

Sintesi dei temi affrontati nel seminario Immigrati e Screening in Italia Viterbo 15 giugno 2011

Premessa

Il seminario si colloca alla confluenza di più percorsi di approfondimento e di lavoro e ognuno degli organismi che lo hanno voluto e sostenuto (ONS, GISCI, Programmi Integrati della ricerca Oncologica – PIO, l' Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio e la AUSL di Viterbo), hanno portato al confronto le loro idee e competenze e i loro prodotti.

È stato ovviamente centrale l'impegno del Progetto PIO, che con questo seminario ha segnato una tappa chiave del proprio percorso di approfondimento, anche attraverso un coinvolgimento particolare di alcuni dei centri partecipanti, il Registro Tumori del Veneto, l'ISPO di Firenze, la AUSL 2 dell'Umbria.

Il tutto lungo un filo conduttore che passa attraverso il Corso della prof.ssa Lai Fon Chiu (curato dalla ASL di Bologna, uno dei centri partecipanti al progetto PIO) e il Seminario di dicembre scorso a Verona.

Infine va rimarcato l'impegno a far intervenire nel dibattito una serie di soggetti esterni alle istituzioni sanitarie e portatori di altri saperi ed esperienze sul tema della immigrazione in Italia e dei suoi rapporti con la salute.

Gli interventi

Marco Zappa ha aperto il seminario attirando l'attenzione su alcuni quesiti:

- Alcuni strati della popolazione presentano difficoltà di accesso ai servizi, che suonano come un indicatore di diseguità – la partecipazione allo screening, in particolare a quello organizzato, come si colloca, e i programmi di screening sono in grado di recuperare?
- I vari fattori di svantaggio nell'accesso agli screening (nazionalità, situazione economica, istruzione, eccetera), come si comportano, quanto pesano?
- Cosa si può fare e cosa viene fatto per ridurre le diseguaglianze?
- Gli interventi di contrasto alla diseguità sono destinati a restare sul piano della esemplarità, del volontarismo, dello studio pilota che si esaurisce in se stesso?
- Oppure esistono soluzioni di sistema che garantiscano, magari solo in parte e gradualmente, ma per tutti e in modo costante, un sostegno a chi è più svantaggiato?
- Come rendere sostenibili tali interventi e garantirne la continuità?

La prima sessione è stata moderata e indirizzata dallo stesso Marco Zappa.

Il primo contributo è stato quello di **Igiaba Scego**, scrittrice italiana, figlia di cittadini somali (coppia mista come ironizza la stessa Scego, date le differenze di storia sociale e personale dei due genitori). E' infatti ricostruendo una storia che comincia con gli anni della colonizzazione italiana in Somalia e arriva fino ad oggi che la Scego ci spiega come gli stereotipi del passato ci raccontano molto degli stereotipi del presente.

Inoltre, il richiamo alla Somalia, "uno dei paesi più belli del mondo" in cui lei non può tornare perché ormai teatro di una inesaurevole guerra fra bande, ci impone di ricordare la complessità delle storie che sono alle spalle delle persone straniere che incontriamo nelle nostre città, in panni, in situazioni, in stati d'animo ben diversi da quelli che avrebbero sperimentato nei loro paesi d'origine, se questi non fossero travolti da disastri naturali, economici o politici.

Igiaba Scego ha scelto per il suo intervento alcuni casi esemplari:

- le mutilazioni rituali, e il differente vissuto delle donne che ne sono portatrici, rispetto a quello degli operatori sanitari che si imbattono in questi casi, reagendo con atteggiamenti spesso dettati dalla ignoranza, dal pregiudizio o da una irrispettosa curiosità;
- il destino delle “seconde generazioni”, *italiani col permesso di soggiorno* - un figlio di migranti non è un immigrato, sospeso tra paesi d’origine che non hanno mai conosciuto e in cui probabilmente non potrebbero mai più tornare e un paese d’adozione che non li riconosce, malgrado ne parlino la lingua, ne abbiano frequentato le scuole, ne condividano molti valori; persone spesso gravate dal pesante (anche se in parte gratificante) ruolo di mediatori naturali; persone la cui NON cittadinanza rischia di diventare un ostacolo importante ad un percorso di salute;
- i rifugiati, di cui spesso nel tempo ci si dimentica, che non basta accogliere, senza farsi carico dell’enorme disagio psicologico che spesso si accompagna alle loro storie di fuga e al contrasto con la povertà della loro attuale collocazione.

