato dall'allontanamento dal contesto familiare e dall'abbandono di modi di vita e consuetudini consolidate¹.

Pertanto considerare l'esperienza migratoria come una specifica angolazione dalla quale leggere la malattia del migrante significa ritenere anche questa, per ciò che comporta, tra le variabili che entrano in gioco rispetto alla malattia. Tra queste variabili rientrano, infatti, le condizioni di vita nel paese di partenza e in quello d'arrivo, comprese anche le norme giuridiche che regolano la presenza sul territorio e le norme che regolamentano l'accesso ai servizi sanitari e il diritto alla salute.

Nello specifico della situazione italiana degli ultimi anni, il profilo di salute dei migranti è condizionato da molteplici fattori tra i quali le possibilità di esposizione nel paese di provenienza a specifici fattori di rischio (ambientali, virologici, culturali e comportamentali); il viaggio, a volte particolarmente logorante sul piano fisico e psicologico e, al

1 A. Sayad, *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, prefazione di P. Bourdieu, trad. it. D. Borca, R. Kirchmayr, Milano, Raffaello Cortina, 2002.

momento dell'arrivo nel paese ospite, la capacità di accoglienza della società e il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi socio-assistenziali. Se si può rilevare che il presupposto che il migrante sia giovane e sano non è sempre rispondente alla realtà e che in passato questa convinzione ha limitato la rilevazione statistica di alcune patologie, come nel caso delle malattie oncologiche, tuttavia è evidente che, nonostante alcuni luoghi comuni, gran parte delle malattie sono successive alla partenza dai luoghi d'origine, sono dovute alle condizioni del viaggio e poi alle condizioni di vita nel paese ospitante².

Infatti il "patrimonio di salute" legato all'effetto migrante sano può venir meno per una serie di fattori di rischio ai quali i migranti sono esposti per le condizioni di disagio socioeconomico, come la sottoccupazione in lavori rischiosi o poco tutelati, le condizioni di degrado abitativo, il clima e abitudini di vita diverse e di disagio psichico, come l'assenza del supporto affettivo-familiare. Si possono in tal modo manifestare malattie definite da degrado: come patologie da raffreddamento e da trauma, da aggressioni o incidenti, o malattie non specifiche ma indicanti uno stato di estrema emarginazione come affezioni micotiche e virali. Inoltre possono riaccutizzarsi dopo un certo periodo di latenza malattie pregresse, dovute a esposizioni nocive o ad infezioni, o a postumi di torture e di ferite da guerra e per le donne alle conseguenze di pratiche escissorie, come l'infibulazione e la clitoridectomia. Inoltre i migranti spesso provengono da paesi dove non sono eseguite vaccinazioni per noi obbligatorie, come per il tetano e per l'epatite B. Si deve perciò tener conto delle variazioni socioculturali rispetto alla salute e più in generale alla qualità della vita, reale e percepita, per analizzare in che modo i fattori biologici interagiscono con fattori economici, sociali e culturali nello sviluppo delle patologie.

In tale contesto anche il concetto di salute assume valenza critica e multidimensionale e si presta a riflessioni e problematizzazioni nel suo articolarsi in rapporto alla malattia e nel reciproco definirsi non in un sistema di rigide opposizioni, ma in un continuum dinamico e transitorio³. L'OMS ha definito la salute come stato di benessere psico-fisico, mentale e sociale dell'individuo (art. 1 della Carta

2 T. Seppilli, *Le nuove immigrazioni e i problemi di strategia dei servizi sanitari europei: un quadro introduttivo*, in "AM", 2000, n. 9-10, pp. 35-58; C.Conti, G.B.Sgritta, *Immigrazione e politiche socio-sanitarie. La salute degli altri*, Franco Angeli, Milano 2004.

3 G.Pizza, *Antropologia medica*, Carocci, Roma 2005.

costitutiva dell'OMS 1946). Nelle specificazioni anglosassoni la definizione di malattia, attraverso le tre diverse terminologie che la contraddistinguono, configura dimensioni talmente diverse da essere considerate come realtà distinte: il punto di vista biomedico (disease), il punto di vista del malato che vive quell'evento come suo (illness), ricercandone il senso, gli aspetti e i ruoli sociali che quella condizione determina (sickness)⁴. Quest'ultimo termine pone in evidenza come la condizione della malattia rifletta i rapporti di potere che governano la vita sociale e contribuisca a renderli visibili.

Per i migranti, si pone in modo problematico l'esigenza di tradurre e declinare la stessa categoria di salute e di verificare come si articola la domanda in rapporto alle prestazioni che dalle istituzioni sanitarie sono erogate. Dato per presupposto che la salute è un bene primario che diviene un capitale sociale fondamentale per chi è emigrato per lavorare, il vissuto della malattia è in rapporto con il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi socio-assistenziali e delle istituzioni sanitarie e il corpo diviene il luogo di scontro tra l'immigrato e l'istituzione sanitaria⁵.



4 ibidem

5 P. Vulpiani., J. M. Comelles, E. Van Dongen., a cura, , *Health fore all, all in health. European experiences on health care services for migrants*, Cids/Alisei, Perugia 2000.

Inoltre la scelta migratoria ha già comportato una rottura con l'ambiente d'origine, l'immigrato è spesso già abituato nel proprio paese all'uso della biomedicina e quando si rivolge al servizio sanitario le sue aspettative sono quelle di essere curato con la medicina occidentale. L'elemento che fa muovere l'utente, o chi per lui assume delle decisioni è la malattia conclamata, che si rivela come incapacità temporanea di svolgere il proprio ruolo, per cui il ricorso al servizio è molto spesso determinato dall'urgenza del bisogno e dalla necessità di rivolgersi a terzi. I sondaggi Istat, mostrano infatti, una forte correlazione tra stato di malattia e utilizzazione dei servizi sanitari: allo stato di malattia si accompagna un corrispondente uso dei servizi, il cui accesso e le condizioni in cui avviene l'accesso dipendono da alcune variabili quali la fondatezza del diritto, la consapevolezza e l'effettivo esercizio dello stesso. Il rapporto con gli immigrati richiede una nuova capacità di ascolto da parte degli operatori e una ridefinizione dell'accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari, per favorire l'incontro, lavorando su più livelli di programmazione. Infatti la calibrazione culturale dei servizi e delle attività sanitarie è una delle questioni più complesse che la medicina si trova di fronte nei paesi occidentali e richiede non tanto la preparazione a malattie esotiche, a patologie ignote, o da tempo scomparse in Europa, quanto la consapevolezza di doversi rapportare con utenze nuove ed eterogenee⁶. In alcune situazioni sono presenti ambulatori dedicati, con l'intenzione di dare spazio alla diversità culturale e fornire orari di accesso più elastici e flessibili, anche grazie al lavoro volontario di medici e operatori. In molti casi le strutture sanitarie ricorrono ai mediatori culturali, che svolgono un ruolo positivo nel favorire la comunicazione, soprattutto linguistica, tuttavia il loro impegno è spesso non continuativo nel tempo perché legato a progetti specifici e a scadenza. Inoltre ad essi non può essere delegato tutto il complesso rapporto tra immigrato e struttura sanitaria, per il quale il personale sanitario dovrebbe avere un'adeguata preparazione anche antropologica, poiché la presa in carico di un malato coinvolge l'intero ambito dell'esperienza e della visione del mondo dell'operatore e dell'immigrato.

È importante però che queste iniziative, pur sorte con le migliori intenzioni, non creino dei servizi ghettizzati o enfatizzino la diversità culturale ma forniscano un apporto per migliorare l'accesso e la qualità delle cure, attraverso il superamento dei pregiudizi.

6 T. Seppilli, op. cit. .

Le patologie oncologiche

Il tema delle malattie oncologiche in relazione ai migranti è un tema complesso, a lungo trascurato, che solo attualmente sta emergendo come problema, anche dall'analisi delle statistiche sanitarie che pongono in evidenza una più alta mortalità tra i migranti dovuta non a differenze di carattere fisico, ma al ritardo nella diagnosi e quindi nelle cure. Secondo i dati preoccupanti presentati dal World Cancer Report 2014 e dall'AIOM (Associazione italiana di Oncologia Medica) gli immigrati scoprono la malattia con circa 12 mesi di ritardo, hanno meno accesso alle informazioni, non riescono a fare prevenzione in modo adeguato⁷. Inoltre i dati AIOM registrano un aumento di tumori più direttamente collegati a stili di vita sbagliati e a una mancata prevenzione. Si verifica anche una maggior presenza di cancro al fegato dovuto a cirrosi epatica, conseguenza di un'infezione da epatite B cronica poiché in alcuni dei paesi di provenienza la vaccinazione non esiste.

Per quanto riguarda gli stili di vita, è stato rilevato come le condizioni di degrado portino a un aumento di consumo di sigarette (o altro tipo di fumo) e di bevande alcoliche, con le quali si cerca di sopperire alle frustrazioni del quotidiano e che sono utilizzate nei momenti di relax o di incontro con gli amici. Il degrado abitativo in un contesto diverso dal paese d'origine, l'assenza del supporto familiare, il clima e le abitudini alimentari diverse, spesso si associano a una condizione nutrizionale già compromessa. A queste situazioni di disagio si aggiungono anche le difficoltà, se non le discriminazioni, nell'accesso ai servizi sanitari. Dagli studi sul tema risulta che quando la situazione si stabilizza sotto il profilo lavorativo e abitativo e la vita diviene più regolare, l'abitudine al fumo diminuisce, così come si riducono il consumo di alcolici e l'alimentazione scorretta.

In Campania la presenza di cittadini immigrati investe oggi, più che in passato, l'intero territorio regionale, ma tale presenza è eterogenea e varia anche per provincia. Infatti, come confermano i dati statistici, in questo decennio la Campania si è trasformata progressivamente da area di soggiorno temporaneo e di transito verso altre zone, soprattutto del nord Italia, ad area di inserimento più o meno stabile.

Scopo di questa ricerca è stato perciò ascoltare dalle voci di alcuni migranti la loro esperienza diretta sia del manifestarsi della malattia, che del modo in cui hanno dovuto affrontare il difficile iter diagnostico-

⁷ M. Stramucci, *Gli immigrati muoiono di più*, in "La Repubblica" 28 aprile 2014.

terapeutico che tali patologie prevedono, con le conseguenze e le implicazioni che questo ha comportato sulle loro abitudini e sulle loro condizioni di vita. Gli immigrati sono di provenienza eterogenea e ogni gruppo si percepisce diverso dagli altri, anche il tipo di vita condotto prima e dopo le migrazioni varia notevolmente e questo può avere conseguenze sul vissuto esperienziale.



La decisione di effettuare una ricerca-sondaggio di carattere qualitativo sull'esperienza vissuta da alcuni pazienti con patologie oncologiche deriva dall'esigenza di integrare i dati precedentemente raccolti con il questionario sugli stili di vita e di approfondire la dimensione relativa al vissuto della malattia e all'incidenza di questa rispetto al progetto migratorio e al percorso di vita nel paese di accoglienza. La ricerca-sondaggio condotta presso la struttura dell'Istituto Nazionale Tumori- Fondazione Pascale, attraverso la somministrazione di alcune interviste qualitative, ha permesso di evidenziare, alcuni aspetti relativi alle spiegazioni che si cerca di dare dell'insorgere di una tale patologia, del rapporto che si instaura con i propri datori di lavoro e con altri appartenenti al paese di accoglienza, il rapporto con il proprio gruppo di connazionali e con i parenti, qui e

nel paese d'origine. E' evidente che le 10 interviste condotte a immigrati regolarizzati, di cui 9 donne (7 ucraine, una rumena e una srilankese) e un uomo di nazionalità ucraina, proveniente dalle zone in guerra, non danno ragione dell'eterogeneità e della complessità delle componenti migratorie, tuttavia pongono in evidenza la forte presenza di alcune nazionalità, come quella ucraina. Infatti, nella provincia di Napoli la prima nazionalità è quella ucraina, si tratta di una comunità in netta prevalenza composta da donne non più giovanissime, coniugate o con alle spalle esperienze matrimoniali, che giungono sole in città per occuparsi dei servizi di cura alla persona. La comunità storicamente più numerosa a Napoli città è, però, quella dello Sri Lanka ed è anche quella meglio integrata nel tessuto sociale cittadino, infatti gran parte degli srilankesi sono regolari, lavorano nei servizi di cura alla persona e hanno una solida rete comunitaria⁸. Accanto a queste nazionalità ve ne sono numerose altre e ciò comporta una pluralità di culture ed una eterogeneità dei modi di rapportarsi alla salute.

La limitatezza numerica delle interviste non permette generalizzazioni, ma in rapporto con i dati dei questionari, permette di far emergere motivazioni anche rispetto ai cambiamenti negli stili di vita e nei comportamenti alimentari e in seguito alla migrazione e in seguito al manifestarsi dell'evento scatenante, che è determinato dalla patologia oncologica (cfr. infra Flagiello, Morlando).

Scopo di questo saggio è portare alla luce il vissuto della malattia per quanto attiene alla sua dimensione culturale e sociale. Si sono perciò individuati nodi tematici che consentissero spunti di analisi suscettibili di ulteriori approfondimenti. Emergono, infatti, contenuti che attengono alla sfera degli affetti e della vita di relazione, i pazienti ricercano orizzonti di senso per la loro malattia e si interrogano sulle implicazioni che questa ha e potrà avere sulla loro vita lavorativa e sociale.

Un dato molto significativo, confermato dalle ricerche, emerge anche da queste interviste: il ritardo rispetto agli accertamenti e alla diagnosi, come si può rilevare da questa testimonianza:

A. (ucraina 47 anni) : Eh...diciamo che da tanto tempo facevo emorragia e poi quando avevo...io lavoravo e non avevo tempo poi ho deciso fare la visita da un ginecologo e ho fatto questa cosa. Ho scoperto che questo c'è problema serio. Io pensavo sempre era menopausa invece non è menopausa è problema

8 www.dossierimmigrazione.it. 2014. Dati 2014 rilevabili al 1 gennaio 2013.

grave...diciamo tumore, non so. ...Ho prenotato a fine luglio ecografia per emorragia e la signora ha detto devi fare un controllo, prima pap test. Io ho lavorato e non ho avuto tempo per me, non avevo mai mai tempo.

Le espressioni usate da questa donna, ma si potrebbero trovare altre affermazioni dello stesso tipo, dimostrano come il lavoro sia vissuto in modo esclusivo e vincolante, tanto da non considerare il tempo per sé e per la propria salute. Nel caso delle badanti, sono spesso le datrici di lavoro, con cui si instaura un rapporto di familiarità, a farsi carico di gestire l'iter diagnostico terapeutico e ad indirizzare:

Io ho avuto questo problema, nel 2013 però io non ho detto niente, poi l'anno scorso ho perso molto sangue, allora la mia signora ha chiamato subito Fatebenefratelli, ed io andato subito là, dopo visita hanno detto subito operare, all'utero e tutto levato, poi loro hanno scritto che dovevo andare ad oncologia (G. srilankese, 63 anni)

Come è stato già evidenziato, spesso il Pascale non è il primo ospedale a cui ci si rivolge, ma l'ospedale a cui si viene inviati successivamente per la necessità di interventi più specifici o per la chemioterapia. E' emerso molto chiaramente l'apprezzamento per la qualità tecnica della struttura e per la competenza degli operatori, così come per il sistema sanitario pubblico, che permette di sottoporsi a cure altrimenti precluse nei paesi d'origine per gli alti costi.

(L. ucraina) Dal 2009 sono venuta perché là con la malattia ho fatto debiti per l'ospedale e nemmeno mi hanno curato quei maledetti, io pensavo che poi in Italia si pagava tutto anche di più dell'Ucraina, io pensavo in Europa si paga di più invece qua non si paga.. Sono venuta qua per lavorare e pagare i debiti che mi sono fatta in Ucraina per pagare come curare la malattia. In Ucraina ho fatto sei radio però tutto si pagava

Soprattutto per i pazienti che provengono dai paesi dell'Europa dell'est e che hanno sperimentato bruscamente il venir meno dei diritti nell'ambito dell'assistenza sanitaria e l'imposizione delle logiche del mercato nel campo della salute questo è un dato molto positivo. Ma vi sono altri aspetti che emergono e che aprono a delle considerazioni più ampie sul significato dell'esperienza migratoria e sull'impatto che questo tipo di malattia può avere sui progetti, tenendo conto del

particolare iter terapeutico, che si protrae nel tempo e degli effetti debilitanti che questo comporta.

Quando operata per tre mesi, io non facevo tipo lavare vetri cose così, poi dopo ho lavorato, anche adesso che disoccupata a volte aiuto. (G. srilankese)

Quando si tratta di lavoratori regolari questi possono accedere alla pratica per l'invalidità e se in età più avanzata alla pensione, altrimenti la malattia costringe a una vita di emarginazione e disagi, poiché le energie per sopportare i ritmi di lavoro della vita precedente si affievoliscono.

(T. ucraina) Ho l'invalidità e vivo con pochi, pochi risparmi che avevo. Ogni tanto vado a fare un po' di lavoro, cioè le ucraine che lavorano dalle signore non vanno il giovedì vogliono stare libere, io invece vado il giovedì, badanti, io però non lavoro fisicamente, faccio solo compagnia, però è poco lavoro e poi ora no perché non posso proprio per la malattia

Infatti se nella prima fase è la famiglia italiana ad attivarsi per assicurare le cure necessarie, poi successivamente è possibile che si vada incontro ad atteggiamenti di distacco, mentre sorge il problema dell'assistenza. Alcune intervistate hanno detto di aver potuto contare su amici e parenti del proprio paese, come G. srilankese, che fa anche parte di un movimento religioso cattolico, la quale ha rivelato di ricevere in ospedale le visite della propria datrice di lavoro, della nipote, della cognata, degli amici del suo paese. Ha espresso un atteggiamento più critico T. ucraina:

viene il mio compagno, ieri è venuto una volta, amici connazionali ci sono però ognuno ha la vita sua, non è che...non possono stare sempre qua.

Più triste è la condizione espressa da A. ucraina, la quale ha affermato che nella sua vita ha sempre fatto tutto da sola e non ha mai chiesto aiuto a nessuno:

Mi ha molto amareggiato che dove lavoravo nessuno è venuto a trovarmi, la figlia del proprietario si gira dall'altra parte per non salutarmi..Non ho nessuno che mi possa aiutare...Non ho pianto mai, unica amica è il mio cuscino con cui condivido le lacrime.

Nelle donne ucraine intervistate, che hanno intrapreso questo percorso migratorio in Italia, lasciando i figli al proprio paese è costante il pensiero per loro, ma anche la volontà di non coinvolgerli in questa situazione:

Si i miei figli, però io non dico tutto, loro è meglio che sanno però no tutto, loro, anche loro stanno da soli perché io da quando sono vedova che sono venuta in Italia e loro non hanno il papà, è meglio che non sanno tutto. (T. ucraina)

Accanto al desiderio di fare ritorno e rivedere i familiari rimasti in patria, da molte interviste risulta come l'aspettativa sia di curarsi in Italia per poi poter riacquisire la salute e solo allora poter ritornare. Il ritorno in condizioni di salute precaria non sembra infatti contemplato.

Eh... non so perché non lo so la malattia come si mette, la speranza c'è di tornare, però non lo so (V. rumena).

Penso di concludere qui i cicli di terapia, poi si vedrà. Ora è importante curarsi e riprendere la vita normale. (A. ucraina)

L'esiguità dei casi, però, non permette generalizzazioni, infatti possono essere molto differenti le risposte a seconda dei soggetti e queste sono determinate da una complessità di fattori, tra i quali la situazione attualmente presente nel paese d'origine, le effettive condizioni di salute e le aspettative. Da tutte le interviste emergono però una grande dignità nell'affrontare circostanze anche molto gravose, coraggio in situazioni di solitudine e, soprattutto, la volontà di mantenere fede al proprio progetto confidando nelle possibilità di cura offerte dal sistema sanitario italiano.

La malattia nel vissuto degli intervistati

A cura di

Maria Flagiello

Angela Morlando

Dipartimento di Scienze Sociali

Università degli Studi di Napoli Federico II

Curare i migranti: tra culturalismo e accoglienza

Dinanzi a figure sociali come quelle dei migranti, in ambito sanitario, si è dovuto fare i conti con una certa inadeguatezza delle pratiche mediche, delle capacità comunicative ed interattive, dell'inefficacia e dell'inefficienza dell'organizzazione delle prestazioni e dei servizi, con tutti i problemi connessi all'accesso. Le motivazioni di questi disagi si sono spesso rintracciate in difficoltà culturali, cioè in abitudini, interpretazioni e credenze diverse che rendono difficilmente conformi questi nuovi pazienti. Nella prassi degli interventi, nel rapporto con il paziente ciò che emerge troppo pesantemente è spesso l'elemento culturale. Altra componente rilevante nell'interpretazione biomedica dei servizi è che se da un lato c'è un'esaltazione della componente culturale come spiegazione di ogni problematica relazionale, dall'altra la cultura, spesso riconosciuta nella sua dignità, diventa però anche "credenza" che la medicina deve sostituire con la sua verità, non mettendo minimamente in dubbio la costruzione culturale e socio-politica della medicina stessa¹. I migranti hanno svolto quella funzione specchio di cui parla Sayad², in cui il loro bisogno di cura ha svelato degli aspetti della nostra società che erano latenti ma già presenti. Ciò che distanzia la medicina istituzionalizzata dai suoi pazienti è la spersonalizzazione, l'inclusione differenziata, la burocratizzazione e l'alienazione rispetto al proprio corpo che si subisce come oggetto, senza averne comprensione. Ecco allora che il paziente farà un uso tutto personalizzato dei servizi, definito anche errato, o ricorrerà ad altre forme di cura. E questo non riguarda solo i migranti, ma anche gli italiani e per primi i più disagiati. Allora forse un nuovo approccio alla cura dovrebbe orientarsi sulle problematiche specifiche, sull'analisi sociale delle patologie, in cui la cultura venga a rivestire la valenza di corpus profondamente rimodellato dalle esperienze individuali

1 G. Piza , *Antropologia medica*, Carocci, Roma 2005.

2 A. Sayad, *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Milano, Raffaello Cortina 2002.

e il paziente non più oggetto da istruire, ma soggetto attivo nella definizione terapeutica per la sua guarigione. Tognetti Bordogna parla per questo di forza dell'incertezza come punto cardine su cui giocare la riuscita degli interventi dei servizi, in cui si realizzi la flessibilità, la contaminazione dei saperi in modo da ricreare sempre nuovi e specifici spazi simbolici in cui il paziente sia davvero "accolto" e complice del trattamento terapeutico³. Il corpo diviene terreno su cui vengono ad imprimersi le forme sociali e culturali dell'esistenza ed i processi storico-politici, in cui esso pone in gioco la sua stessa esistenza per la definizione e la classificazione della realtà⁴. Così i corpi non sono solo oggetti passivi dell'azione socioculturale, ma divengono soggetti di quegli stessi processi in cui sono immersi. In questo senso la malattia diventa, l'espressione del vissuto sociale, politico ed economico degli individui. La malattia, quindi, si inserisce in un circuito di continui rimandi che sfuggono a categorizzazioni univoche e certe e che narrano di relazioni, rapporti di potere, sfruttamento e discriminazione. La valenza della corporeità assume connotazioni particolari nell'esperienza del migrante, più che in ogni altra condizione sociale, egli, infatti, fa esperienza della nuova società solo ed esclusivamente come corpo, inteso come forza produttiva da sfruttare e da escludere⁵. L'identità, il vissuto storico e sociale dell'immigrato non assumono rilevanza, così la sofferenza per condizioni di liminalità e di marginalità inevitabilmente trova il suo terreno più fertile nell'espressione del corpo segnato dal dolore, dalla malattia e dal trauma. La molteplicità dei fattori di sofferenza trova, una comunanza nella mancanza di opportunità e nell'impossibilità di negoziazione delle esistenze, nella stretta in una morsa di cui è spesso anche difficile rintracciare le responsabilità.. L'esigenza di lavorare porta alla negazione, alla non accettazione del dolore stesso. Esso diviene così doppiamente incomunicabile: non è esprimibile nel linguaggio, ma va anche negato, celato, alla società di accoglienza per il mantenimento del proprio ruolo di lavoratore, e a volte anche ai propri familiari lontani per preservarli dalla sofferenza e dalla preoccupazione. Come afferma Sayad la malattia, sospendendo la possibilità di lavorare (l'unico senso della sua presenza), diventa la negazione dell'immigrato stesso⁶. Senza il lavoro egli si ritrova nello

3 M. Tognetti Bordogna, *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Franco Angeli, 2008

4 I. Quaranta I. (a cura), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano 2006.

5 A. Sayad, op. cit.

6 A. Sayad, op. cit.

smarrimento di dover di nuovo riconfigurare la sua identità in una nuova forma sociale: quella del malato. Ecco dunque questi corpi che parlano attraverso la malattia, il dolore e la sofferenza, e che narrano di storia, di cultura e di politica ad una società che però non riesce a considerarli come nient'altro che corpi, da lavoro o malati.

La cultura della salute è un valore individuale e sociale, come tale è un indice significativo dello sviluppo della società. La problematica della promozione della salute, si concretizza in larga misura, con l'interazione nel quotidiano, per il tramite dell'informazione e dell'educazione sanitaria. La prevenzione è un approccio epidemiologico al rischio ed ai fattori di rischio che minacciano la salute della popolazione e degli individui. Per il recupero della Salute si fa ricorso ai progressi scientifici, diagnostici, terapeutici, riabilitativi. Da non sottovalutare che gli operatori sanitari incontrano individui, che hanno un proprio mondo vitale e una personale visione del mondo. L'incontro dei sanitari con i pazienti, è un incontro con persone che hanno la propria storia, con il corpo che si fa conoscere con i comportamenti, esprimendo verbalmente ed analogicamente i simboli che si è costruito con la cultura. La sensibilità del sanitario per l'individualità del paziente fa da modulatore delle regole che suggerisce e prescrive. L'organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha sentito il dovere di definire la salute come "la realizzazione per tutte le donne e gli uomini di tutte le potenzialità fisiche, psichiche e culturali". Ossia si può parlare di persone sane, solo nel momento in cui le persone si realizzano completamente. La salute rappresenta un patrimonio, un bene per tutta la collettività. Per tale motivo ogni Stato moderno si è fatto garante della salute dei cittadini. L'impatto tra culture diverse provoca trasformazioni culturali significative, irrigidimenti, conflitti, incertezze. Se non si è in grado di cogliere tali dinamiche che comportano una nuova visione del mondo, assai difficile risulta comprendere gli elementi culturali che causano incertezze, stress, sfiducia. Tali aspetti contribuiscono sensibilmente al manifestarsi delle malattie, ma contribuiscono alla resistenza a cure con metodi o terapie non riconosciuti, perché non appartenenti alla propria cultura di riferimento.

L'antropologia è nata da un contatto con realtà diverse, locali e culturalmente lontane, attraverso un affinamento delle proprie metodologie d'indagine "sul campo". Essa è in grado di leggere il traffico delle culture, nell'intrecciarsi di esperienze, memorie e identità

che sono tipiche del mondo “globale”⁷. L’antropologia contemporanea non utilizza le categorie ‘noi’ e ‘altri’ in modo contrapposto, ma ritiene che la realtà sociale e culturale delle società odierne è un universo stratificato di modelli culturali che interagiscono tra loro, modificando il tessuto della convivenza quotidiana e delle relazioni etno - sociali. La migrazione non solo è l’espressione di una ricerca di una vita migliore ma può divenire anche un’esperienza di conoscenza e raffronto culturale. Le identità dei migranti vivono una rielaborazione del vissuto culturale - originario e intessono relazioni sociali transnazionali di stampo comunitario⁸. I media svolgono un funzione essenziale nel mantenimento di questi legami extraterritoriali che non sono circoscritti da confini e prendono vita nella dimensione virtuale. Costruiscono reti di collegamento tra vari contesti che comunicano, interconnettendo le persone e le cose e accelerando lo scambio di informazioni.. Il migrante vive una mobilità fatta di relazioni multiple, poiché l’intensità degli scambi globali apre grandi spazi di circolazione culturale. le diaspore globali sono caratterizzate da un ritorno alle tradizioni d’origine, solidarietà intra - etnica, relazioni conflittuali con il paese ospite, contatti con le comunità di connazionali presenti in altri paesi, creatività culturale, sviluppo culturale e artistico nei paesi di accoglienza.

Le interviste ai migranti

Per il lavoro che ci siamo accinte a svolgere siamo partite innanzitutto da una domanda: con quale strumento riusciremo meglio a percepire i sentimenti delle persone e a delineare un quadro logico delle loro azioni? A partire da una selezione delle tecniche apprese in base al percorso di studi svolto, abbiamo ritenuto che con l’utilizzo dell’approccio qualitativo e con l’ausilio delle interviste semi - strutturate saremmo riuscite nel nostro intento.

L’intervista qualitativa consiste in conversazioni estese tra il ricercatore e l’intervistato, durante le quali il ricercatore cerca di ottenere informazioni quanto più dettagliate e approfondite possibili sul tema della ricerca. Al pari delle altre tecniche qualitative, l’obiettivo primario di questo tipo di intervista è quello di accedere

7 U. Fabietti, R. Malighetti, V. Matera, *Dal tribale al globale. Introduzione all’antropologia*, Mondadori, Milano, 2002

8 Appadurai le definisce “comunità di sentimento”. *Modernità in polvere*, Roma, Meltemi, 2001

alla prospettiva del soggetto studiato, cogliendo le sue categorie concettuali, le sue interpretazioni della realtà e i motivi delle sue azioni⁹. L' intervista qualitativa è flessibile, ciò significa che è uno strumento aperto, modellabile nel corso dell'interazione, adattabile ai diversi contesti empirici e alle diverse personalità degli intervistati. L'intervistato, sotto la direzione di chi lo interroga e utilizzando le proprie categorie mentali ed il proprio linguaggio, è lasciato libero di esprimere le proprie opinioni e i propri atteggiamenti.¹⁰ A seconda del diverso grado di flessibilità, è possibile distinguere tra: l'intervista strutturata; l'intervista semi strutturata e l'intervista non strutturata.

La scelta del tipo di intervista dipende dagli obiettivi della ricerca e in questo caso abbiamo ritenuto opportuno scegliere di utilizzare l'intervista strutturata. Questo tipo di intervista prevede un insieme fisso e ordinato di domande aperte che vengono sottoposte a tutti gli intervistati nella stessa formulazione e nella stessa sequenza e l'intervistato è lasciato libero di rispondere come crede¹¹. L'intervista strutturata è la più rigida dei tre tipi: anche se la domanda non vincola l'intervistato, il fatto che le domande vengono poste a tutti nello stesso ordine rende l'intervista poco flessibile e adattabile alla specifica situazione¹². Da questo punto di vista essa rappresenta una sorta di mediazione tra l'approccio quantitativo e l'approccio qualitativo, è una tecnica ibrida che raccoglie informazioni, da un lato, in modo standardizzato con le domande e, dall'altro, in modo aperto e destrutturato con le risposte. Questa sua ambivalenza fa sì che l'intervista strutturata possa essere utilizzata quando si vuol procedere in modo standardizzato ma nello stesso tempo la conoscenza limitata del fenomeno non consente l'utilizzo di un questionario a risposte chiuse¹³. Le domande sono risultate essere undici, dodici a seconda delle risposte degli intervistati e la sequenza di esse è stata identica per le 10 interviste. Il lavoro più interessante è stato poi quello dell'analisi, in quanto è possibile ricostruire tante storie di vita, ognuna diversa per ogni soggetto.. Le interviste sono state svolte in un arco temporale di due mesi circa, da febbraio a marzo 2015. Le trascrizioni sono state effettuate tutte parola per parola per rendere visibile, nel modo più

9 P. Corbetta, *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, il Mulino, Bologna, 1999, pag. 405

10 *Ibidem*

11 S. Kanizsa, *La ricerca sul campo in educazione*, Pearson Italia, 1998, pag. 127

12 H. Schwartz, J. Jacobs, *Sociologia qualitativa*, il Mulino, Bologna, 1987, pag. 89

13 P. Corbetta, *op. cit.*, pag. 425

veritiero possibile, ogni racconto. L'obiettivo della trascrizione è stato quello di mantenere i significati espressi dagli intervistati e quindi di produrre un testo per la successiva analisi. La scelta delle persone a cui sottoporre l'intervista è stata dettata dall'impostazione del lavoro, metodologicamente avremmo dovuto utilizzare il termine campione, ma dato il numero degli intervistati, abbiamo preferito omettere l'utilizzo di questa parola.