In definitiva si è trattato un invito a guardare alle tante migrazioni e ai tanti volti della migrazione, senza semplificazioni e generalizzazioni. Rete G2 - SecondeGenerazioni - <http://www.secondegenerazioni.it/>

Salvatore Geraci (Caritas) ha prima di tutto ricordato quanto le migrazioni siano permanenti nella storia delle umanità e la stanzialità una eccezione, quindi ha accennato al fenomeno che ha riguardato l’Italia e che fa in modo che oggi ci siano circa 60.000.000 di italiani, cioè un’altra Italia, in giro per il mondo, sotto forma di emigrati.

Ha quindi sintetizzato la situazione migratoria in Italia, in grande evoluzione e molto variegata (180 nazionalità circa rappresentate sul nostro territorio). Ha sottolineato che questa popolazione contribuisce all’11% del PIL e paga più tasse di quanti servizi consumi. La stessa comunità europea riconosce nei suoi documenti, ricorda Geraci, il valore economico di questo contributo e, in prospettiva, ne vede anche un valore in termini di sviluppo sociale.

Ci propone quindi una visione in cui le attività a favore degli immigrati si configurano come un proficuo investimento per il nostro futuro.

Di contro, con l’ultimo decreto legge stiamo creando delle sacche di invisibilità maggiore, legate ad un percorso contorto di regolarizzazione.

Questa invisibilità non permette né al migrante, né al SSN di lavorare sulla salute: dopo ultimo convegno SIMM (Società Italiana Medicina delle Migrazioni) svoltosi a Palermo a maggio 2011, un documento congiunto ha affermato che per promuovere la salute dei migranti bisogna: 1. regolarizzare i figli dei migranti; 2. permettere di iscriverli ai pediatri di libera scelta; 3. promuovere l’istruzione (tutte queste azioni non “sanitarie” per promuovere la salute, sono poi riemerse nella discussione successiva e nell’intervento di Marceca, e rimandano al tema dei determinanti sociali della salute).

Geraci segnala quindi una mancanza di governo del fenomeno immigrazione, mancanza di un’ottica di sistema forse voluta, da cui discendono i punti critici posti all’inizio di questo seminario.

In conclusione Geraci invita gli screening a collaborare più strettamente con la SIMM (<http://www.simmweb.it/>) accogliendo una impostazione che mira a superare una concezione “esotica” della salute dei migranti.

Nerina Agabiti (ASP Lazio) ha illustrato quel filone di ricerche che individua alcune patologie, tracciabili anche attraverso i flussi correnti, che risultano in particolar modo associate ad un basso stato socio economico (ad esempio: eccesso di ricoveri per Bronco-Pneumopatia-Cronico-Ostruttiva, o per Isterectomia, ritardi o difetti nell'accesso alla chirurgia per frattura del femore, alla terapia intensiva, alla protesi dell'anca, alla cardiocirurgia). Questo permette di leggere l'eccesso di tali fenomeni in alcuni sottogruppi come un indicatore di disuguaglianza (maggiori esposizioni, minore accesso alle cure o alla prevenzione, minore praticabilità di percorsi diagnostico terapeutici complessi). Ne deriva una utile indicazione per un monitoraggio relativo alle disuguaglianze nella salute fattibile sulla base delle fonti correnti.

La discussione su questi interventi ha toccato i seguenti temi:

- **la lingua**, vista come collante da Igiaba Scego e come strumento minimo di comunicazione da mettere a disposizione degli immigrati, secondo Geraci, senza escludere materiali semplici tradotti in varie lingue per le comunicazioni essenziali ai soggetti appena arrivati;
- **la conoscenza di un italiano efficace come punto critico anche per i cittadini italiani** (secondo De Mauro - Internazionale del 7 marzo 2008 - solo il 20% della popolazione adulta ha gli strumenti per leggere, scrivere e calcolare, necessari per orientarsi nella nostra società)
- **l'esame di italiano**, senza offerta attiva di corsi, visto ancora da Geraci come una forma di discriminazione e non di integrazione;
- **la possibilità di iscrizione al SSN** come un patrimonio da non sottovalutare e da difendere all'interno della normativa italiana, sempre secondo Geraci.