. La parte più difficile di questa indagine è stata rapportarsi con soggetti che affrontano diversi percorsi terapeutici come la chemioterapia. Nonostante la sofferenza, la stanchezza dovuta alle cure a cui sono sottoposti, sono stati tutti molto disponibili durante l'intervista.

. Abbiamo intervistato 10 persone, di cui 9 donne e solo un uomo. Le prime domande che abbiamo sottoposto riguardavano il motivo della migrazione, tutti, hanno dichiarato che il motivo principale della loro permanenza in Italia riguarda esclusivamente il lavoro, a parte alcuni casi in cui il loro arrivo a Napoli è stato dovuto proprio alla necessità di sottoporsi a cure dovute alla malattia.

Una delle domande posta ai soggetti è stata: < in Italia sono cambiate le tue abitudini rispetto al tuo paese d'origine? Attività fisica, fumo, alcool?>. A questo proposito le risposte hanno iniziato a differenziarsi, in quanto alcuni hanno affermato di aver iniziato a fumare proprio qui in Italia per vari motivi, come per sopperire alla lontananza della propria terra, oppure dopo un evento traumatico come la perdita di un figlio. Rispetto alle abitudini alimentari non sono emerse particolari indicazioni, è però da tener presente l'importanza che hanno le pratiche alimentari. Il cibo, infatti, non si presenta solo come una risposta ad un bisogno biologico, ma come un codice che implicitamente declina rappresentazioni, relazioni e pratiche sociali di un determinato sistema culturale. Il cibo da sempre ha delineato i tratti di popoli, culture e società in base alle loro abitudini alimentari. Il cibo è un elemento culturale, basti pensare che, anche se onnivoro, l'uomo non si nutre degli stessi cibi in tutte le culture quindi scegliere alcuni cibi e rifiutare altri ha un'origine culturale¹⁴. E' pratica comune attribuire determinate pietanze a determinate culture, così come identificarne altre in base alle rispettive abitudini a tavola. Quindi volendo entrare nell'ottica di chi lascia il proprio paese d'origine per spostarsi altrove, migrare non comporta solo uno spostamento territoriale, un cambiamento fisico dei

14 R. Pravettoni, Il cibo come elemento di identità culturale nel processo migratorio, 2009, p. 20. <http://www.ricercageografica.blogspot.com>

luoghi e delle persone con le quali si sono instaurati legami forti, ma comporta anche il passare da una cultura, la propria, ad un'altra.

Così il cibo diviene l'unica ancora di riappropriazione identitaria verso la propria cultura ormai lasciata, diviene un ponte verso la propria terra, i propri familiari e i propri affetti. Le pratiche alimentari devono quindi essere analizzate all'interno di uno schema dinamico che possa spiegare il cambiamento, oltre che le strutture, di tali pratiche.

Dato che le interviste sono state condotte esclusivamente presso l'Istituto Nazionale Tumori Pascale, una delle domande era come fossero arrivati in quell'ospedale, sulla base di quali informazioni. Su questo punto le risposte sono state diverse, possiamo rilevare che nella maggior parte dei casi sono stati orientati da altre strutture ospedaliere, oppure da conoscenti e datori di lavoro. Inoltre ha inciso molto sulla scelta anche la fama della struttura ospedaliera, che è riconosciuto come un centro d'eccellenza per queste patologie.

A questo proposito, l'unico uomo del nostro campione, un ucraino, ammalatosi nel suo paese d'origine, probabilmente perché lavorava in una miniera di carbonio, ha raccontato che ha cercato su internet, quale fosse l'ospedale migliore in Campania per la gravità della sua malattia, inserendo delle parole chiave, ed è così che è arrivato al Pascale. Alla domanda come si trovavano in questo presidio ospedaliero hanno tutti risposto "Bene, sono bravissimi...gentili". Solamente l'unico uomo intervistato, con l'ausilio di una sua amica che parlava italiano, ha detto che non amava le attese così lunghe per le visite. Secondo l'amica, che ha commentato questa risposta, ciò era dovuto al fatto che, "anche se sono tutti bravi ... sapete medicina russa no buona come qua. Voi siete meravigliosi però loro abituati di un altro modo di vivere, come loro abbastanza stabili economicamente e loro tutto a piatto pronto".

Nei discorsi degli immigrati riportati nelle ricerche spesso il clima (nelle sua variabile troppo freddo o troppo caldo) e il cibo (non naturale, troppo pesante), che risultano diversi rispetto al proprio Paese, emergono come cause che indicano una difficoltà di adattamento, percepito quasi come uno sradicamento. La comparsa della malattia e del dolore fisico è spesso drammatica per il migrante perché invade quel corpo che è l'unico strumento della sua permanenza in Italia. L'immigrato investe nelle potenzialità del suo corpo il suo intero progetto migratorio, per cui è difficile accettare la sua alterazione, il suo cedimento. Appunto per questo alcuni pazienti arrivano ad instaurare una sorta di convivenza con il dolore, nell'attesa e nella speranza che

esso svanisca. Ogni esperienza di migrazione è comunque una storia unica fatta di ambivalenze e negoziazioni culturali, affermazioni di etnicità, frammentazioni che si esplicano in modi diversi e in diversi luoghi.



L' alimentazione di supporto dei pazienti oncologici migranti

A cura di
Pierluigi Pecoraro
Francesca Bianco
Roberto Ciampaglia
Ordine Nazionale dei Biologi

Conoscere le abitudini e gli stili di vita dei cittadini di origine straniera è fondamentale per contribuire a sensibilizzare la popolazione migrante sul tema della prevenzione e della diagnosi precoce. Il cambiamento dello stile di vita per il migrante rappresenta una vera e propria rivoluzione, il confronto con diversi modelli di comportamento con culture spesso molto diverse da quelle di origine, possono determinare un forte conflitto tra la necessità di integrazione e il desiderio di rimanere attaccati alle proprie tradizioni. Il mutamento delle abitudini alimentari è uno tra i primi cambiamenti, che il migrante deve affrontare, spesso ciò può comportare carenze o squilibri nutrizionali dovuti ad una scarsa variabilità della dieta, privilegiando il consumo di cibi poco salutari, con aumento del rischio cardiovascolare e di malattie metaboliche, condizioni predisponenti o aggravanti per le patologie oncologiche.

Studi epidemiologici hanno dimostrato come l'eccessiva assunzione di alimenti di origine animale consumati in maniera ripetuta ed abbinati al consumo di zuccheri raffinati possano favorire l'insorgenza del cancro all'intestino. Allo stesso modo una dieta ricca di proteine di origine animali, può favorire l'osteoporosi mentre una dieta povera di verdure incrementa lo sviluppo di quasi tutte le tipologie tumorali. Uno degli aspetti da valutare è quello legato alla qualità del cibo che consumiamo, ormai sempre più raffinato, come gli zuccheri, le farine ed gli oli. Questi processi di raffinazione portano alla perdita di preziosissime sostanze nutritive (vitamine, sali minerali, acidi grassi essenziali) e di antiossidanti ovvero molecole capaci di proteggere il nostro organismo dagli attacchi da parte dei radicali liberi.

Durante il trattamento oncologico, spesso accade di avere disturbi gastrointestinali quali nausea, vomito o diarrea, dovuti a taluni effetti collaterali relativi ai trattamenti stessi (in particolare chemioterapia e radioterapia); talvolta gli stessi farmaci antivomito, utilizzati ormai di prassi per alleviare tali disturbi, possono produrre transitorie ma fastidiose stipsi. I chemioterapici, inoltre, possono provocare un

impoverimento dei globuli bianchi, in mancanza dei quali è più facile sviluppare irritazioni nel tratto orale con risentimento delle mucose, così che, talvolta, diventano difficili la masticazione e la deglutizione. In questi casi un paziente va comprensibilmente incontro a momenti di ansia e depressione generando sentimenti che possono indurre l'istaurarsi di un'alimentazione errata o insufficiente. Anche se i disturbi sopra elencati possono risultare particolarmente fastidiosi, essi non devono impedire al paziente di mangiare regolarmente durante il periodo di trattamento, proprio al fine di minimizzare gli effetti collaterali.

È provato, infatti, che coloro che si alimentano in modo adeguato, tollerano meglio i farmaci, resistono meglio agli effetti tossici e si difendono con più efficienza.

Un'alimentazione equilibrata può inoltre aiutare a ricostituire più velocemente le cellule e gli organi sani irritati ed a prevenire la diminuzione del tono muscolare. Infatti benché non esistano prove che una dieta possa curare il cancro, è certamente vero che una dieta può aiutare a combatterne le conseguenze, sia da un punto di vista fisico che psicologico.

Le specifiche finalità del supporto nutrizionale nel paziente oncologico sono:

- prevenire e trattare la malnutrizione;
- potenziare gli effetti della terapia antitumorale;
- ridurre gli effetti collaterali della terapia antitumorale;
- migliorare la qualità di vita.

La valutazione dello stato nutrizionale nel paziente oncologico dovrebbe pertanto essere fatta al momento della diagnosi e ripetuta ad ogni visita di controllo, per iniziare un intervento nutrizionale mirato e tempestivo, al fine di favorire la sopravvivenza e la risposta alla terapia antitumorale. Il supporto nutrizionale aiuta nel controllo dei sintomi della neoplasia, riduce le complicanze postoperatorie, le infezioni, migliora la tolleranza ai trattamenti, la risposta immuno-metabolica, ma soprattutto migliora la qualità di vita del paziente.

L'intervento nutrizionale può essere di tipo precoce/preventivo quando il paziente viene seguito fin dall'inizio della terapia, specificamente nelle chemio e/o radioterapie a elevata tossicità

intestinale o nelle neoplasie delle prime vie digestive (neoplasie capo-collo, esofago, stomaco, pancreas). In questa situazione la finalità del supporto nutrizionale è di evitare o minimizzare la compromissione dello stato di nutrizione durante il ciclo terapeutico. La necessità di un supporto nutrizionale può inoltre realizzarsi nei pazienti che, non seguiti precedentemente, vanno incontro, durante le fasi diagnostiche e terapeutiche, alla malnutrizione, specie se di gravità tale da dover procrastinare o sospendere il ciclo terapeutico. L'intervento nutrizionale in questi soggetti ha l'obiettivo di ripristinare alcune funzioni biologiche fondamentali (equilibrio idro-elettrolitico; pressione oncotica circolante; impiego energetico del glucosio; ripartizione idrica intra/extra-cellulare), correggere deficit in atto (deplezioni in elettroliti, minerali, microelementi e vitamine, ecc.) ed evitare ulteriori alterazioni nutrizionali alla ripresa della terapia.

È rilevante il ruolo del supporto nutrizionale nella maggior parte di alcuni tumori. Nelle neoplasie del capo e del collo può determinarsi per tempi prolungati un'alterazione a livello buccale e/o faringo-esofageo nella formazione del bolo e nella deglutizione, con necessità di variare consistenza, tipologia e periodicità di ingestione degli alimenti; in alcuni casi la deglutizione può risultare permanentemente alterata con



necessità di passaggio alla nutrizione enterale. Nelle ampie resezioni esofagee, gastroduodenali e pancreatiche si determina un'alterazione del transito digestivo, con possibile insorgenza di ripienezza precoce, sintomatologia dolorosa, mala digestione e malassorbimento, diarrea; sono pertanto indicate diete specifiche, con frequenti rivalutazioni cliniche, per sostenere lo stato nutrizionale.

L'utilità del supporto nutrizionale, in fase terapeutica e non, è stata di recente indagata in pazienti neoplastici sottoposti a radiochemioterapia ed è stato dimostrato che il counseling nutrizionale (costruzione di un programma alimentare adeguato al singolo individuo) induce andamenti significativamente migliori, rispetto alla dieta "libera".

Quindi possiamo affermare quanto il mantenimento di un adeguato stato nutrizionale inoltre può ridurre le complicanze legate alla terapia oncologica contribuendo al benessere del paziente. Per questo motivo il supporto nutrizionale rappresenta una parte fondamentale del trattamento del paziente oncologico.

Obiettivi del supporto nutrizionale

La dieta per il paziente oncologico deve essere studiata adattandola al caso specifico e intrapresa tenendo presente la prognosi della patologia di base, in modo da adattare l'intensità dell'intervento dietetico (di supporto, di sussidio oppure palliativo).

Tutti i pazienti con problemi nutrizionali dovrebbero essere strettamente seguiti ed aiutati a comprendere il ruolo della nutrizione nell'ambito del trattamento della loro patologia.

Le modificazioni dietetiche dipendono dal grado di anoressia, dall'alterazione dal senso del gusto, dalla nausea, dal senso di sazietà precoce, dalla perdita di peso e dalle conseguenze della terapia.

Raccomandazioni dietetiche

Vengono qui di seguito elencate alcune considerazioni generali che possono essere utili nel determinare la dieta al paziente.

Dovrebbe essere individuata una dettagliata anamnesi alimentare per determinare le variazioni di peso nel passato, le preferenze e le abitudini alimentari, l'uso di supplementi nutrizionali, l'attuale introito proteico-calorico, le intolleranze alimentari, le anomalie del senso del gusto, la distribuzione dei pasti durante la giornata, l'indicazione di chi si occupa della preparazione del pasto e se il paziente sia in grado di alimentarsi da solo o no. Dovrebbe essere posta attenzione agli effetti

collaterali di tipo nutrizionale legati alla terapia attuale o passata. Le informazioni ottenute dall'anamnesi alimentare dovrebbero essere seguite attentamente nella determinazione della dieta. Il modulo interattivo proposto evidenzia i potenziali problemi nutrizionali della terapia oncologica, suggerendo alcuni approcci dietetici per aiutare il paziente a coprire i fabbisogni nutrizionali.

L'effetto della neoplasia sul metabolismo è solo parzialmente noto e non è possibile individuare il minimo apporto calorico e proteico sufficiente a coprire i fabbisogni del paziente affetto da malattia tumorale. Inoltre, attualmente non possono essere ancora definite le fonti energetiche (carboidrati e lipidi) e la quantità e la qualità delle proteine necessarie a mantenere il bilancio azotato.

Per questo motivo le raccomandazioni dietetiche sull'assunzione calorico-proteica giornaliera dovrebbero essere controllate nel tempo e modificate secondo la risposta individuale.

Se il paziente ha registrato un calo ponderale, il primo obiettivo nutrizionale è quello di prevenire un'ulteriore perdita di peso. Numerosi studi hanno dimostrato che il megestrol acetato (farmaco usato nelle patologie del cancro al seno o all'utero) può provocare una stimolazione del senso dell'appetito nei pazienti con neoplasie in stadio avanzato. Questa terapia dovrebbe essere presa in considerazione per i pazienti che presentano anoressia e cachessia. Se il paziente lamenta nausea a causa della malattia tumorale, della terapia radiante o della chemioterapia, può essere utile l'uso di un farmaco antiemetico quale la proclorperazina il farmaco dovrebbe essere somministrato da 30 a 60 minuti prima del pasto. Inoltre, se è presente dolore tale da interferire con l'alimentazione, l'uso di un analgesico prima dei pasti potrà aumentare lo stimolo a nutrirsi.

Dovrà essere chiaramente spiegata al paziente la necessità di cambiare le caratteristiche dei pasti e degli spuntini giornalieri. Per esempio, a un paziente abituato, prima della diagnosi di cancro, a non assumere spuntini e/o dessert per evitare un aumento ponderale, sarà opportuno spiegare che questa abitudine non è più adeguata. Dovranno inoltre essere liberalizzate le precedenti restrizioni dietetiche (controllo del colesterolo, dei lipidi, dell'assunzione calorica totale).

Le raccomandazioni dietetiche devono tenere in conto le possibilità e le capacità del paziente a prepararsi i cibi. Se egli è solo per parte della giornata il suggerimento sarà quello di utilizzare cibi che si preparino facilmente. Al paziente dovranno essere fornite per iscritto delle linee

guida dietetiche e lo si dovrà incoraggiare a utilizzare i cibi suggeriti nelle quantità raccomandate. Tuttavia, il paziente non dovrà essere eccessivamente pressato da parenti e amici sui problemi riguardanti la sua scarsa alimentazione poiché ciò potrebbe aumentare l'ansietà e diventare controproducente.

Quando possibile la dieta dovrebbe comprendere tutti alimenti naturali.

In alcuni casi possono essere utili delle integrazioni con prodotti ipercalorici e iperproteici, in forma liquida. I prodotti per nutrizione predigeriti (elementari) dovrebbero essere utilizzati solo se specificatamente indicato, come in presenza di malassorbimento (malassorbimento lipidico).

Le integrazioni multivitaminiche e minerali dovrebbero essere fornite ai pazienti che non siano in grado di introdurre una dieta ben bilanciata o che abbiano specifiche carenze.

Consigli pratici per incoraggiare l'assunzione di cibo nel paziente oncologico

- Suddividere i pasti in 5-6 spuntini nell'arco della giornata, a distanza di 2 o 3 ore l'uno dall'altro
- Preferire spuntini di proprio gradimento ad alto contenuto calorico come frutta secca, gelati.
- I cibi tagliati finemente e ben amalgamati grazie all'utilizzo di condimenti cremosi come formaggi morbidi, maionese e salse delicate facilitano la deglutizione e aumentano le calorie
- Per arricchire i cibi utilizzare olio, panna da cucina, formaggio, yogurt, zucchero, miele
- Evitare alcolici, bevande gasate, spezie e alimenti troppo caldi, salati o acidi

Ruolo della nutrizione nella prevenzione dei tumori

Studi epidemiologici e su modelli animali, condotti per anni, indicano che alcune abitudini alimentari possono incrementare il rischio di cancro. Non sono state dimostrate le teorie per cui alcuni tipi di dieta e alcuni componenti degli alimenti forniscano una protezione contro lo sviluppo della malattia neoplastica. Tuttavia, il National Cancer Institute, NCI e l'American Cancer Society, ACS e l'Istituto Oncologico Europeo IEO hanno stabilito alcune linee guida dietetiche prudenziali per la selezione dei cibi.

In particolare riportiamo le dieci utili raccomandazioni per la

prevenzione oncologica attraverso la dieta e lo stile di vita.

1. Mantieniti normopeso

La correlazione tra obesità e malattie croniche (come malattie cardiovascolari, diabete e cancro) è ormai accertata. Le maggiori cause di sovrappeso e obesità sono le scorrette abitudini alimentari e la sedentarietà. Mantenersi nell'intervallo del normopeso può essere uno dei migliori comportamenti in grado di prevenire il cancro. È importante mantenersi normopeso per l'intera durata della vita: essere sovrappeso durante l'infanzia e l'adolescenza aumenta le probabilità di essere un futuro adulto obeso.

Un'eccessiva introduzione calorica e l'obesità sono state poste in relazione con un'aumentata mortalità per alcune neoplasie, tra le quali il tumore della mammella, dell'utero, del colon, della colecisti e della prostata. La prevalenza di questi tumori aumenta con il grado di obesità.

2. Mantieniti fisicamente attivo ogni giorno

Qualsiasi tipo di comportamento che privilegi l'uso dei propri muscoli piuttosto che delle macchine nelle attività quotidiane, può contribuire al dispendio energetico che previene l'aumento del peso o favorisce la perdita di peso con conseguente diminuzione del rischio di tumore. La relazione tra attività fisica e riduzione del tumore è chiara ed esistono effetti biologici che sembrano giustificare questa correlazione:

- miglioramento del sistema digestivo e aumento della velocità del transito gastrointestinale;
- diminuzione del grasso corporeo;
- potenziamento del sistema immunitario;
- miglioramento della sensibilità all'insulina.

Studi epidemiologici hanno messo in evidenza che persone sedentarie si ammalano di più di tumore all'intestino, alla mammella e all'endometrio. Non si deve svolgere un'attività fisica per diventare un campione olimpionico, ma sarà sufficiente un impegno fisico pari ad una camminata a passo veloce per almeno mezz'ora al giorno, ma ancor meglio se si pratica uno sport che piace (anche il ballo rappresenta una buona pratica sportiva).

3. Limita il consumo di alimenti ad alta densità energetica ed evita le bevande Zuccherate

Una dieta troppo ricca di alimenti altamente energetici, in particolare prodotti industriali, è strettamente correlata a un aumento del rischio di sovrappeso e obesità; queste condizioni aumentano il rischio

di cancro e di numerose altre patologie croniche. Anche le bevande dolci hanno un ruolo cruciale nell'aumento del peso, soprattutto se consumate con regolarità: questo effetto negativo non è dato soltanto dall'apporto calorico, bensì dalla loro incapacità di saziare portandone a un consumo smodato. Non tutti gli alimenti ricchi di calorie sono deleteri per la salute, un classico esempio è rappresentato dalla frutta secca che, se consumata in quantità adeguata, è in grado di incidere positivamente sullo stato di salute poiché ricca di fibra, grassi salutari, micronutrienti e fitocomposti.

Contengono molte calorie sicuramente cibi preconfezionati e precotti industrialmente (normalmente per renderli più appetibili vengono preparati con più grassi e zuccheri), e quelli raffinati.

4. Consuma più alimenti di origine vegetale

In generale frutta e verdura, essendo ricche di acqua e fibra, hanno un apporto calorico basso e, soprattutto quando consumate con varietà, rappresentano un'importante fonte di vitamine, sali minerali e altre molecole benefiche chiamate fitocomposti. I legumi sono una buona fonte proteica e i cereali integrali contribuiscono all'apporto di fibra nella dieta. La frutta secca e i semi oleosi sono veri e propri concentrati di micronutrienti e grassi salutari, benefici per il sistema cardiovascolare, mentre le erbe aromatiche e le spezie sono utili per arricchire la dieta di sapori naturali e vitamine e sali minerali. Consumando principalmente alimenti di origine vegetale è possibile ridurre il rischio di cancro ma anche di sovrappeso e obesità, strettamente correlati con la salute.

L'incidenza del cancro al colon è bassa in popolazioni che utilizzano diete ricche di fibre. Si ipotizza che potrebbero esercitare i loro effetti diluendo la concentrazione dei carcinogeni nel colon, riducendone la formazione con l'alterazione della flora batterica intestinale

5. Limita il consumo di carne rossa ed evita il consumo di carni lavorate e conservate.

Gli alimenti di origine animale consumati all'interno di una dieta sana e ricca di prodotti vegetali rappresentano un apporto di nutrienti e possono rientrare in una dieta salutare e preventiva. Per quanto riguarda le uova, il latte e i suoi derivati, le carni bianche e il pesce, non esistono a oggi evidenze che il loro consumo influisca sullo sviluppo delle patologie oncologiche. Per quanto riguarda la carne rossa, invece, i dati raccolti finora dicono che un consumo al di sotto dei 500g alla

settimana non costituisce un pericolo per la salute. Gli insaccati e le carni lavorate e processate sarebbero da eliminare dalla lista della spesa e da consumare solo occasionalmente. Non è chiaro quale sia il collegamento diretto tra il consumo di carni lavorate e conservate e il rischio di cancro perché i fattori di rischio potrebbero essere legati al metodo di conservazione (sale, affumicatura, conservanti, coloranti) oppure al contenuto di grassi saturi.

Il consumo esagerato di carni rosse e conservate è associato al rischio di cancro all'intestino, ma probabilmente anche a quello dello stomaco; è sospetto per quello all'esofago, al polmone e alla prostata.

6. Bevande alcoliche. se sì, con moderazione

L'eccesso di alcol, indipendentemente dal tipo di bevanda, è legato a un aumento del rischio di cancro: se ne raccomanda quindi un consumo decisamente moderato. Allo stesso tempo, però, esistono evidenze che un consumo moderato di un certo genere di alcol possa contribuire alla prevenzione del rischio di patologie cardiovascolari. Queste informazioni richiedono molta attenzione perché, se è vero che dal punto di vista cardiologico un piccolo consumo di alcol possa fare bene, in ambito oncologico questo beneficio non si è mai dimostrato e anzi non è stato possibile individuare un livello di consumo al di sotto del quale il rischio di cancro non aumenti.

Le ricerche effettuate finora dimostrano che l'effetto negativo dell'alcol è ulteriormente amplificato quando combinato con il fumo di sigaretta. Oltretutto le bevande alcoliche forniscono parecchie calorie, quindi un consumo smodato di alcol può aumentare il rischio di sovrappeso e obesità. Le donne incinte non dovrebbero consumare alcol.

Si raccomanda un uso limitato; per chi è abituato ad assumere alcolici la dose tollerata è un bicchiere per le donne e due per gli uomini (da consumare durante i pasti). La quantità di alcol presente in un bicchiere è simile a quello contenuto in una lattina di birra o ad un bicchierino di liquore o di un distillato. L'abuso ed il consumo eccessivo di alcol favorisce lo sviluppo di tumori al cavo orale, alla faringe, alla laringe, all'intestino, al fegato e alla mammella.

7. Limita il consumo di alimenti ricchi di sale

Alcuni metodi di preparazione, lavorazione e conservazione dei cibi possono influire sul rischio di tumore. Le evidenze a oggi più convincenti riguardano le carni conservate con metodi di affumicatura, salatura e uso di conservanti. Il sale è importante per la salute

dell'organismo ma i livelli di cui necessitiamo sono sensibilmente inferiori a quelli consumati in media dalla popolazione. Studi recenti hanno confermato che un consumo medio di sale al di sotto di 5 g al giorno rappresenta un buon compromesso tra il soddisfacimento del gusto e la protezione della salute. I principali problemi di salute legati a un consumo eccessivo di sale includono l'aumento del rischio di cancro allo stomaco e di ipertensione. Riducendo il consumo di sale e di prodotti ricchi di sale è possibile prevenire il rischio di cancro allo stomaco.

Il consumo eccessivo di sale è fortemente associato allo sviluppo del cancro allo stomaco.

8. Soddisfa i fabbisogni nutrizionali attraverso la dieta

Consumare integratori alimentari per prevenire le patologie croniche, tra cui i tumori, può avere effetti negativi per la salute. Aumentare la varietà della dieta è invece un ottimo metodo per mantenere l'organismo in salute e prevenire i tumori. Le vitamine, i sali minerali e gli altri composti vanno presi in considerazione come parte integrante degli alimenti che li contengono. Le evidenze scientifiche rafforzano questo concetto dichiarando che la migliore forma di nutrimento è rappresentata dagli alimenti e non dai supplementi. Nella ricerca in campo oncologico ci sono stati casi in cui specifiche integrazioni in persone ad alto rischio hanno avuto un ruolo positivo nella prevenzione di alcuni tipi di tumore: questi risultati non sono utili da applicare alla popolazione sana perché i livelli di integrazione possono essere diversi da caso a caso e un eccesso può causare effetti collaterali anche gravi. Per questo motivo non è prudente raccomandare il consumo di supplementi e integratori alimentari per la prevenzione oncologica.

Naturalmente più si dispone di un'alimentazione varia e controllata, più si riescono ad introdurre una più ampia gamma di nutrienti. È invece sconsigliato l'uso di integratori vitaminici e di sali minerali per la prevenzione del cancro.

9. Allattare al seno almeno per i primi sei mesi

Le evidenze (non soltanto in campo oncologico) mostrano che il migliore alimento per i neonati fino a sei mesi è il latte materno. L'allattamento al seno esclusivo fino a sei mesi può essere protettivo tanto per la madre quanto per il bambino. Per la donna, l'allattamento al seno protegge dall'insorgenza del tumore del seno a tutte le età. Sono presenti, anche se limitate, evidenze che l'allattamento al seno

protegga dall'insorgenza del tumore ovarico. Per i neonati ci sono probabili evidenze che l'allattamento per almeno 6 mesi sia in grado di prevenire il sovrappeso e l'obesità e le patologie correlate. Ricordiamo che un bambino in sovrappeso ha più probabilità di diventare un adulto obeso rispetto a un bambino normopeso. Esiste una serie di effetti benefici legati all'allattamento al seno come la protezione da infezioni durante l'infanzia e lo sviluppo del sistema immunitario del bambino.

10. Le raccomandazioni per la prevenzione oncologica sono valide anche per chi ha già avuto casi di tumore.

Una dieta sana e varia, ricca di frutta e verdure, di cereali integrali e legumi e povera di carne rossa, in particolare salumi e insaccati, è in grado non solo di prevenire l'insorgenza di cancro ma anche di tenere sotto controllo la crescita tumorale in diversi stadi della malattia. È inoltre riconosciuto che uno stile alimentare di questo tipo può fornire all'organismo vitamine, sali minerali e altri composti benefici che difendono l'organismo dal cancro e da altre

patologie croniche. Negli ultimi anni è stato confermato che il controllo del peso corporeo ha un ruolo cruciale per le persone che hanno vissuto una storia di cancro. Sembra che mantenere il peso nella norma (nella scala dell'IMC tra 18.5 e 24.9) sia in grado di stabilizzare l'assetto metabolico dell'organismo e scoraggiare la crescita tumorale. Allo stesso tempo, una situazione di sovrappeso o obesità causa una serie di stress all'organismo che, in alcuni casi, sembra favorire la crescita del cancro. Anche l'attività fisica è importante per chi ha avuto un tumore perché contribuisce a dare forza all'organismo e al sistema immunitario, oltre che



aiutare a mantenere il peso nella norma.

Bibliografia:

- Morrow GR. Chemotherapy-related nausea and vomiting: etiology and management . *Cancer* 1983; 52:346-352
- Wood RM, Lander VL, Mosby EL, Hiatt Wr. Nutrition and the head and neck cancer patient . *Oral Surg Oral med Oral Pathol* 1989; 68: 391-395
- Kokal Wa. The impact of antitumor therapy on nutrition . *Cancer* 1985;55:273-278
- Loprinzi Cl, GoldbergRM, BurnhamNL. Cancer-associated anorexia and cachexia . *Drugs* 1992;43:499-506
- Theologides A. Pathogenesis of anorexia and cachexia in cancer . *Cancer Bull* 1982;34:140-149
- Jennifer K. Nelson, Karen L. Moxness, Michael D. Jensen, Clifford F. Gastineau *Mayo Clinic* 1994;12:261-26
- Jemal A, Bray F, Center MM, et al. Global Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin* 2011;61:69-90.
- Survival of Cancer Patients in Europe: the EURO CARE-3 Study. *Ann Oncol* 2003;14(Suppl 5).
- Inui A. Cancer anorexia-cachexia syndrome: current issues in research and management. *CA Cancer J Clin* 2002;52:72-91.
- Le Dieci utili raccomandazioni per la prevenzione oncologica attraverso dieta e stile di vita Istituto Oncologico Europeo

Domanda di salute nei migranti

A cura di

Maria Grimaldi

Emanuela Rotondo

Rosita Pica

Epidemiologia Istituto Nazionale Tumori

Fondazione G. Pascale

La crescente presenza straniera ha determinato nel corso degli anni la necessità di valutare le implicazioni sociali, economiche e sanitarie del fenomeno e di predisporre interventi organizzativi volti a garantire assistenza agli stranieri presenti in Italia. E', infatti, riconosciuto che esiste una stretta associazione tra lo stato di salute e una posizione di svantaggio sul piano socio-economico. In particolare, la salute degli immigrati è strettamente connessa ai sistemi di accoglienza e ai processi di integrazione sociale messi in atto nel Paese ospite: le evidenze epidemiologiche mostrano, infatti, che la maggior parte delle patologie scaturiscono dalle condizioni abitative e lavorative, dal tipo di rapporto con le istituzioni, dagli stili di vita e dalle difficoltà relazionali e di socializzazione.

Il questionario utilizzato (preparato dalle associazioni di volontariato che hanno aderito al progetto, dal Dipartimento di scienze Sociali dell'Università di Napoli Federico II ed elaborato dalla S.S.D di Epidemiologia dell'Istituto Nazionale dei Tumori Fondazione G. Pascale) mira ad indagare alcuni aspetti legati alla salute nel vasto panorama dell'immigrazione, oltre a rilevare variabili socio-anagrafiche comprende domande su molteplici aspetti: salute, abitudini alimentari, abitudini al fumo e consumo di alcool.