La seconda sessione si è aperta con una **tavola rotonda**, che ha visto rispondere ai quesiti posti da **Carla Cogo** (Registro Tumori del Veneto), i seguenti esperti:

Marcela Bulcu, mediatrice culturale,

le domande

- *alla luce della tua esperienza e delle criticità e potenzialità attuali come intravedi nel futuro il ruolo del MLC nel SSN?*
- *il MLC pensabile o impensabile durante la prestazione di screening?*

La risposta

- il ruolo della mediatrice linguistico culturale, non è ancora sufficientemente riconosciuto, e deve essere sostenuto da formazione specifica e da peculiari capacità, dato che affronta tematiche e funzioni molto complesse;
- ancora non è possibile intervenire in tutti i contesti dove sarebbe necessario.

Monica Reynaudo, del Gruppo Abele,

le domande

- *Il Gruppo Abele si è confrontato con le aree della fragilità sociale e giuridica da + di 40 anni. Ci sono delle macroaree che ci accomunano? Soprattutto per quanto riguarda la pianificazione, sostenibilità, valutazione degli interventi?*
- *in base alla vostra esperienza quale è o potrebbe essere il rapporto tra associazionismo e istituzioni sia nelle sue criticità che nelle sue potenzialità?*

La risposta

- la pianificazione in un contesto di scarsità di risorse implica un continuo ri-aggiustamento, e questo comporta la difficoltà a valutare gli interventi,
- si risponde con una formazione continua, che pone particolare attenzione al come comunicare, e assicurando continuità agli interventi,
- la fragilità è trasversale a italiani e migranti che sperimentano la marginalità, anche se per i migranti scattano a volte peculiari trappole culturali, e la salute spesso non è una priorità;
- la tipologia di intervento che accomuna molte iniziative rivolte a soggetti in difficoltà, si muove in un'ottica di ricerca-azione (si impara insieme ai soggetti con cui si vuole individuare un percorso di cambiamento e di miglioramento), prevede una attenzione ai tempi e alle priorità diverse dei singoli soggetti, ma anche una capacità a riconoscere i tratti

che accomunato, la propensione ad utilizzare strumenti di comunicazione “da strada”, mantenendo anche le strutture in una condizione di cosiddetta “bassa soglia”, interpretando in questo modo una peculiare forma della relazione d’aiuto, senza confusione di ruoli ma con pari dignità;

- una collaborazione tra istituzioni pubbliche e associazionismo possibile e auspicabile, ma importante che il pubblico mantenga la regia e non lasci all’associazionismo il ruolo di occupare i vuoti.

Maurizio Marceca, Società Italiana Medicina delle Migrazioni,

le domande

- *quale politica sanitaria possibile per affrontare le aree della fragilità sociale e giuridica?*
- *per un programma così specifico come gli screening intravede soluzioni di sistema o soluzioni ad hoc? Se soluzioni di sistema quali sono percorribili? Si sottolinea spesso la necessità di riorientare i servizi sanitari alla nuova utenza con una attenzione all’equità, alla qualità ed all’intercultura: come farlo in pratica in un contesto spesso granitico come quello del SSN? Ha senso parlare di flessibilità dei servizi?*
- *il problema della disponibilità di dati di interesse sanitario e loro metodologia di raccolta?*
- *Il problema della valutazione. Come è stato affrontato in altri versanti della sanità?*

La risposta

- enfasi sull’impatto dei determinanti sociali sugli esiti di salute: differenze sistematiche e gravi
- poca fiducia nei servizi dedicati, meglio un potenziamento dei servizi “normali”
- non *immigratologi* ma persone interessate alla salute
- l’importanza che l’Italia abbia politiche per la salute, non solo in termini di politiche sanitarie, ma secondo la logica della salute in tutte le politiche
- migranti come sfida per la qualità di tutto il sistema sanitario e non (la capacità di comprendere e integrare le diversità serve anche agli italiani, che non sono un blocco omogeneo)
- chiarezza dei ruoli nel 3° settore (integrazione e non alternativa, rispetto ai servizi pubblici)
- riconoscimento tempestivo della cittadinanza, in particolare di quei giovani nati ed educati in Italia, come prima garanzia per costruire percorsi di salute
- il sito <http://saluteinternazionale.info/> su cui sono disponibili informazioni e chiavi di lettura sul tema della immigrazione.

Nel prosieguo la tavola rotonda si è aperta alla discussione generale. Sia Bulcu, sia alcune mediatrici presenti hanno ribadito l’importanza di un approccio transculturale. Questo, da un lato permette alle mediatrici di agire anche in contesti diversi da quelli delle nazionalità in cui sono maggiormente esperte, dall’altro può e deve essere appreso anche dagli operatori italiani, fornendo loro avvertenze e consigli che possono migliorare il loro lavoro in tutte le situazioni in cui hanno di fronte persone di cultura diversa (anche ovviamente altri italiani). Sono stati inoltre ribaditi l’importanza della formazione in campo transculturale; il ruolo insostituibile della mediazione con gli immigrati appena arrivati e irregolari; il positivo uso della mediazione anche da parte delle associazioni che intervengono a sostegno degli immigrati.

I successivi interventi della II sessione sono stati moderati ed indirizzati da **Anna Iossa** (ISPO – Firenze) e **Silvia Brezzi** (ASL Viterbo).

Livia Giordano (CPO – Piemonte) ha illustrato nel suo complesso il Progetto PIO e ha presentato i risultati delle schede del documento Immigrati e screening sui dati raccolti dai programmi italiani: poche risposte, scarsità di casi in cui le valutazioni hanno carattere di sistematicità, dati quasi sempre relativi solo al 1° livello, mancanza di modalità uniformi per definire gli immigrati, nessuna organicità.

In ogni modo alcuni elementi sono deducibili:

- le differenze di adesione sono percepibili, cambiano nel tempo, vedono comportamenti diversi per nazionalità,
- il peso percentuale degli immigrati nell'ambito delle popolazioni target, a partire ovviamente da quella dello screening citologico, cresce e impone sempre più che il fenomeno venga sorvegliato attivamente,
- una maggiore sistematicità delle raccolte dati potrebbe essere promossa dall'ONS.

Gessica Martello (ULSS 20 Verona) ha sintetizzato il documento Immigrati e screening in Italia, sviluppato nell'ambito del Progetto PIO. Il documento è ancora in via di completamento, e i suoi obiettivi sono:

- fotografare quello che già si è fatto in Italia in termini di esperienze e riflessioni specifiche su immigrati e screening oncologici
- fornire agli operatori degli screening strumenti per analizzare il fenomeno e per pianificare eventuali interventi o studi .

Il progetto ha visto una fase di raccolta di dati quantitativi e qualitativi sia in termini di letteratura, che in termini di esempi di buone pratiche. Questa indagine parte dalla considerazione che molto è già stato scritto e sperimentato sul tema, mentre spesso nelle realtà locali si rischia di progettare ex-novo, senza sfruttare un patrimonio di conoscenze ed esperienze, che permetterebbe disorientare meglio l'uso delle limitate risorse.

In particolare, alcuni temi, come le presunte differenze culturali, i limiti e i rischi delle traduzioni, la complessità del contesto esistenziale di un immigrato in cui calare lo specifico intervento, l'assoluta necessità del coinvolgimento attivo di soggetti di solito poco conosciuti, sono stati attentamente analizzati. Il dibattito emerso a Viterbo servirà per chiudere il documento.

Paolo Giorgi Rossi (ASP Lazio)

È in corso di pubblicazione un documento di Health Technology Assessment (HTA) relativo ai metodi per incrementare la partecipazione ai programmi di screening oncologici. Il documento è stato prodotto da un ampio gruppo di esperti coordinati dallo stesso Giorgi Rossi, e prevede un capitolo specifico sul contrasto alla disuguaglianza. Gli interventi per avvicinare il provider e ridurre le barriere logistiche sembrano essere molto efficaci. Gli interventi specifici condotti con metodologie partecipative hanno dato risultati contrastanti. Pochissimi di questi studi presentano caratteristiche metodologiche tali da essere inclusi nella revisione sistematica e nelle meta-analisi condotte.