Il campione è costituito da 93 adulti extracomunitari di cui 49 donne e 43 uomini, ricoverati presso l'Istituto Tumori di Napoli e l'ospedale di Frattamaggiore. Per la dimensione ridotta e per il metodo di selezione non validato il campione non può ritenersi rappresentativo, tuttavia l'analisi delle variabili ci permette di effettuare alcune considerazioni. Si tratta di un campione relativamente giovane in quanto circa l'80% appartiene ad una fascia d'età uguale o inferiore ai 50 anni. Riguardo il "titolo di studio" la maggior parte degli extracomunitari intervistati dichiarano di possedere un livello d'istruzione medio alto, infatti il

43% ha conseguito il “diploma di scuola media superiore” e il 14% la “Laurea” (tab.1). Poco più della metà del campione (55%) è coniugato/convivente, il 27% risulta essere nubile/celibe, vi è un solo vedovo tra gli uomini e 9 donne separate/ divorziate (tab.2). Rispetto la nazione di provenienza i due gruppi che risultano essere più numerosi sono la comunità del Bangladesh con il 29% e gli Ucraini con il 30% che insieme compongono più della metà del campione (tab.3). Il 66,7% dichiara di aver lasciato il proprio paese d’origine “ per migliorare la propria vita”. Il 60% è arrivato in Italia prima del 2012 il restante 40% successivamente. Le patologie per le quali il campione è ricorso all’assistenza sanitaria nazionale sono le più disparate, le più frequenti risultano essere: problemi legati al diabete 10%, il 15% si è rivolto alla struttura pubblica per problemi legati alla gravidanza e al parto, l’8,6% per patologie tumorali (tab.4). Per i problemi legati al proprio stato di salute il 39,8% si è rivolto alla “struttura ospedaliera”, il 43% “all’Ambulatorio STP” e il restante 17,2% al MMG. Quasi la totalità del campione il 98,9% considera “buona” l’accoglienza in ospedale.

Abitudini alimentari: Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l’eccesso di peso e le cattive abitudini alimentari rappresentano fattori di rischio rilevanti per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito). Sono state quindi indagate le abitudini alimentari. Il 77,4% del campione dichiara “di non aver modificato le proprie abitudini alimentari dopo l’arrivo in Italia”. Circa l’86% dichiara che nella propria dieta sono compresi minimo 3 pasti al giorno, colazione, pranzo e cena, tale frequenza era la stessa anche nel proprio paese d’origine. Il 71% dichiara di consumare “una volta a settimana” carne rossa e il 69% carne bianca . Circa il 68% dichiara di consumare pesce una volta a settimana. La maggioranza circa il 70% consuma i pasti a casa.

Abitudine al fumo: Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell’insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative in particolare a carico dell’apparato respiratorio e cardiovascolare ed è la principale causa del tumore al polmone. Esso rappresenta inoltre un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto solo passivamente. La maggioranza del campione circa il 65% dichiara di “non aver mai fumato”, il 28% dichiara di fumare, circa il 6% dichiara di essere un “ex

fumatore” quindi di non fumare da più di 6 mesi.

Consumo di alcol: Nonostante l’enorme impatto sulla salute pubblica per i rischi connessi ad un suo uso eccessivo, il problema alcol rimane attualmente sottostimato. Il consumo d’alcol rimane tra le principali cause della cirrosi epatica e di incidenti stradali. Circa il 96% del campione dichiara di “non consumare normalmente alcool” contro solo il 4% che dichiara di consumare alcool di cui la metà aveva quest’abitudine già nel proprio paese d’origine.

Infine è stato chiesto agli intervistati se in futuro torneranno nel proprio paese d’origine” e l’86% del campione ha dichiarato di non prevedere il ritorno.

Tab. 1 Distribuzione del campione per sesso e titolo di studio

Titolo di studio	Uomini		Donne		Totale	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Scuola elementare	12	27,3	7	14,3	19	20,4
Scuola media inferiore	15	34,1	5	10,2	20	21,5
Scuola media superiore	14	31,8	26	53,1	40	43,0
Laurea	3	6,8	11	22,4	14	15,1
Totale	44	100	49	100	93	100

Tab. 2 Distribuzione del campione per sesso e stato civile

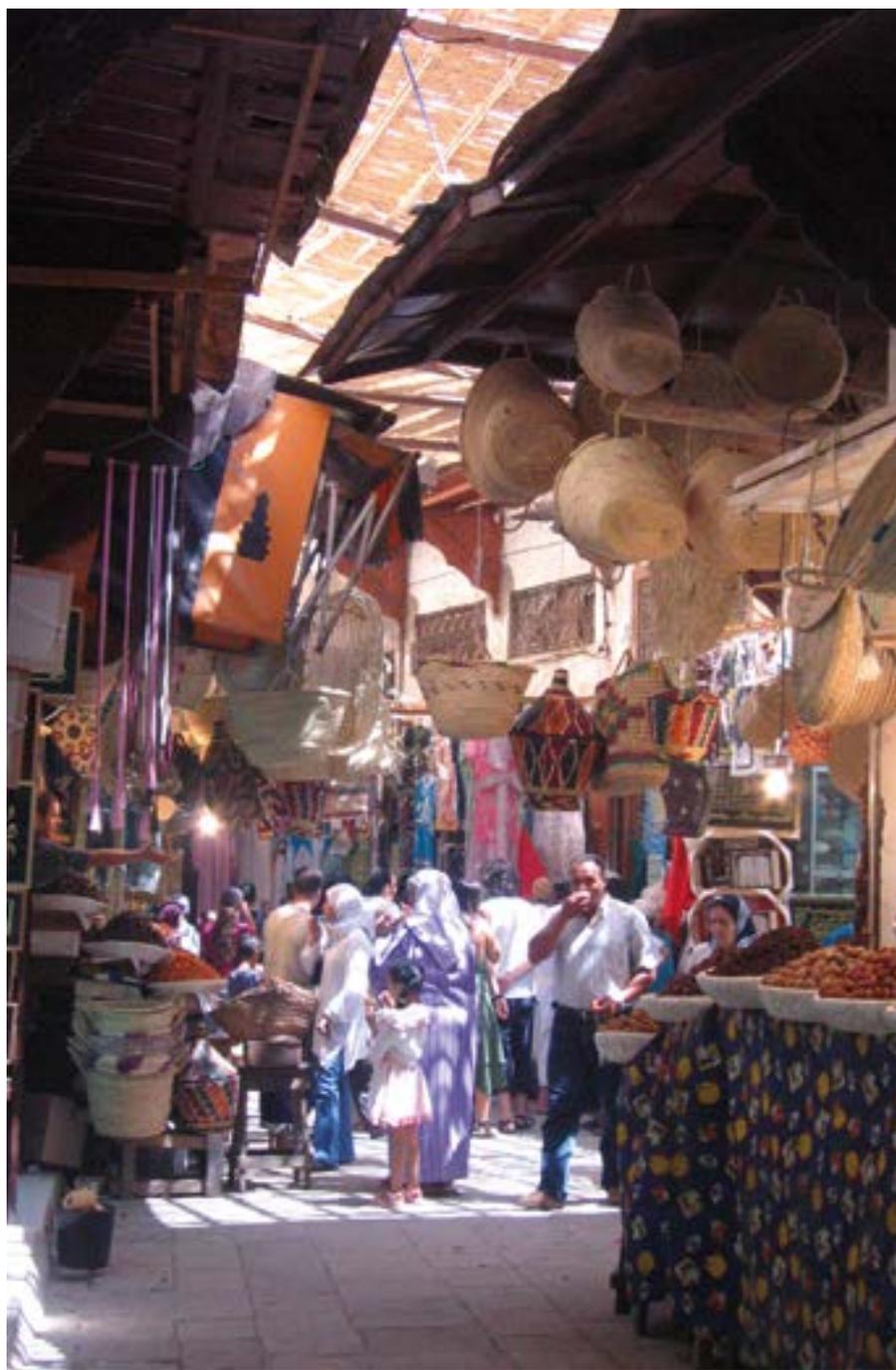
Stato Civile	Uomini		Donne		Totale	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Nubile/Celibe	14	31,8	11	22,4	25	26,9
Coniugato/Convivente	29	65,9	22	44,9	51	54,8
Vedovo/a	1	2,3	7	14,3	8	8,6
Divorziato/separato	0		9	18,4	9	18,4
Totale	44	100	49	100	93	100

Tab. 3 Distribuzione del campione per nazionalità di provenienza

Nazionalità	N.	(%)
Ucraina	28	30,1
Bangladesh	27	29,0
Bulgaria	9	9,7
Marocco	8	8,6
Pakistan	5	5,4
Nigeria	3	3,2
Romania	2	2,2
Russia	2	2,2
Srilanka	2	2,2
India	1	1,1
Cuba	1	1,1
Ghana	1	1,1
Moldavia	1	1,1
Indonesia	1	1,1
Georgia	1	1,1
Algeria	1	1,1
Totale	93	100

Tab. 4 Distribuzione del campione per diagnosi principale

Tipo diagnosi	N.	(%)
Parti/Gravidanze	14	15,1
Diabete	9	9,7
Tumore ovaio/cervice	8	8,6
Fratture	5	5,4
Ipertensione	5	5,4
Colica	3	3,2
Cisti	3	3,2
Gastrite	2	2,2
Patologia odontoiatrica	2	2,2
Sindrome ipereosinofila	2	2,2
Artrosi	2	2,2
Ernia	2	2,2
Artrite	2	2,2
Tumore tiroide	2	2,2
Altre patologie	31	33,3
Non riportati	1	1,1
Totale	93	100





NOTA INTRODUTTIVA

LA MEDIAZIONE CULTURALE

Credo sia giusto iniziare la nostra presentazione con una nota storica: il riconoscimento della funzione che assolve il mediatore culturale in ambito sanitario.

Va dato atto alla Regione Lombardia che, nel lontano 1990, attraverso l'Associazione Naga di Milano, realizzò per prima in tutta Italia, un corso per 15 mediatori, da inserire nell'ambito sanitario lombardo. Nel corso degli anni la figura del mediatore si è arricchita sul piano professionale risultando essenziale in un gran numero di servizi: consultori, ospedali, servizi sociali, scuole, comuni, uffici immigrazione delle questure, istituti penitenziari, ecc..

Attualmente la mediazione culturale è un intervento che può strutturarsi in due fasi:

1. Un'azione di advocacy: di difesa dei diritti di un utente che subisce forme di razzismo istituzionale. Perciò quest'ultimo ha difficoltà a rappresentare i propri bisogni e a farli valere. Quindi il mediatore interviene in sua difesa e lo rappresenta;
2. Un'azione di empowerment: di aiuto e di sostegno ad un utente affinché utilizzi al meglio le informazioni e le strategie ricevute, per risolvere i propri problemi in modo efficace.

Pertanto, in un primo approccio, il mediatore informa, traduce le informazioni, avvicina il servizio all'utente in modo da renderlo più accessibile e più trasparente. Contemporaneamente informa gli operatori del servizio sanitario rispetto a specificità culturali, differenze e tratti propri della comunità d'origine dell'utente.

In un secondo momento la mediazione acquisisce altre funzioni: diventa interpretariato, prevenzione e gestione dei fraintendimenti, dei malintesi e dei blocchi comunicativi. Quindi il mediatore non si limita più solo alla traduzione ma ha il compito di svelare la dimensione nascosta, il non detto.

Con questo progetto, e con i precedenti "Dahagan" del Comune di Sant'Antimo su finanziamento regionale e "Safiya" su finanziamento dell'allora ASL NA3, ambedue svoltisi in ambito sanitario, la figura del mediatore ha contribuito anche a modificare e stimolare, migliorandoli, l'organizzazione dei servizi sanitari nell'ambito ospedaliero, ma anche nei servizi di front - office STP e di scelta e revoca degli MMG e PLS.



IL PROGETTO UNRRA E LE PROSPETTIVE DELLA MEDIAZIONE CULTURALE IN AMBITO SOCIO SANITARIO NELL'AREA METROPOLITANA DI NAPOLI

L'attuale progetto ha voluto incidere in modo particolare sul diritto alla salute quale diritto fondamentale di ogni cittadino, come affermato dalla nostra stessa Carta costituzionale.

Con l'evoluzione di questa idea progettuale si è cercato di far comprendere che i diritti fondamentali non basta proclamarli, ma vanno garantiti attraverso percorsi che tengano conto di disparità di condizioni e di conoscenze e insieme di differenze di culture e tradizioni. L'uguaglianza dei diritti, infatti, passa non solo attraverso percorsi di pari opportunità ma anche attraverso un'informazione mirata a far crescere la consapevolezza dei propri diritti e insieme la conoscenza di strumenti, sedi, strutture in grado di rispondervi.

La salute degli stranieri che affrontano condizioni di vita difficili e in molti casi precarie, ha bisogno di un sostegno tangibile. Si è fatto comprendere che le informazioni devono essere chiare sia per l'utenza straniera che per gli operatori sanitari che direttamente operano in questo ambito.

Uno sguardo approfondito, all'interno dell'utenza immigrata, è stato rivolta alla tutela della salute delle donne cercando un metodo per eliminare almeno gli ostacoli iniziali che si frappongono tra l'utente donna e le strutture sanitarie. Questo percorso ha stimolato un miglioramento nell'offerta dei servizi sanitari nel senso di porre maggior cura e attenzione per la sensibilità e i modi di vivere la salute e la malattia delle donne immigrate con i tempi, le terapie e le prassi previste nei nostri protocolli sanitari. A fine percorso è rimasto impresso nella mente del personale medico e paramedico l'esigenza di stabilire pratiche di scambio in ambito sanitario per rispondere con serietà a esigenze primarie di cittadinanza e di convivenza paritaria.

Questo progetto, quindi, è stato indiscutibilmente di riferimento per la popolazione immigrata poiché ha messo a disposizione loro un quadro informativo e conoscitivo del sistema dei servizi sanitari del territorio.

In particolare:

1. L'esistenza e l'utilizzo di servizi di emergenza quali: la guardia medica, il pronto soccorso del Presidio Ospedaliero "S. Giovanni di Dio", il servizio ambulanza di emergenza del 118;
2. I consultori familiari che si occupano della promozione della salute del bambino e della donna;
3. Gli ambulatori dedicati al rilascio della tessera S.T.P. (straniero temporaneamente presente), per i cittadini stranieri non in regola con il permesso di soggiorno;

I mediatori operanti presso il presidio ospedaliero e presso il Distretto 41 hanno diffuso informazioni agli immigrati sul nostro sistema sanitario e in particolare sono stati loro illustrati i principali servizi e specificamente:

1. È stato spiegato che per usufruire del diritto all'assistenza sanitaria in Italia occorre iscriversi al S.S.N. e che tale diritto è esteso anche ai familiari a carico regolarmente soggiornanti;
2. Che è possibile effettuare la scelta del medico di famiglia e del pediatra per i bambini (da 0 a 14 anni);
3. Che in presenza di malattie specifiche è necessario eseguire visite specialistiche e sottoporsi ad esami di laboratorio, radiologici, ecc. e se opportuno procedere con un ricovero ospedaliero;
4. L'importanza della tessera S.T.P. e le prestazioni ad essa afferenti;
5. I servizi offerti dal consultorio per le donne, per i bambini, e per le problematiche di coppia, in modo particolare per le coppie miste (italiani e stranieri);
6. l'uso delle medicine ed il suo acquisto da effettuarsi unicamente nelle farmacie e la necessità di farsi prescrivere i farmaci dal medico di famiglia e dal pediatra per i bambini e non ricorrere a medicinali dei paesi di origine procurati con espedienti vari;
7. alle partorienti rom l'importanza delle vaccinazioni per i bambini, facendo comprendere che sono uno degli strumenti di profilassi più importanti contro alcune gravi malattie infettive. Spesso i mediatori sono rimasti in contatto con le partorienti e le hanno accompagnate all'ufficio vaccinazioni per controllare che i bambini venissero sottoposti sia a quelle obbligatorie che a quelle facoltative;
8. Agli adulti immigrati, soprattutto ai lavoratori, è stata spiegata

l'importanza di sottoporsi alle vaccinazioni contro il tetano e l'epatite virale di tipo "B".

L'opera dei mediatori nelle strutture sanitarie è stata utile agli immigrati affinché superassero la diffidenza nell'avvicinarsi a questi servizi pubblici, ma anche agli operatori sanitari per comprendere che :

1. L'iscrizione al S.S.N. non cessa in caso di scadenza del permesso di soggiorno, perché gli immigrati in possesso del cedolino sono in attesa del rinnovo e quindi non perdono il diritto alle cure;
2. La difficoltà per gli immigrati di restare in fila per delle ore presso lo sportello del Distretto 41, per la scelta del medico e per le prenotazioni delle visite specialistiche, è collegata soltanto ad una mancanza di flessibilità degli orari lavorativi ai quali sono sottoposti;
3. Nei reparti del P.O. S. "Giovanni di Dio", il personale medico deve prestare attenzione nella prescrizione dei farmaci ai pazienti in possesso della tessera sanitaria STP, perché i possessori di questo documento essendo privi di reddito, possono vedersi prescritti solo i farmaci previsti come equivalenti dal sistema sanitario.