Sono stati presentati inoltre i risultati di uno studio multicentrico (Lazio, Abruzzo) per coinvolgere le donne immigrate nello screening cervicale. Gli interventi hanno avuto un'ottima partecipazione, permettendo di testare donne con un rischio decisamente più alto della media. Le esigenze emerse, le modalità di contatto e i risultati sono stati diversi a seconda delle comunità coinvolte. In generale, l'intervento ha avvicinato le donne al Pap test, ma non ha permesso una fidelizzazione al programma di screening e un avvicinamento al SSN.

Si osserva come l'altissima componente motivazionale caratteristica di questi progetti renda difficile la conduzione di studi randomizzati e controllati. Da una parte, il sistema screening ha comunque la necessità di considerare l'efficacia e la replicabilità degli interventi. Dall'altra, vi sono i limiti della ricerca biomedica nell'indagare su temi complessi e multifattoriali come la partecipazione ai programmi di screening. Abbiamo bisogno di nuovi strumenti epistemologici e di interagire con altre discipline per poter utilizzare anche gli strumenti tipici della ricerca sociale.

Marco Petrella (AUSL 2 Umbria, Coordinatore GdL IS Comunicazione), ha ripreso sulla base di dati pubblicati o in via di pubblicazione da parte di ricercatori italiani, uno dei quesiti posti in apertura: lo screening contrasta o acuisce le differenze? Utilizzando i materiali forniti dal Gruppo Tecnico Nazionale PASSI, che distingue i test effettuati all'interno dei programmi organizzati, da quelli effettuati al di fuori, si vede come lo screening organizzato abbassa l'impatto di istruzione, difficoltà economiche percepite e cittadinanza. Anzi, nel caso dell'istruzione, si vede a volte una inversione del trend, con le laureate che presentano più bassi livelli di partecipazione, se considerate nel contesto degli screening organizzati.

Sono stati quindi discussi due studi condotti dall'ISPO di Firenze. Nel primo si vede come a distanza di molti anni dall'avvio dello screening mammografico, le iniziali differenze di sopravvivenza tra soggetti appartenenti a diversi livelli socio-economici si annullano per le donne interessate dallo screening mentre non accade nelle donne appartenenti a fasce d'età non coinvolte dallo screening. Nel secondo, si centra il tema specifico delle donne provenienti da altri paesi e del loro maggior rischio di presentare tumori invasivi del collo dell'utero, in parte associato alla prevalenza più o meno alta di HPV, in parte spiegabile con il minor accesso allo screening, sia nei loro paesi che qui in Italia.

Paola Polselli (Università di Bologna) si è concentrata sulla traduzione (all'interno della stessa lingua, tra lingue diverse, tra tipologie diverse di linguaggio). Anche spiegare ad un altro italiano alcuni testi burocratici può essere una sfida. Dall'altro lato tradurre può voler dire anche usare un'immagine o un filmato, al posto di un testo scritto. Ha messo in guardia sulla complessità della traduzione, ma ha anche segnalato come in questa complessità si trovino anche molti spunti per un arricchimento reciproco tra le lingue e i linguaggi che si mettono a confronto. Ha infine sottolineato il concetto del tradurre insieme al committente, per cui il traduttore fa parte di un percorso complesso di traduzione in cui non viene acriticamente delegato e lasciato solo.

Daniela Zorzi (Università di Bologna) ha affrontato i punti critici e l'importanza della figura del mediatore. In particolare ha usato esempi tratti da registrazioni di colloqui tra medico, paziente e mediatore. Appare chiaro come ci sia il rischio che il medico scavalchi le difficoltà di contatto con il paziente, rivolgendosi del tutto al mediatore e che questi sia spinto verso una versione fuorviante del suo ruolo (alleato del paziente, alleato del medico, unico interlocutore del medico). La chiarezza e la verifica dei ruoli e la formazione, non solo del mediatore ma anche di tutti gli altri operatori, sull'uso della mediazione, dovrebbero contrastare queste evidenti deviazioni.

Mauro Palazzi (USL di Cesena) è partito dal carattere strutturale del fenomeno migrazione, che richiede ai servizi sanitari soluzioni di sistema. La figura del MLC dovrebbe essere ricollocata all'interno di una riorganizzazione globale dei servizi, affinché non rimanga per gli operatori una "stampella" alla quale delegare gran parte della relazione. Quello a cui si deve tendere è quindi una "mediazione di sistema", che possa abbattere le barriere comunicative, fisiche ed organizzative.

Parallelamente si deve agire anche sul versante dell'empowerment. L'insegnamento della lingua italiana, l'informazione sui servizi disponibili e sulle modalità di accesso, possono migliorare la comunicazione, l'appropriatezza e la capacità delle persone di compiere scelte consapevoli per tutelare la propria e l'altrui salute.

In questa ottica il MLC dovrebbe lavorare per accompagnare e sostenere queste azioni e aiutare gli operatori e i nuovi cittadini a rendersi sempre meno dipendenti dalla sua presenza in una prospettiva di piena integrazione. Va prevista anche una figura di mediatore che agisca fuori dalle strutture, nelle comunità dove può intercettare e orientare meglio i bisogni di salute. Infine si deve agire sull'organizzazione dei servizi ad esempio modificando gli orari di apertura, rendendoli flessibili e accogliente, non giudicanti, chiari ed essenziali nella comunicazione, partendo dalla consapevolezza che un sistema in grado di accogliere chi è più bisognoso di attenzioni è un sistema in grado di accogliere tutti.

Elisabetta Gonfalonì (L'Albero della salute, Regione Toscana), ha sviluppato il punto di vista della bioetica. In particolare ha apportato alla discussione il tema della vulnerabilità, intesa come il risultato sempre diverso, per le diverse migrazioni e i singoli migranti, di quel complesso di fattori che vanno dai motivi dell'abbandono del proprio paese, e dal costo dell'abbandono in sé, all'insieme di sfide e di adattamenti imposti dall'arrivo in un altro paese, con le possibili sconfitte e i probabili ridimensionamenti del proprio progetto migratorio. Ha quindi invitato a tener conto di questa vulnerabilità, che va a correggere il concetto di migrante sano, segnalando la sua suscettibilità sul piano psicologico e biologico a presentare nel tempo una serie di problematiche, che potrebbero essere prevenute o per lo meno contenute.

Marco Zappa ha concluso puntando l'attenzione su alcuni punti:

- questo seminario si pone come fornitore di una serie di mappe tematiche da sovrapporre con attenzione in modo da integrare di volta in volta informazioni provenienti da punti di vista e saperi diversi;
- la qualità e il ruolo della comunicazione nel rapporto tra screening e migranti appaiono non sempre misurabili attraverso i risultati e i modelli quantitativi, quindi altre forme di ricerca valutativa vanno coinvolte e apprezzate;
- la non partecipazione del migrante potrebbe non essere sempre un fallimento, mentre altri risultati meno palpabili potrebbero essere prioritari;
- l'innegabile importanza della mediazione cozza contro una difficoltà oggettiva nel definirne il ruolo, i confini, la sostenibilità, mentre è chiaro che di volta in volta l'operatore sanitario o l'immigrato scelgono la mediazione possibile che appare a loro indispensabile per la sopravvivenza;
- la minore partecipazione degli immigrati agli screening non si presenta come un'emergenza, perché il gap è contenuto, ma può nascondere sottogruppi ad alto rischio;
- una delle poche risposte di sistema potrebbe essere quella di ridurre i problemi logistici (gli inviti che non arrivano, gli orari incompatibili);
- anche se il mandato etico dell'equità si presenta teoricamente indiscutibile, ogni soluzione messa in campo dovrebbe porsi la questione del rapporto costo efficacia, per lo meno per poterne prevedere la sostenibilità e confrontarla con strategie alternative.

Zappa ha chiesto infine una riflessione sull'insieme dei contributi raccolti, per fissare alcuni punti fermi su cui fondare l'azione e le tracce per il prosieguo della riflessione. In particolare, rispetto al ruolo dell'ONS, ha proposto di studiare le modalità per inserire le valutazioni sulla partecipazione agli screening nel complesso dei flussi informativi attualmente in vigore.