I mediatori, affiancando il personale sanitario del Distretto 41 e della struttura ospedaliera, hanno evidenziato alcune problematiche quali:

1. La cattiva qualità della vita dei lavoratori immigrati che li espone a troppe malattie;
2. La necessità per le donne di avere un supporto per l'educazione dei figli. Le partorienti che lavorano, in particolare, hanno bisogno di un sostegno per il periodo post-partum perché, non avendo familiari in Italia, non sanno a chi affidare il neonato per riprendere il lavoro;
3. La necessità di promuovere una corretta alimentazione tra gli immigrati, che spesso usano alimenti che procurano loro uno sbilancio energetico;
4. Gli abusi e le violenze sessuali contro le donne immigrate sui luoghi di lavoro;
5. Gli abusi e i maltrattamenti sulle donne e i minori all'interno del nucleo familiare;
6. Le conflittualità nei matrimoni o nelle convivenze miste che sfociano in violenze o separazioni a danno dei minori;
7. Il disagio preadolescenziale e giovanile dei minori immigrati che

sempre più spesso smarriscono la loro identità non sentendosi né italiani né stranieri;

8. L'aumento delle patologie di salute mentale, di alcolismo, di tossicodipendenza anche tra gli immigrati.

I mediatori presso il Distretto 41 hanno aiutato gli immigrati anche a compilare dei moduli per:

1. Scelta del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta;
2. Smarrimento della tessera sanitaria;
3. Autocertificazione;
4. Esenzione dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica;
5. Dichiarazione di "indigenza".

In ospedale i mediatori culturali hanno aiutato i medici a comprendere i problemi di salute che gli immigrati ricoverati lamentavano, attraverso la traduzione linguistica.

Con l'intervento dei mediatori si è riusciti a risolvere il problema delle partorienti rom che non comprendevano che per essere dimesse dall'ospedale col nascituro dovevano preventivamente recarsi al Comune e registrarne la nascita. Accadeva, infatti, che alcune coppie rom perdevano la patria potestà perché la donna, subito dopo il parto, lasciava l'ospedale per poi ritornare dopo pochi giorni a prelevare il bambino. Ma, intanto, l'ospedale aveva messo in moto il percorso dell'abbandono ed il nascituro andava in adozione. Questa disfunzione è stata risolta dall'operatività dei mediatori i quali, appena partoriva una rom, il giorno dopo la accompagnavano al Comune per registrare la nascita del proprio figlio. Inoltre, i mediatori, in ospedale hanno dato informazioni ai ricoverati circa la legge sull'immigrazione, creando così una sorta di sportello informativo ambulante. Hanno ricercato parenti ed amici dei ricoverati, quando questi erano sul territorio di residenza degli ammalati, per fornire a questi ultimi notizie sullo stato di salute dei loro congiunti, in modo da farli assistere nel decorso della malattia. Hanno aiutato i medici ad individuare quei casi affetti anche da patologie di salute mentale e da alcolismo. Inoltre, accompagnando le partorienti immigrate presso l'ufficio stato civile del Comune per la registrazione delle nascite dei propri figli, i mediatori hanno scongiurato il pericolo di trascrivere in modo errato nomi e cognomi stranieri dati ai nascituri.

Un importante passo verso l'integrazione si è raggiunto con l'intervento dei mediatori presso il reparto materno - infantile nei confronti delle donne di fede musulmana. Infatti, per le comunità arabe di fede islamica, le donne possono essere visitate solo da altre donne, cosa non sempre garantita in ospedale, essendo i medici soggetti a turnazioni per cui è difficile trovare in ogni turno una presenza femminile. Questo è stato spiegato alle pazienti dai mediatori che hanno pian piano imparato ad accettare di farsi visitare da esponenti dell'altro sesso.

Un passaggio importante è stato rappresentato anche dal questionario che l'equipe del professore Montella ha voluto distribuire agli immigrati ricoverati per approfondire la conoscenza dei loro stili di vita e delle loro abitudini alimentari.



LA CASA DI ACCOGLIENZA "A. MAHINO" DI CASANDRINO

Non è possibile spiegare in poche righe l'utilità della casa di accoglienza "A. Mahinou" di Casandrino, gestita dalla Cooperativa Dadaa Ghezo, a supporto dei servizi sanitari per le donne che, al momento delle dimissioni dall'ospedale, erano carenti di un alloggio presso cui recarsi.

Le donne e i bambini accolti hanno avuto problemi di salute differenti.

La casa di accoglienza, per tutte le ospiti, ha effettuato la presa in carico integrata. Tutto ciò che riguardava il percorso socio-sanitario è stato sempre espletato con pienezza di risultato. Infatti, la storia dell'accoglienza post-degenza, risale al "Progetto Safiya" dell'allora ASL Na3 (anno 2003).

Già all'epoca, la casa aveva sperimentato l'accoglienza di donne straniere, affette da differenti problemi di salute, che attraverso percorsi personalizzati, venivano accolte e poi accompagnate verso l'autonomia sociale, legale, psicologica, sanitaria, lavorativa.

Questo progetto invece è stato più specifico perché si è intervenuti nella vita delle donne per circoscrivere un periodo delicato quale può essere il manifestarsi di una malattia inaspettata, che spesso interrompe un progetto migratorio in atto. Nella casa sono entrate donne affette da: tumori allo stato terminale, gravidanze non desiderate, violenze familiari, torture procurate dallo sfruttamento alla prostituzione, problemi di salute mentale, depressione post-partum, ecc.

Tutto ciò è stato affrontato con cura e competenza dagli operatori e mediatori culturali che si sono occupati del "non detto", cioè di tutti quegli elementi che fondano sulla difficoltà di recepire le necessità dei pazienti stranieri. In breve, nell'ospedale, la malattia veniva senz'altro curata, ma non si riusciva ad andare incontro alle esigenze dell'essere umano con tutto il suo bagaglio culturale. Ad esempio, alcune ospiti, in quel periodo hanno avuto il problema di rinnovare il loro permesso di soggiorno mentre ancora non lavoravano essendo in una fase post-degenza. La Cooperativa Dadaa Ghezo ha potuto risolvere questo problema offrendo loro un lavoro solidale ed un contratto per rinnovare il documento. Altre, dopo una gravidanza indesiderata, hanno chiesto di rimpatriare e la Cooperativa ha provveduto a creare le condizioni giuste per un rientro "indolore", contattando per tempo le famiglie

nei paesi di origine.

In sintesi, nella casa, che per la durata del progetto è stata sempre alle dipendenze dell'ospedale e del Distretto 41, si è creato uno spazio etico, cioè i pazienti e gli operatori sanitari, che li seguivano nella fase di post-degenza, discutevano sulle problematiche maggiori cercando una soluzione condivisa al fine di favorire il processo di cura. Si è creato così un consolidamento delle sinergie operative tra istituzioni e privato sociale per la presa in carico integrata delle donne immigrate.

Per preparare il personale della casa si sono attivati degli incontri di formazione finalizzati ad un'educazione alla salute. A questi incontri, in itinere, si è allargata la partecipazione anche alle ospiti, inserendo nel programma argomenti che potessero interessare il loro percorso sanitario. In questo modo si è cercato di far sì che la medicina e l'infermieristica si mettessero in gioco di fronte all'alterità culturale. Si è lasciato spazio, con questi incontri, alla medicina narrativa, che consiste in un approccio dove la tecnologia è la relazione, l'organizzazione è l'accoglienza e l'ascolto. Il progetto ha dato modo di pensare che è utile per la cura delle malattie servirsi di una medicina "interculturale", la quale non può basarsi solo sull'utilizzo dei mediatori culturali, ma deve creare degli spazi dove il percorso sanitario incontra con attenzione la singola persona, la sua cultura di appartenenza, la sua storia personale e il suo progetto migratorio.

Si ritiene utile segnalare che sarebbe importante, in un progetto futuro, monitorare due interventi sanitari importanti quali: la salute materno infantile e la salute nei luoghi di lavoro. Monitorare inoltre la mortalità della popolazione immigrata studiandone le cause ed effettuare una ricerca clinica sui dati epidemiologici, cioè quali patologie maggiormente sono presenti tra le diverse etnie residenti sull'area napoletana.

La Responsabile
Assunta Maiello

Le mediatrici
Violeta Tirino Nikolic
Elena Munteanu
Ernestine Raivoarisoa

UN CASO DI MEDIAZIONE POST DEGENZA

I. O. nacque in Russia il 19.12.1975.

All'età di sedici-diciasette anni seguì la famiglia che, per ragioni di lavoro, si recò in Ucraina. Qui conobbe l'uomo che diventerà suo marito e da cui avrà due figli, un maschio e una femmina (nata a cinque anni di distanza dal maschio). Purtroppo I. perse il marito dopo pochi anni di matrimonio, circa una decina d'anni addietro, restando sola con i due bambini e con sua madre malata. Intanto, in patria, trovava lavoro come infermiera in ospedale, prima nel reparto di rianimazione per bambini, poi nel reparto per carcerati e tossicodipendenti.

Ma la sua situazione economica intanto diventava più pesante; rimasta vedova, col suo solo reddito, non riusciva a mantenere la famiglia. La madre, tra l'altro, era invalida e viveva con la sola pensione, il cui reddito mensile era di circa 40 Euro, ciò fu confermato dalla madre durante una conversazione telefonica in lingua russa con una nostra mediatrice. I figli, entrambi troppo piccoli, frequentavano la scuola dell'obbligo ma con nessuna possibilità di proseguire gli studi. Ecco perché, nel 2002, I. lasciò il suo Paese e, attraverso l'Ungheria e l'Austria, giunse in Italia.

Qui approdata, lavorò a Castelvulturno prima in una clinica per malati mentali poi come badante. Successivamente, dopo la morte dell'anziana assistita, si spostò nell'area nord di Napoli (Frattamaggiore, Frattaminore, Grumo Nevano) dove prese lavoro contemporaneamente con tre-quattro famiglie; in alcune come collaboratrice domestica, in altre come badante, con turni che in pratica la tenevano impegnata tutte le 24 ore. Per anni, quindi, I. lavora con questi ritmi, senza mai arrivare a possedere una casa propria, ma appoggiandosi, per scelta, sempre alle famiglie dove prestava servizio per risparmiare il fitto.

E così, grazie al suo lavoro, riuscì a ridare alla sua famiglia, alla sua anziana e invalida madre e ai suoi due figli, una prospettiva di vita. Questi ultimi, soprattutto, riuscirono a frequentare le scuole superiori.

Sul piano sentimentale, I. ebbe una relazione importante con un italiano, durata due-tre anni, pur se non giunse mai a convivenza. Detta relazione venne troncata all'improvviso per volontà dell'uomo. Un giorno, mentre era al lavoro, stette male, denunciando forti dolori addominali. Venne subito accompagnata all'Ospedale "San Giovanni di Dio" di Frattamaggiore dove le riscontrano un'occlusione intestinale.

Operata d'urgenza, i medici scoprirono che ha il cancro all'intestino.

Dimessa dal nosocomio nel Gennaio del 2006 venne accolta in casa da una sua connazionale e lì rimane fino al mese di Maggio quando, deterioratosi il rapporto con la donna, venne messa fuori.

Intanto, I. nello stesso mese, ricoveratasi nuovamente per continuare il ciclo di chemioterapie, comunicava all'ospedale la mancanza di un alloggio presso cui soggiornare, tra una terapia e l'altra. La direzione sanitaria dell'ospedale, a questo punto, chiedeva accoglienza in casa per la signora alla Cooperativa Sociale Dadaa Ghezo, in ottemperanza a quanto previsto dal progetto "Daghan" di assistenza post-ospedaliera, e in quanto ente gestore dello stesso.

La signora entrava nella casa di accoglienza di Casandrino il 29 maggio 2006 e veniva presa in carico per supportarla, quindi, nella fase curativa.

I. veniva operata nuovamente nel dicembre del 2006. Ai primi di aprile, alla vigilia di un suo nuovo ricovero per un nuovo ciclo di chemioterapia, i sanitari le comunicavano la sospensione di ogni cura poiché non più efficace.

I. morì il 17 aprile 2007.

Va detto che durante questi anni I. non rivelò mai la gravità del male alla famiglia, la quale ne ha scoperto l'entità soltanto quando una sua amica, anonimamente, a sua insaputa, provvide ad informare i familiari del suo reale stato di salute.

Infine, è opportuno ricordare che la Signora I. O. in tutti gli anni di soggiorno italiano, non riuscì mai più a tornare a casa per riabbracciare i suoi figli e la madre.



COOPERATIVA DI SOLIDARIETÀ SOCIALE ONLUS "IL CAMPER"

La cooperativa "Il Camper" nasce a Napoli il 27 giugno 2001, per iniziativa di cinque persone, medici e operatori sociali, da sempre impegnate nel volontariato a favore delle persone che vivono in condizioni di estremo disagio ed emarginazione.

La "mission" della Cooperativa è quella di realizzare servizi e attivare interventi atti alla prevenzione di forme e situazioni di degrado sociale, alla realizzazione di processi di liberazione e di cittadinanza attiva, all'inserimento lavorativo e all'integrazione sociale.

I soci della Cooperativa hanno potuto perfezionare il loro decennale percorso di aiuto alle persone in difficoltà grazie al Servizio di Unità Mobile di Pronto Intervento Sociale, creato prima volontariamente dagli stessi e in seguito fatto proprio dal Comune di Napoli e affidato a tutt'oggi alla Cooperativa.

Questo servizio consente di incontrare i Senza Fissa Dimora nel proprio mondo: la strada. Gli operatori impegnati sull'unità di strada rispondono ai loro bisogni primari con la distribuzione di generi



alimentari, di indumenti, coperte e approntando interventi sanitari di primo profilo. Questa fase, definita di “aggancio” è finalizzata alla successiva “presa in carico individualizzata”, resa possibile dai rapporti intessuti con le strutture sanitarie e sociali di accoglienza sul territorio, grazie alla quale, il senza dimora fa un percorso di riacquisizione della propria identità civile e, quindi, dei propri diritti.

Nel 2007 la Cooperativa Il Camper viene investita, dal Comune di Napoli, del compito della creazione di un Centro di Coordinamento dei Servizi per Senza Fissa Dimora e, a tale scopo, il Comune affida alla Cooperativa un bene confiscato alla camorra nelle adiacenze della stazione centrale FS. Nasce così il Centro “S. Buglione”. Il Centro svolge attività di sostegno e orientamento a settori delle società, in condizioni o a forte rischio di povertà ed esclusione sociale, in particolare migranti, alcooldipendenti e tossicodipendenti, o soggetti privi di riferimenti socio-affettivi.

L’approccio è basato sulla centralità dell’utente, del quale si ascoltano i bisogni e con il quale si programmano percorsi volti al re-inserimento sociale, partendo dal versante abitativo, educativo, sanitario, previdenziale e lavorativo.

Il Centro ha rapidamente attivato diversi servizi in favore delle persone senza dimora:

- attraverso protocolli d’intesa con l’ASL e con altri soggetti pubblici e privati, un ambulatorio medico che offre sostegno specifico all’utenza, italiana e immigrata, con problemi di alcoodipendenza. L’ambulatorio è presidiato da medici e psicologi dell’ASL Napoli .
- Grazie alla preziosa collaborazione dell’Ass.ne “Città della Gioia” e dei suoi volontari, il Centro offre un ambulatorio di medicina di base curato appunto dai medici volontari dell’Associazione “Città della Gioia”.
- Dal 2008 funziona settimanalmente lo sportello legale che offre consulenza gratuita ai SD nei tre diversi ambiti di diritto civile, penale ed internazionale.

In questi 15 anni, dal 2000 a oggi, i due servizi, quello itinerante -UMPIS- ed il Centro hanno registrato **2790 persone “senza dimora”** di cui solo il 29 % è italiano mentre il 71% proviene da Paesi comunitari o extracomunitari .

Accettare la proposta fatta dal dott.Montella di dare un contributo

alla stesura del suo opuscolo centrato sugli extracomunitari (Primo contatto, esperienze significative, Alimentazione e Integrazione e lavoro) è stata un'opportunità per riguardare gli archivi e cercare quelle persone che, alla sofferenza e al disagio della loro vita di persone "senza casa, senza affetti, senza identità", hanno aggiunto la pena di patologie oncologiche con la loro immancabile sequenza di lotte faticose e dolorose contro la malattia e la morte.

Abbiamo fatto una ricerca iniziale che vi trasmettiamo volentieri, ma che è abbastanza sommaria e che richiederebbe, uno studio più accurato. Se si ritenesse utile, si potrebbe sicuramente fare una ricerca più specifica e dettagliata in un secondo momento.

Tra gli **extracomunitari** risultano esserci 4 utenti provenienti dall'Europa dell'Est e 3 dall'Africa.

La prima malata oncologica di cui gli operatori del servizio itinerante UMPIS si sono occupati è stata **K. Oksana**, ucraina, di soli 48 anni. Era il mese di aprile 2000. La donna era stata segnalata dai S.S. dell'Ospedale S. Paolo, dove si trovava ricoverata e quindi operata per un tumore ovarico di stadio avanzato. La donna era particolarmente provata. Sola, priva di risorse economiche, lontana dai suoi familiari, malata e incapace di realizzare il sogno di una vita migliore per sé e per i suoi cari, Oksana viveva nell'angoscia. Dimessa dall'Ospedale, fu accompagnata dalle Suore di Madre Teresa di Calcutta che si fecero carico della donna per tutto il periodo il ciclo di radioterapia a cui fu sottoposta. terminate le cure Oksana fece ritorno al suo Paese.

Negli anni successivi, sono stati seguiti altri pazienti oncologici provenienti dall'Ucraina/Russia:

- Nel 2004 **S. Valerio**, di anni 52, ingegnere, affetto da un carcinoma epatico in rapida evoluzione, morto anche lui in pochi mesi.
- Nel 2005 **G. Nelia**, nata nel 1954, operata 7 anni fa di isterectomia per un carcinoma uterino, sta attualmente abbastanza bene
- nel 2007 **Y. Mikhailo**, di anni 44, segnalato dall'Ospedale Loreto Mare e affetto da tumore maligno cerebrale, è deceduto dopo pochi mesi.

Dei pazienti oncologici di origine africana, ricordiamo volentieri **Haji (O.M)**, un uomo colto proveniente dal Marocco, capace di parlare correttamente 5 lingue, amante della lettura, aveva ricoperto incarichi di responsabilità a Dubai. Tradito dalla sua debolezza per i superalcolici, è caduto in una vera dipendenza che in poco tempo

l'ha portato alla totale perdita della sua autonomia economica e quindi sulla strada. Arrivato a Napoli negli anni 80, è stato intercettato dal servizio itinerante nel 2000 e per anni gli operatori gli sono stati vicini mentre lui combatteva la sua grande battaglia per liberarsi dall'alcooldipendenza. Finalmente riabilitato, nel 2007 ha scoperto di avere un tumore alla gola con interessamento delle strutture adiacenti all'osso ioide e parzialmente delle corde vocali. Operato all'Ospedale Ascalesi, e di seguito sottoposto a terapia radiante Haji, mostrando un coraggio da leone, si è lentamente ripreso. Sarebbe tornato in Marocco dove i familiari lo aspettavano, ma ha preferito stare a Napoli che è diventata la sua casa.



N. Ahmadou, nato in Costa d'Avorio il 10/9/1978, è stato un utente del Centro di coordinamento S. Buglione dal 03/11/2011. Verso la metà di gennaio 2012, Ahmadou si fa accompagnare presso l'ospedale San Paolo di Napoli per forti dolori all'addome. In seguito agli accertamenti, gli viene riscontrato un "adenocarcinoma moderatamente differenziato della regione ampollare che invade a tutto spessore la parete duodenale ed il parenchima pancreatico con invasione dei linfonodi circostanti". Per tale patologia, Ahmadou è stato sottoposto ad intervento di cefaloduodenopancreasectomia il giorno 26/01/2012, effettuati sempre all'ospedale San Paolo, a cui è seguita una terapia medica

oncologica che ha effettuato all'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori della Fondazione Pascale di Napoli. Ahmadou è stato seguito molto amorevolmente da uno degli operatori che è riuscito non solo a metterlo in contatto con le sorelle che vivevano in Francia, ma a realizzare un vero ricongiungimento familiare con loro. A maggio del 2012, il giovane parte alla volta di Parigi, dove ha continuato a farsi curare. Ahmadou Niangkadou muore nel mese di dicembre 2013, all'età di 35 anni.

A. Abdelnabi nasce il 23.12.1956 a Rabat in Marocco. Giunto in Italia negli anni '90, Abjelini ha sempre vissuto in condizioni di estrema povertà, combattuto tra l'abuso d'alcool e le lesioni che la sua vita "randagia" provocava sul suo corpo. Incontrato dal servizio UMPIS nel lontano giugno 2000, l'uomo ha avuto continui contatti con gli operatori. Nel mese di luglio 2014 viene sottoposto ad intervento chirurgico con asportazione della vescicca urinaria per un urotelioma di alto grado. Portatore di vescica preternaturale, Abdelnabi ha bisogno di cambiare tutti i giorni le sacchette, ed essendo un paziente extracomunitario, con libretto sanitario STP, il sistema sanitario italiano non gli riconosce il diritto di avere questo ausilio terapeutico, che peraltro ha un costo notevole. Alcuni medici amici della Cooperativa si sono autotassati per racimolare quanto necessario.

Tra gli utenti **comunitari** abbiamo trovato 5 pazienti oncologici di origine polacca, un tedesco ed una bulgara. Nel primo gruppo, il più numeroso, ci sono **P. Alicia**, deceduta a 54 anni per un tumore renale; **G. Henryk** morto a 48 anni per un tumore polmonare, **S. Rima**, **P. Piotrek**, **Y. Jerze**.

F. Manfred è un tedesco di Monaco di Baviera, dove nasce il 6 giugno 1955. Persona di ottima famiglia, colto, ma con grossi problemi di relazione in famiglia che lo hanno condizionato e, in certo modo, hanno sconvolto la sua vita. Nel pieno della sua vita lavorativa, che lo vede impegnato a Bruxelles, improvvisamente decide di lasciare tutto e parte. Ramingo per molti anni, approda a Napoli nell'estate del 2014. Quando dagli operatori dell'unità di strada lo intercettano nel mese di Agosto, le sue condizioni fisiche appaiono gravemente deteriorate per un grave deperimento organico e per l'assoluta mancanza di igiene. Abbastanza inappetente e sempre più emaciato, Manfred viene sottoposto a controlli medici e indagini di laboratorio i cui risultati suscitano forti sospetti. Ricoverato in ambiente ospedaliero gli viene diagnosticato un tumore polmonare molto avanzato con metastasi

ossee vertebrali, e alle costole ed infiltrazione dell'aorta. Manfred sembra essere relativamente consapevole. In questo frangente, esprime il suo desiderio di tornare a Monaco. Mentre gli operatori si danno da fare per rendere possibile il suo rientro in Germania, il male avanza rapidamente. Il 30 gennaio è tutto pronto per il suo trasferimento da Napoli a Fiumicino e da Fiumicino, in aereo, a Monaco. Si è riusciti ad ottenergli il passaporto, a comprargli il biglietto aereo, e a procurare due volontarie, le due Assistenti Sociali della Cooperativa, che lo accompagneranno fino a Monaco, non essendo più in grado di viaggiare da solo. Mentre sono sull'autostrada tra Napoli e Fiumicino, le condizioni di Manfred peggiorano, entra in uno stato soporoso, per cui decidono di fare dietro front e portare Manfred in Ospedale.

Gli viene diagnosticata una perforazione intestinale. Manfred rifiuta categoricamente l'intervento. È venerdì sera. Passano due giorni di alternanza tra veglia e "sonno" e la sera della Domenica Manfred muore. Una storia che ha coinvolto tutti emotivamente e che è ancora viva nel cuore di chi lo ha accompagnato.

Dott.ssa Graziella Lussu

Napoli, 15 aprile 2015

VADEMECUM PER GLI STRANIERI PRESENTI PER UN TEMPORANEO SOGGIORNO IN ITALIA

Modalità per ottenere l'assistenza sanitaria per i cittadini in temporaneo soggiorno (titolari di Tessera Europea di Assicurazione Malattia o suo certificato sostitutivo provvisorio) provenienti degli Stati dell'Unione Europea, della SEE e dalla Svizzera.

I cittadini che hanno diritto alle prestazioni in natura per malattia secondo legislazione di uno Stato dell'Unione Europea e dello Spazio Economico europeo (e della Svizzera, a partire dal 1° giugno 2002), nel caso in cui, durante un soggiorno temporaneo in Italia, hanno necessità di far ricorso a cure sanitarie medicalmente necessarie, possono ottenere le prestazioni in forma diretta presso le strutture pubbliche e private convenzionate del Servizio sanitario nazionale costituito da una rete di Aziende Sanitarie locali (ASL) ed ospedali dislocati su tutto il territorio. Per prestazioni in forma diretta si intendono le cure sanitarie fornite a titolo gratuito, salvo il pagamento di un "ticket" (partecipazione alle spese) che resta a carico dell'assistito.

PRINCIPALI INFORMAZIONI UTILI

Dove ottenere maggiori informazioni: presso le Aziende Sanitarie Locali. Per conoscere l'indirizzo degli Uffici della ASL consultare l'elenco telefonico, rivolgersi ad una farmacia oppure ad un vigile urbano. Si può chiedere aiuto telefonando al numero 112 oppure al 113 per domandare informazioni particolari, ad esempio, per conoscere l'indirizzo del più vicino ospedale.

Medici di medicina generale convenzionati con il SSN (medici di base): i dottori sono costituiti da medici di medicina generale e da pediatri (medici di base) convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale i quali, dietro presentazione della tessera europea di assicurazione malattia, o del certificato sostitutivo provvisorio effettuano la visita in forma diretta e possono prescrivere prestazioni specialistiche, analisi di laboratorio, analisi in diagnostica, medicinali o ricoveri in ospedale.

Si consiglia di rivolgersi all'azienda sanitaria locale (ASL) per avere l'elenco dei medici convenzionati (medici di base) con il servizio sanitario nazionale. Dal lunedì al venerdì le visite dei medici generici e pediatri convenzionati non comportano il pagamento dell'onorario da

parte dell'assicurato e sono esenti da ticket. L'orario di apertura degli ambulatori sono fissati da ciascun medico. Il sabato, la domenica e nelle ore notturne (dalle 20 alle 8 del mattino) di tutti i giorni, per le urgenze è in funzione su tutto il territorio nazionale il Servizio di Guardia medica notturna. Per chiedere soccorso è necessario conoscere il numero di telefono di questo servizio (rivolgersi l'Azienda Sanitaria Locale). Nei periodi estivi, in località delle regioni con flusso turistico, viene istituita la "Guardia medica turistica" che per ragioni organizzative impone il pagamento della visita (€ 15, 49 o altra tariffa leggermente superiore fissata dalla Regione) per tutti i villeggianti. In tal caso la predetta somma anticipata dall'assicurato (ed il costo di eventuali altre prestazioni), è integralmente rimborsabile presentando le ricevute del pagamento alla propria assicurazione la quale provvederà a chiedere, all'Italia, la tariffazione delle prestazioni con il formulario E 126.

Medicine prescritte dal medico di base convenzionato: Per le medicine prescritte dal medico (o pediatra) di base alcune sono fornite gratuitamente dalle farmacie (sono quelle che appartengono alla categoria "salvavita"); per altre medicine deve essere pagato un ticket di partecipazione alla spesa (la misura del ticket può variare da una regione all'altra) per altre ancora l'assicurato paga il prezzo intero. Alcune medicine (c. d. prodotti a banco), infine, possono essere fornite dalle farmacia senza obbligo di prescrizione medica e naturalmente sono a totale carico dell'assistito.

Visite specialistiche e diagnostica: le visite di uno specialista e i vari esami (diagnostica laboratorio) prescritti dal medico di base, possono essere effettuate presso una struttura pubblica o convenzionata. Tali prestazioni prevedono il pagamento di un ticket che resta a carico dell'assistito.

Cure dentarie: Tutti gli assistiti (cittadini italiani compresi) pagano normalmente le visite dentistiche, in forma privata. Tuttavia in convenzione con il SSN, è possibile usufruire degli ambulatori dell'Istituto Odontoiatrico G. Eastman sito Via, o delle strutture delle Asl, dove previsto il servizio di odontoiatria. In ambedue i casi le visite sono soggette a pagamento di ticket ed a lunghi tempi di attesa.

Cure ospedaliere: il ricovero negli Ospedali pubblici (e privati accreditati) può avvenire, sia direttamente tramite il "pronto soccorso" consegnando direttamente la Tessera Europea di Assicurazione malattia (o il suo certificato sostitutivo provvisorio) o il formulario E 112 (se si tratta di Azienda Ospedaliera, in caso contrario il modello E112 deve

essere presentato alla ASL territorialmente competente), sia sulla base della prescrizione del medico di base. I ricoveri in ospedale sono esenti da ticket; tuttavia, se si desidera un maggior confort alberghiero, è possibile, previo pagamento, richiedere una camera riservata. Da quest'anno, per le prestazioni di pronto soccorso contraddistinte da un particolare codice, è previsto il pagamento di un ticket.

Cure termali: le cure termali sono concesse sulla base della presentazione del modello E112 presso la ASL territorialmente competente.

Servizio di ambulanza: per i casi gravi ed imprevisti, in tutte le Regioni, è in funzione il "Servizio di emergenza sanitaria" chiamando il numero telefonico 118 (trasporto in ambulanza fino alla struttura ospedaliero ed eliambulanza per interventi primari). Tale servizio, di norma, è gratuito salvo il pagamento di un eventuale ticket. Si rammenta che, qualora, per una qualsiasi ragione, non sia stato possibile utilizzare uno o degli attestati su indicati, al rientro nel proprio Paese si può chiedere alla propria Assicurazione il rimborso delle spese sanitarie pagate in proprio. Questa possibilità è concessa da una speciale norma comunitaria (art. 34 del reg. 574/72) la quale prevede, il diritto al rimborso in base alle tariffe dello Stato membro di soggiorno temporaneo. È necessario, ai fini del rimborso, presentare le ricevute di pagamento e la documentazione sanitaria.

È utile sottolineare che i cittadini già in dialisi o in ossigenoterapia nel proprio Paese, prima di recarsi in temporaneo soggiorno in Italia, devono prendere i dovuti accordi con la struttura che eroga in Italia le succitate prestazioni al fine di garantire loro la continuità della cura. Tali prestazioni verranno pertanto erogate presentando la Tessera Europea di Assicurazione Malattia.

CITTADINI STRANIERI EXTRACOMUNITARI ISCRIZIONE OBBLIGATORIA

Hanno diritto all'iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale tutti i cittadini stranieri extracomunitari:

- regolarmente soggiornanti che abbiano in corso regolare attività di lavoro subordinato o autonomo o siano iscritti nelle liste di collocamento;
- regolarmente soggiornanti o che abbiano richiesto il rinnovo del permesso del soggiorno per: lavoro subordinato o autonomo, motivi

familiari asilo politico, asilo umanitario, richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza.

- in attesa del primo rilascio del permesso di soggiorno per lavoro subordinato per motivi familiari.

Per beneficiare delle prestazioni fornite dal S. S. N. occorre iscriversi e la tessera sanitaria è il documento che prova l'iscrizione.

Questo documento è individuale e serve per accedere all'assistenza.

Dove andare per iscriversi al SSN

L'iscrizione al SSN è effettuata presso gli uffici scelta e revoca della ASL ove il cittadino straniero ha la residenza o l'abituale dimora indicata sul permesso di soggiorno.

Cosa fare per iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale

Per l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale occorre rivolgersi recarsi sportelli della ASL.

I documenti occorrenti per l'iscrizione sono:

- permesso di soggiorno in corso di validità o richiesta di rinnovo del permesso attestata dalla ricevuta rilasciata dall'Ufficio postale o dalla Questura;
- autocertificazione di residenza oppure, in mancanza di quest'ultima, una dichiarazione di effettiva dimora, quale risulta, sul permesso di soggiorno;
- codice fiscale o autocertificazione;
- ricevuta attestante l'avvenuta presentazione della richiesta di rilascio del primo permesso di soggiorno per lavoro subordinato rilasciata dall'Ufficio postale.

Nelle more del rilascio del permesso per motivi familiari ai fini dell'iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale, l'interessato deve esibire i seguenti documenti:

- visto di ingresso;
- ricevuta, rilasciata dall'Ufficio Postale abilitato, attestante l'avvenuta presentazione della richiesta di permesso di soggiorno;
- fotocopia, non autenticata, del nulla osta rilasciato dallo Sportello unico.

Per i minori in affido o in attesa di adozione non è richiesto ai fini della regolarità del soggiorno il permesso. Il minore straniero gode fin dall'ingresso in Italia di tutti i diritti attribuiti al minore italiano in affidamento familiare. Pertanto, in tali casi il minore, adottato o affidato,

dovrà essere iscritto obbligatoriamente al SSN alle stesse condizioni e modalità previste per la prima iscrizione del minore italiano.

Durata dell'iscrizione al SSN

La tessera sanitaria ha la stessa durata del permesso di soggiorno. Nelle more del rilascio del permesso per motivi familiari o del primo permesso per lavoro subordinato, l'iscrizione é temporanea e verrà convertita con la stessa durata del permesso al momento della presentazione di questo.

A cosa dà diritto la tessera sanitaria

La tessera sanitaria personale dà diritto a ricevere le seguenti prestazioni:

- avere un medico di famiglia o pediatra
- ricovero ospedaliero gratuito presso gli ospedali pubblici e convenzionali
- assistenza farmaceutica
- visite mediche generali in ambulatorio
- visite mediche specialistiche
- visite mediche a domicilio
- vaccinazioni
- esami del sangue
- radiografie
- ecografie
- medicine
- assistenza riabilitativa e per protesi
- altre prestazioni previste nei livelli essenziali di assistenza

Come si accede all'assistenza sanitaria

Al momento dell'iscrizione la persona sceglie il medico di famiglia o il pediatra, il cui nome viene riportato sulla tessera sanitaria, al quale potrà rivolgersi gratuitamente. Lo straniero, munito della richiesta della prestazione sanitaria rilasciata dal proprio medico di fiducia, potrà effettuare la relativa prenotazione secondo le modalità definite dalla Regione in cui é iscritto. Ogni visita specialistica comporta il pagamento di una quota di partecipazione alla spesa sanitaria (ticket) a parità di condizioni con i cittadini italiani. Sono previste modalità di esenzione dal pagamento dei ticket per riconosciute specifiche condizioni di reddito, età, invalidità o patologie. Il Tesserino di esenzione dal Ticket viene rilasciato presso gli appositi sportelli ASL.

ISCRIZIONE VOLONTARIA

Gli stranieri regolarmente soggiornanti in Italia, per un periodo superiore a tre mesi, che non hanno diritto all' iscrizione obbligatoria, sono tenuti ad assicurarsi contro il rischio di malattia, di infortunio e per maternità, mediante la stipula di una polizza assicurativa privata, ovvero, con iscrizione volontaria al SSN.

Hanno diritto ad iscriversi volontariamente al SSN:

gli studenti e le persone alla pari anche per periodi inferiori a tre mesi.

Coloro che sono titolari di permesso di soggiorno per residenza elettiva e non svolgono alcuna attività lavorativa, il personale religioso, il personale diplomatico e consolare e tutte le altre categorie individuate per esclusione rispetto a coloro che hanno titolo all'iscrizione obbligatoria.

Non possono essere iscritti volontariamente al SSN i cittadini stranieri titolari di permesso di soggiorno per cure mediche e per motivi di turismo.

I genitori ultra sessantacinquenni ricongiunti in Italia dal proprio figlio/a dal 5 novembre 2008, anche se titolari di un permesso per motivi familiari non possono essere più iscritti obbligatoriamente al SSN.

Il decreto legislativo 160/08 ha infatti disposto che i genitori ultra sessantacinquenni devono essere in possesso di una propria polizza sanitaria valida in Italia o iscriversi al SSN volontariamente pagando un contributo previsto da un decreto ministeriale, attualmente in fase di perfezionamento.

Allo stato attuale pertanto é possibile solo avere copertura sanitaria tramite una polizza sanitaria propria valida sul territorio nazionale.

Come e dove iscriversi volontariamente al SSN

L' iscrizione volontaria al SSN é effettuata dietro pagamento di un contributo forfettario annuale non frazionabile. Per iscriversi occorre pagare il contributo sul conto corrente regionale, che può essere chiesto alla ASL presso la cittadino straniero vuole iscriversi.

A cosa dà diritto l'iscrizione volontaria

L'iscrizione volontaria dà diritto a tutte le prestazioni erogate dal SSN sul territorio nazionale a parità con il cittadino italiano.

INGRESSO PER CURE DI CITTADINI STRANIERI NON APPARTENENTI AI PAESI CONVENZIONATI

L'art. 36 T. U. 286/98 prevede l'ingresso per cure in Italia di cittadini stranieri provenienti da paesi extracomunitari nei quali non esistono o non sono facilmente accessibili competenze medico specialistiche per il trattamento di specifiche patologie. Il rilascio del permesso di soggiorno per cure mediche non consente l'iscrizione al SSN, ad eccezione del permesso per cure rilasciato a donne in gravidanza.

Sono previste tre distinte fattispecie:

- 1) straniero che chieda il visto di ingresso per motivi di cure mediche.
Per ottenere il visto di ingresso per cure mediche lo straniero deve presentare all'ambasciata italiana o al Consolato territorialmente competente la seguente documentazione:
 - a) dichiarazione della struttura sanitaria prescelta, pubblica o privata accreditata, che indichi il tipo di cura, la data di inizio e la durata presumibile della stessa, la durata dell'eventuale degenza prevista, osservate le disposizioni in vigore per la tutela dei dati personali;
 - b) attenzione dall'avvenuto deposito di una somma a titolo cauzionale sulla base del costo presumibile delle prestazioni richieste. Il deposito cauzionale, in euro o in dollari statunitensi, dovrà corrispondere al 30 per cento del costo complessivo presumibile delle prestazioni richieste e dovrà essere versato alla struttura prescelta.
 - c) Documentazione comprovate la responsabilità in Italia di risorse sufficienti per l'integrale pagamento delle spese sanitarie e di quelle di vitto e alloggio fuori dalla struttura sanitaria e il rimpatrio per l'assistito e per l'eventuale accompagnatore.
 - d) Certificazione sanitaria, attestante la patologia del richiedente nel rispetto delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali. La certificazione rilasciata all'estero deve essere corredata di traduzione in lingua italiana. Il restante 70% delle spese deve essere corrisposto dallo straniero o dal garante.

- 2) straniero che venga trasferito per cure in Italia, nell'ambito di interventi umanitari, ai sensi dell'art. 12-comma 2- lettera c del Decreto Legislativo 30/12/92 n. 502, così come modificato dal Decreto Legislativo 7/12/93 n. 517. In tale ipotesi l'ingresso per cure del cittadino straniero residente in un paese privo di strutture sanitarie idonee ed adeguate, deve essere autorizzato dal Ministero

della Salute, di concerto con il Ministero degli Affari Esteri. Il Ministero della salute, individua la struttura sanitaria e garantisce la copertura delle spese sanitarie.

- 3) Straniero che venga trasferito in Italia nell'ambito di programmi di intervento umanitario delle Regioni, ai sensi dell'art. 32 - comma 15 - della legge 27. 12 1997, n. 449.

Le Regioni, possono autorizzare, d'intesa con il Ministero della Sanità, le Unità Sanitarie Locali e le Aziende ospedaliere ad erogare prestazioni di alta specializzazione, che rientrino in programmi assistenziali approvati dalle Regioni, a favore di:

- a) cittadini provenienti da Paesi extracomunitari nei quali non esistono o sono facilmente accessibili competenze medico-specialistiche per il trattamento di specifiche gravi patologie e non sono in vigore accordi di reciprocità relativi all'assistenza sanitaria;
- b) cittadini di Paesi la cui particolare situazione contingente non rende attuabili, per ragioni politiche, militari o di altra natura, gli accordi in vigore per l'erogazione dell'assistenza sanitaria da parte del Servizio Sanitario Nazionale.



CITTADINI EXTRACOMUNITARI NON IN REGOLA CON IL PERMESSO DI SOGGIORNO

Il Testo Unico di cui al D. leg. vo n. 286/98 e il Regolamento di Attuazione di cui al DPR n. 394/99, stabiliscono che allo straniero irregolare, il S. S. N. deve garantire le seguenti prestazioni sanitarie:

1. cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti (cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona) o comunque essenziali (cure e prestazioni per patologie non pericolose nell'immediato, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita).
2. Interventi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva e più precisamente:
 - a) tutela della gravidanza e maternità, ai sensi della leggi 29/7/75 n. 405 (istituzione dei consultori), 22/5/75 n. 194 (tutela sociale della maternità e interruzione volontaria della gravidanza) e del D. M. 10/9/98 (esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità responsabile);
 - b) tutela della salute del minore in esecuzione della convenzione di New York;
 - c) vaccinazioni;
 - d) interventi di profilassi internazionale;
 - e) profilassi, diagnostica e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.
3. Interventi in materia di tossicodipendenza, HIV e Salute Mentale.

Allo straniero irregolare si deve garantire il completo ciclo terapeutico e riabilitativo (principio del diritto alla continuità delle cure).

Per avere accesso alle cure è indispensabile che lo straniero ritiri presso i diversi punti ASL, l'Attestato STP.

Le prestazioni devono essere pagate per l'intera tariffa, anche se si tratta di cure urgenti. Qualora il paziente si dichiari indigente (deve risultare dall'Attestato STP), va pagato il solo ticket.

Per le seguenti prestazioni non va pagato neppure il ticket, al pari del cittadino italiano:

- prestazioni di primo livello;
- le urgenze (tramite il sistema di accesso al P. S.);

- lo stato di gravidanza (limitatamente alle prestazioni di cui al DM 10/9/98); le patologie esenti o i soggetti esenti in ragione dell'età.
- Gli oneri per le prestazioni e gli eventuali ticket non pagati rimangono a carico dell'ASL.

Attenzione

STP

I cittadini extracomunitari non in regola di soggiorno possono richiedere il rilascio di un Tesserino Straniero Temporaneamente presente (STP) che garantisce le cure urgenti ed essenziali: gravidanza e maternità, vaccinazioni e profilassi per l'infanzia, interventi del Servizio contro la Tossicodipendenza (SERT), malattie infettive sessualmente trasmissibili, servizi di salute mentale. Il tesserino STP é rilasciato dalle ASL e ha una validità di 6 mesi.

Consiglio pratico

L' autocertificazione

Il cittadino può certificare da solo fatti e stati che lo riguardano. È previsto dal Testo Unico sulla documentazione amministrativa adottato con DPR n. 445/2000. La dichiarazione sostitutiva di certificazione può essere compilato dall' interessato in sostituzione anche dal certificato di nascita, residenza e dello stato di famiglia utili per l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale.

Gli uffici pubblici sono obbligati ad accettare l' autocertificazione in sostituzione dei certificati emessi dalla pubblica amministrazione.

I servizi

L'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale consente di accedere, gratuitamente o pagando una quota per la presentazione richiesta, ai servizi erogati dalla sanità pubblica. Ecco un elenco dei servizi che esamineremo più in dettaglio nei capitoli seguenti.

Medico di famiglia: assicura il livello di base dell' assistenza. La scelta non è obbligatoria, ma è attraverso questa figura che possiamo accedere alle prescrizioni farmaceutiche o specialistiche.

Pediatra: l' iscrizione riguarda i bambini da 0 a 14 anni. Su richiesta dei genitori può essere assistito fino ai 16 anni. Quando compie 6 anni può essere iscritto presso il medico di famiglia, sempre su richiesta dei genitori. Assistenza specialistica: le visite specialistiche e gli esami diagnostici, prescritti dal medico di famiglia, possono essere effettuati nelle strutture pubbliche o in quelle private convenzionate.

Guardia Medica: è attiva nelle ore notturne e nei giorni prefestivi e festivi per un consulto medico urgente. Può proporre il ricovero in ospedale.

Ospedali: l' accesso alle strutture ospedaliere può avvenire in varie forme. Il Pronto Soccorso per gli interventi d' urgenza, il ricovero ordinario con degenza continuata, il day hospital con ricovero per almeno 12 ore che può ripetersi per più giorni, il day surgery, un ricovero programmato per le sole ore diurne. Assistenza farmaceutica: è il medico di famiglia o la Guardia Medica a prescrivere, sull' apposito ricettario, i farmaci che il paziente può acquistare in farmacie private o pubbliche. In base agli accordi regionali, può essere richiesto il

pagamento di un ticket.

Protesi e ausili: é compito della ASL fornire le protesi (d'arto, oculari, mammarie), le ortesi (corsetti, busti, tutori, collari, plantari), gli ausili tecnici (ottici, acustici, carrozzine, calzature orto- pediche).

Vaccinazioni: per i bambini sono obbligatorie e gratuite alcune vaccinazioni per prevenire patologie infettive ed eventuali complicazioni; per gli adulti sono previste vaccinazioni antinfluenzali, la profilassi per la prevenzione delle malattie tropicali o per casi particolari prescritti dal medico.

Consiglio pratico

Correzione e sostituzione

Se i dati anagrafici riportati sulla nuova Tessera Sanitaria sono sbagliati, è possibile rivolgersi all' Ufficio dell' Agenzia delle Entrate per chiedere la correzione. In caso di smarrimento o furto, sarà rilasciato un duplicato.



CODICE DELLA SALUTE PER MIGRANTI

Adottando uno stile di vita salutare è possibile evitare alcune patologie e migliorare lo stato di salute

- 1) **Non iniziare a fumare**, se fumi smetti. Se non riesci a smettere, non fumare in presenza di non fumatori.
- 2) Non fare uso di qualsiasi tipo **di droga**.
- 3) Segnala al medico ed alla ASL se hai allergie o sei portatore di malattie contratte nel paese di provenienza
- 4) Proteggiti dalle malattie sessualmente trasmesse con **l'uso di profilattici acquistati in farmacia**.
- 5) **Evita l'obesità, cammina 30 minuti al giorno**.
- 6) Cerca di abituarti alle abitudini alimentari italiane, **usando cibi locali e di stagione**.
- 7) Mangia ogni giorno **frutta e verdura**. Limita il consumo di alimenti contenenti grassi di origine animale e di olii di semi, usa olio di oliva.
- 8) Non fare uso eccessivo di spezie e **dei cibi fritti**.
- 9) Non bere alcolici, che siano birra, vino o liquori. Bevi 2 litri di acqua al giorno
- 10) Evita l'eccessiva **esposizione al sole**. È di importanza fondamentale proteggere bambini ed adolescenti .
- 11) Evita l'esposizione a sostanze cancerogeni (idrocarburi, benzene, nitrati, ecc), incluse le radiazioni ionizzanti

Esistono programmi di salute pubblica che possono prevenire lo sviluppo di neoplasie od aumentare la possibilità di diagnosi e di cura

- 1) Le donne dai 25 anni devono praticare la prevenzione del cancro della cervice dell' utero con il **pap test**. Il pap test va ripetuto ogni due anni. L' esame va fatto presso gli ambulatori ASL o gli ospedali
- 2) Le donne sopra i 50 anni devono effettuare la **mammografia** per la prevenzione del cancro della mammella. La mammografia va ripetuta ogni due anni. L'esame va fatto presso gli ambulatori ASL o gli ospedali

- 3) Gli uomini e le donne con più di 50 devono praticare l'esame del **sangue occulto nelle feci** per la diagnosi del cancro del colon-retto. L'esame va fatto presso gli ambulatori ASL o gli ospedali
- 4) Partecipa ai programmi di **vaccinazione** contro l'**epatite B** e delle altre vaccinazioni obbligatorie in Italia. **Fai vaccinare i tuoi figli.**

Se diagnosticati in tempo molti tumori sono curabili

- 5) Rivolgiti a un medico se noti la presenza di: un livido permanente; una ferita che non guarisce, anche nella bocca; un neo che cambia forma, dimensioni o colore; perdite di sangue non normali in particolare dell'apparato urogenitale, la persistenza di alcuni sintomi quali tosse, voce rauca, acidità di stomaco, difficoltà a deglutire, perdita di peso, modifiche delle abitudini intestinali o urinarie.

Per un intervento di **pronto soccorso chiama il 118**

finito di stampare nel mese di giugno 2015
negli stabilimenti della “**Grafica Reventino Srl**”
Via Sorbello - DECOLLATURA (CZ)

